



CURSO DE MEDICINA

LUCAS DE ARAÚJO MATOS

**ALTERAÇÕES TÉCNICAS, ORGANIZACIONAIS E ESTRUTURAIS REALIZADAS
EM UM INSTITUTO ESPECIALIZADO EM INFECTOLOGIA EM SALVADOR-BA
DURANTE A PANDEMIA DO SARS-CoV-2**

Salvador - BA

2021

LUCAS DE ARAÚJO MATOS

**ALTERAÇÕES TÉCNICAS, ORGANIZACIONAIS E ESTRUTURAIS REALIZADAS
EM UM INSTITUTO ESPECIALIZADO EM INFECTOLOGIA EM SALVADOR-BA
DURANTE A PANDEMIA DO SARS-CoV-2**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Medicina da Escola Bahiana de
Medicina e Saúde Pública para
aprovação parcial no 4º ano de
Medicina.

Orientadora: Dra. Ceuci de Lima Xavier Nunes

Salvador - BA

2021

RESUMO

Introdução: O primeiro caso confirmado de SARS-CoV-2 no Brasil foi no dia 26 de fevereiro de 2020 e a pandemia foi decretada pela OMS no dia 11 de março de 2020. Desde então, os estabelecimentos de saúde se reestruturaram a fim de auxiliar o grande fluxo de pacientes que necessitam de assistência médica, de evitar a contaminação dos seus funcionários e o conseqüente colapso do sistema de saúde.

Objetivos: Teve como objetivo primário descrever as mudanças técnicas, organizacionais e estruturais realizadas em um instituto especializado em infectologia da cidade de Salvador, Bahia, durante a pandemia do SARS-CoV-2 e, como objetivo secundário, identificar e discutir as mesmas alterações. **Metodologia:** Trata-se de um estudo documental, exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com representantes de sete setores da instituição, com posterior tratamento, análise dos dados e categorização das unidades de registro, segundo técnica de análise temática. **Resultados:** Emergiram diversas categorias e subcategorias, das quais cinco foram selecionadas para a discussão: estrutura, tecnologia, materiais, educação permanente como ferramenta de gestão e protocolos de biossegurança. **Discussão:** No enfrentamento da pandemia, foi necessário reestruturar o hospital, sobretudo as enfermarias e os ambulatórios, para que mais pacientes pudessem ser assistidos. Também foi necessário desenvolver e divulgar protocolos de biossegurança para todos os funcionários da instituição. O fornecimento de equipamentos de proteção individual foi imperativo, além da educação permanente dos funcionários antigos e dos recém-contratados. Por fim, uso da tecnologia permitiu agilizar alguns processos e humanizar a assistência aos pacientes e familiares. **Conclusão:** Esse estudo discorre sobre alguns pontos relevantes para o enfrentamento da pandemia do COVID-19 e permite a documentação de alguns dos aprendizados para situações futuras.

Palavras-chave: COVID-19; alterações; estrutura; organização; protocolos.

ABSTRACT

Background: The first confirmed case of SARS-CoV-2 in Brazil was on February 26, 2020 and the pandemic was decreed by WHO on March 11, 2020. Since then, health facilities have restructured in order to assist the large flow of patients who need medical assistance, to avoid contamination of their employees and the consequent collapse of the health system. **Objectives:** Its primary objective was to describe the technical, organizational and structural changes carried out in a specialized infectology institute in the city of Salvador, Bahia, during the SARS-CoV-2 pandemic and, as a secondary objective, to identify and discuss the same changes. **Methodology:** This is a documentary, exploratory and descriptive study with a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with representatives from seven sectors of the institution, with subsequent treatment, data analysis and categorization of the registration units, according to thematic analysis technique. **Results:** Several categories and subcategories emerged, of which five were selected for discussion: structure, technology, materials, continuing education as a management tool and biosafety protocols. **Discussion:** In the face of the pandemic, it was necessary to restructure the hospital, especially the wards and ambulatories, so that more patients could be assisted. It was also necessary to develop and disseminate biosafety protocols to all employees of the institution. The provision of personal protective equipment was imperative, in addition to the permanent education of former employees and newly hired employees. Finally, the use of technology has made it possible to streamline some processes and humanize assistance to patients and family members. **Conclusion:** This study discusses some relevant points for coping with the COVID-19 pandemic and allows the documentation of some of the lessons learned for future situations.

Keywords: COVID-19; changes; structure; organization; protocols.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Primário	11
2.2	Objetivo Secundário	11
3	REVISÃO DE LITERATURA	12
4	MÉTODO	16
4.1	Desenho do Estudo	16
4.2	Local do Estudo	16
4.3	Participantes da Pesquisa	17
4.3.1.	Critérios De Inclusão	17
4.3.2.	Critérios De Exclusão	17
4.4	Instrumentos de Coleta dos Dados	18
4.5	Procedimento para Coleta dos Dados	18
4.6	Tratamento e Análise dos Dados	18
4.7	Aspectos Éticos	19
5	RESULTADOS	21
6	DISCUSSÃO	24
6.1	Estrutura	24
6.2	Tecnologia	26
6.3	Materiais	27

6.4	Educação Permanente como Ferramenta de Gestão	29
6.5	Protocolos de Biossegurança	30
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	REFERÊNCIAS	34
	APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	37
	APÊNDICE B – TCLE	40
	APÊNDICE C – CRONOGRAMA	42
	APÊNDICE D – UNIDADES DE REGISTRO DA ANÁLISE TEMÁTICA DE CONTEÚDO	43
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	84

1 INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, surgiram os primeiros relatos de pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, na província chinesa Hubei, e os casos aumentaram para 44 em apenas quatro dias, o que chamou a atenção das autoridades ^{1,2}. No dia 7 de janeiro de 2020, cientistas chineses isolaram o novo tipo de coronavírus ² e, a partir de então, esse vírus passou a receber mais atenção por causar a doença denominada COVID-19.

O coronavírus tem sido identificado em vários hospedeiros aviários e mamíferos e, entre os vários coronavírus patogênicos humanos, a maioria está associada a condições clínicas leves, com apenas duas exceções, que são o coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2) e o coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) ¹. O SARS-CoV-2 é um vírus da família Coronaviridae que possui um genoma de RNA de sentido positivo e cadeia simples com comprimento de 26 a 32 quilobases ¹.

O SARS-CoV-2 apresenta período médio de incubação de 4 a 5 dias em seres humanos ^{3,4}, sintomas de febre e tosse em um número considerável dos seus casos (43,8% e 67,8%, respectivamente), além da possibilidade de evolução para pneumonia e síndrome respiratória aguda grave entre os pacientes internados ⁴. Cerca de 5% dos pacientes internados necessitam de UTI e 2,3% necessitam ventilação mecânica ⁴, o que leva os profissionais de saúde e cientistas a se preocuparem com a taxa de transmissão, já que o SARS-CoV-2 se espalha facilmente de pessoa para pessoa através de gotículas respiratórias ³ e isso pode levar a um colapso dos serviços de saúde em vários locais do mundo.

A síndrome respiratória aguda grave é causada por infiltração bilateral dos pulmões de início agudo acompanhado de hipoxemia grave e edema pulmonar que não é totalmente explicado por insuficiência cardíaca ou sobrecarga de líquidos ⁵. Ela é subdividida em leve, moderada e severa ⁵ e apresenta uma taxa de letalidade geral de 2,3%, aumentando para 49% em casos severos ⁶. A maioria dos pacientes em estado crítico necessita de ventilação mecânica por tempo prolongado ⁷ e de um leito em UTI para que possa ser assistido de forma apropriada pela equipe médica especializada.

A OMS decretou a pandemia do SARS-CoV-2 no dia 11 de março de 2020 ⁸, o que levou diversas autoridades governamentais e em saúde de todo o mundo a se preocuparem com o cenário que estava se instalando. O primeiro caso confirmado da doença no Brasil foi no dia 26 de fevereiro de 2020 e, na Bahia, a primeira confirmação ocorreu no dia 6 de março de 2020, em Feira de Santana ⁹.

Até o momento (11 de maio de 2021), o número de casos de infecção pelo SARS-CoV-2 confirmados foi de 157.362.408 casos no mundo ¹⁰, 15.082.449 casos no Brasil ¹⁰, 936.275 casos na Bahia ¹¹ e 195.843 casos em Salvador ¹².

O Instituto Couto Maia atendeu em suas enfermarias e unidades de terapia intensiva, durante todo o período de 2020, 2.252 casos de síndrome respiratória aguda grave, um valor que representa 5,6% do total dos internamentos de todo o estado da Bahia ¹³.

A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 gerou alterações técnicas, organizacionais, estruturais e na dinâmica individual em toda a sociedade, sobretudo por ser facilmente transmitida, inclusive por pessoas assintomáticas ³. Nesse contexto, os estabelecimentos de saúde terciários destacam-se no quantitativo de mudanças que tiveram que ser executadas com o objetivo de comportar a quantidade de pacientes que necessitam de um leito de enfermaria ou de UTI em um momento crítico de suas vidas e, ao mesmo tempo, não se tornar um ambiente de disseminação da doença através da contaminação dos profissionais de saúde, já que o vírus SARS-CoV-2 permanece viável em superfícies por dias ¹⁴ e é facilmente transmitido por gotículas ³. Portanto, considerando a singularidade da atual conjuntura da saúde no mundo, no Brasil, na Bahia e em Salvador, esse projeto apresenta uma possibilidade de documentação e apresentação de forma sistematizada das mudanças que ocorreram no Instituto Couto Maia, especializado em infectologia e referência no estado da Bahia, localizado em Salvador, com o intuito de enfrentar a pandemia causada pelo SARS-CoV-2.

Essa pesquisa, em decorrência do seu ineditismo, poderá servir como ferramenta de consulta para outras instituições em momentos pandêmicos ou epidêmicos que possam ocorrer futuramente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Descrever as mudanças técnicas, organizacionais e estruturais realizadas no Instituto Couto Maia durante a pandemia de SARS-CoV-2.

2.2 Objetivo secundário

Identificar e discutir as mudanças técnicas, organizacionais e estruturais realizadas no Instituto Couto Maia durante a pandemia de SARS-CoV-2.

3 REVISÃO DE LITERATURA

- Coronaviridae

Os vírus da família Coronaviridae possuem um genoma de RNA de sentido positivo de cadeia simples, com comprimento de 26 a 32 quilobases ¹. Tais vírus têm sido identificados em vários hospedeiros aviários, mamíferos, incluindo camelos, morcegos, ratos, cães e gatos ¹.

Entre os vários coronavírus patogênicos humanos, a maioria está associada a condições clínicas leves com duas exceções notáveis ¹: o coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV), um novo betacoronavírus que surgiu em Guangdong e resultou no sul da China, em novembro de 2002, em mais de 8000 infecções humanas e 774 mortes em 37 países durante 2002 e 2003 ¹; e o coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), que foi detectado pela primeira vez na Arábia Saudita em 2012 e foi responsável por 2494 casos de infecção confirmados em laboratório e 858 mortes desde setembro de 2012 ¹.

- SARS-CoV-2

Os primeiros casos de pneumonia causados pelo SARS-CoV-2 foram relatados em 31 de dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na província chinesa Hubei ^{1,2}. De 31 de dezembro de 2019 a 3 de janeiro de 2020, foram 44 casos de etiologia, até então, desconhecida. O novo tipo de coronavírus foi isolado pela primeira vez em 7 de janeiro de 2020 ² e, em 12 de janeiro, a China compartilhou o sequenciamento genético do novo coronavírus para que outros países pudessem usar para o desenvolvimento de testes diagnósticos específicos ².

Embora a análise filogenética sugira que os morcegos possam ser o hospedeiro original desse vírus, existe uma hipótese de que um animal vendido no mercado de frutos do mar em Wuhan pode ter representado um hospedeiro intermediário, facilitando o surgimento do vírus em humanos ¹.

A análise estrutural sugere que SARS-CoV-2 pode ser capaz de se ligar ao receptor da enzima conversora de angiotensina em humanos. A futura evolução, adaptação e disseminação deste vírus justificam uma investigação urgente ¹.

O primeiro caso importado confirmado por laboratório foi na Tailândia, no dia 13 de janeiro de 2020. ².

- Transmissão

O SARS-CoV-2 se espalha de pessoa para pessoa através de gotículas respiratórias, que geralmente são liberadas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra ³. SARS-CoV-2 permanece viável em aerossóis durante cerca de 3 horas ¹⁴. A probabilidade de transmissão diminui se as pessoas permanecerem a, pelo menos, de 1,5 a 2 metros de distância ³.

A meia-vida média estimada de SARS-CoV-2 foi de aproximadamente 5,6 horas em aço inoxidável e 6,8 horas em plástico ¹⁴. O SARS-CoV-2 foi detectado até 72 horas após a aplicação nessas superfícies ¹⁴.

Até 40 a 50% dos casos podem ser atribuídos à transmissão de pessoas assintomáticas ou pré-sintomáticas ³.

Pouco antes ou logo após o início dos sintomas, os pacientes apresentam altos níveis virais nasofaríngeos, que caem ao longo de aproximadamente uma semana ³.

- Sinais e sintomas

O período médio de incubação é de 4 a 5 dias ^{3,4} e os sintomas mais comuns são febre (43,8% na admissão hospitalar e 88,7% durante a hospitalização) e tosse (67,8%) ⁴. Outros sintomas incluem febre, tosse, dor de garganta, halitose e mialgias. Alguns pacientes apresentam sintomas gastrointestinais, incluindo anorexia, náusea e diarreia ³. Anosmia e ageusia também foram relatados ³.

Dos pacientes internados, 23,7% tinham pelo menos uma comorbidade, como: hipertensão arterial (15-26,3%) ^{4,15}; doença arterial coronariana (10,2%) ^{4,15}; diabetes (7,4-14,3%) ^{4,15}; hiperlipidemia (30,5%) ¹⁵; doença pulmonar obstrutiva crônica (1,1-14,4%) ^{4,15}; ou fumante (9,4%) ¹⁵. A COVID-19 pode afetar desproporcionalmente pessoal com doenças cardiovasculares ¹⁵. Pacientes com sintomas mais graves geralmente são mais velhos (> 65 anos) ^{4,15}.

Na admissão, os achados radiológicos mais comuns na TC do tórax foram opacidade em vidro fosco (56,4%) e sombreamento bilateral irregular (51,8%) ⁴.

A linfocitopenia estava presente em 83,2% dos pacientes na admissão ⁴ e as complicações mais comuns entre os internados são pneumonia (91,1%) ⁴ e síndrome respiratória aguda grave (3,4%) ⁴. Dentro os pacientes admitidos no hospital, 5,0% necessitaram de internamento em UTI ⁴, sendo que cerca de 2,3% necessitam serem submetidos à ventilação mecânica ⁴ e cerca de 1,4-5,8% dos pacientes foram a óbitos ^{4,15}.

- Fisiopatologia

A análise estrutural sugere que SARS-CoV-2 pode ser capaz de se ligar ao receptor da enzima de conversão da angiotensina 2 (ECA2) em humanos ^{1,16}.

Não foi encontrado nenhum risco aumentado de morte hospitalar associado ao uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) e dos bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) no contexto clínico ¹⁵.

- Síndrome respiratória aguda grave

É definida como o início agudo de infiltrados bilaterais, hipoxemia grave e edema pulmonar que não é totalmente explicado por insuficiência cardíaca ou sobrecarga de líquidos ⁵.

É subdividida em: leve ($200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ com PEEP ou CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$), moderada ($100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ com PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$) e severa ($\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ com PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$) ⁵.

A taxa geral de letalidade foi de 2,3%, considerando todas subdivisões ⁶, porém, a taxa de letalidade foi de 49,0% entre os casos críticos ⁶. Além disso, cerca de 75% dos casos severos necessitam de ventilação mecânica ⁷.

- A pandemia

A OMS decretou pandemia no dia 11 de março de 2020 ⁸ e o primeiro caso confirmado de SARS-CoV-2 no Brasil foi no dia 26 de fevereiro de 2020 ⁹.

Já o primeiro caso do vírus confirmado na Bahia foi no dia 6 de março de 2020, em Feira de Santana ⁹.

- Casos

Até o momento (11 de maio de 2021), o número de casos de infecção pelo SARS-CoV-2 confirmados foi de 157.362.408 casos no mundo ¹⁰, 15.082.449 casos no Brasil ¹⁰, 936.275 casos na Bahia ¹¹ e 195.843 casos em Salvador ¹².

O Instituto Couto Maia atendeu em suas enfermarias e unidades de terapia intensiva, durante todo o período de 2020, 2.252 casos de síndrome respiratória aguda grave, um valor que representa 5,6% do total dos internamentos de todo o estado da Bahia ¹³.

- Alterações técnicas, organizacionais e estruturais

A RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde ¹⁷, ou seja, essa resolução apresenta informações acerca das dimensões das áreas de assistência à saúde, como enfermarias, UTI, centros cirúrgicos e outros ambientes. Além disso, também discorre sobre as instalações necessárias em cada um desses ambientes, estando de acordo com as demandas dos pacientes que são assistidos em cada local, como acerca das demandas de oxigênio, ar comprimido medicinal, vácuo, número de postos desses gases por local de utilização, dentre outros.

Já as alterações técnicas e organizacionais que ocorreram em decorrência da pandemia foram direcionadas por órgãos responsáveis, como a OMS, o Ministério da Saúde – através de guias ¹⁸ e notas técnicas ¹⁹ –, além de resoluções de diretorias colegiadas, como a RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011 ²⁰. Contudo, devido ao ineditismo da pandemia do SARS-CoV-2 em todo o mundo, algumas alterações foram feitas baseadas nos aprendizados que ocorreram durante a gestão da crise em saúde através das publicações internacionais acerca da situação ²¹⁻²⁵. As RDC nº 50 e nº 64 precedem a pandemia do SARS-CoV-2, mas as disposições que constam nelas foram as regulamentadoras das alterações feitas nesse período.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo documental, exploratório e descritivo, com uma abordagem qualitativa.

4.2 Local do estudo

O local onde foi realizada a pesquisa é o Instituto Couto Maia, localizado em Salvador-BA, cidade com uma população estimada em 2.872.347 pessoas em 1º de julho de 2019 ²⁶.

O instituto foi fundado em 1853, inicialmente com o nome de Hospital de Isolamento Monte-Serrat, tendo o seu nome mudado posteriormente para Hospital Couto Maia em 20 de março de 1936 em homenagem ao médico e professor Augusto Couto Maia, primeiro diretor da instituição ²⁷. Seu objetivo inicial era tratar os marinheiros afetados pela febre amarela e evitar o alastramento de grandes epidemias na Bahia no século XIX ²⁷.

Atualmente, o Instituto Couto Maia, que teve nova sede inaugurada em 2018 ²⁸, é referência na assistência dos pacientes com doenças infectocontagiosas e parasitárias e presta serviços à população de toda a Bahia. Possui 120 leitos, além de ambulatórios de infecção geral, HIV e neuroinfecção ²⁹.

O Instituto Couto Maia é administrado através uma parceira público-privada entre a Secretaria Estadual de Saúde - SESAB e o consórcio Couto Maia S/A, formada pelas empresas SM Gestão Hospitalar e a Metro Engenharia. A Couto Maia S/A é a responsável por serviços não assistenciais, conhecida como bata cinza, na qual a concessionária se responsabiliza pelos serviços não clínicos, como lavanderia, hotelaria, recepção, portaria, segurança patrimonial, combate a incêndio, higienização, paisagismo, apoio administrativo, elaboração dos projetos arquitetônicos e de engenharia, a construção das instalações, o fornecimento dos equipamentos, dos móveis, dos utensílios e dos veículos, bem como a captação de recursos para a execução do novo hospital ²⁹.

Em decorrência da sua importância para o estado da Bahia, da capacidade de atendimento e do número de pacientes atendidos com suspeita de COVID-19 até o dia 31 de dezembro de 2020 (2.252 casos de síndrome respiratória aguda grave)¹³, o Instituto Couto Maia foi escolhido para a realização deste estudo.

4.3 Participantes da Pesquisa

Participaram do estudo representantes da diretoria geral, diretoria administrativa, comissão de controle de infecções hospitalares, almoxarifado, farmácia, setor de engenharia clínica e a concessionária da parceria público-privada responsável pela administração do Instituto Couto Maia, a Couto Maia S/A. Inicialmente, um representante de cada setor foi convidado a participar do estudo, sendo prevista a participação de mais de um representante caso tal demanda fosse apresentada.

É importante salientar que foi considerada a possibilidade de entrevistas com outros setores, visto que os participantes supracitados poderiam informar a participação de outros serviços no gerenciamento das mudanças ocorridas no Instituto Couto Maia. Caso isso ocorresse, os novos entrevistados seriam convidados através de e-mail.

4.3.1. Critérios de Inclusão

Profissionais que atuaram dos seguintes setores durante o período de 23 de março de 2020 até 23 de setembro de 2020: diretoria geral, a diretoria administrativa, a comissão de controle de infecções hospitalares, o almoxarifado, a farmácia, o setor de engenharia clínica e com a concessionária da parceria público-privada responsável pela administração do Instituto Couto Maia, a Couto Maia S/A.

4.3.2. Critérios de Exclusão

Profissionais que estavam de licença ou férias no período proposto para a coleta dos dados (no período de setembro, outubro e novembro de 2020); e indivíduos

que não deram um retorno em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

4.4 Instrumentos de Coleta dos Dados

Em decorrência da atual conjuntura de saúde, a coleta de dados foi realizada individualmente através de entrevista semiestruturada por videoconferência, por plataforma digital que melhor se adequou aos participantes (ZOOM.US, Teams, Google Meet, entre outras). A entrevista semiestruturada permite perguntas abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de se expressar no tema em questão sem se prender a pergunta inicialmente apresentada ³⁰ (APÊNDICE A).

Para pesquisa documental, foram consultados sites governamentais e não governamentais acerca das alterações realizadas no Instituto Couto Maia – como o site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o site do Instituto Couto Maia –, além de analisar documentos e informações complementares que foram repassados pelos entrevistados para o entrevistador.

4.5 Procedimento para Coleta dos Dados

Os participantes receberam uma carta-convite explicando a dinâmica da entrevista e convidando-os a marcar um horário acessível para ambas as partes (entrevistado e entrevistador), assim como o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) via e-mail.

Os participantes puderam discorrer por tempo indeterminado acerca das perguntas que foram elaboradas e outros assuntos associados.

A entrevista foi gravada para ser, posteriormente, transcrita e utilizada para compreender a dimensão das alterações que ocorreram no Instituto Couto Maia.

4.6 Tratamento e Análise dos dados

A análise do conteúdo foi feita a partir da técnica de análise temática, que se trata de uma técnica de pesquisa que se volta para a descrição objetiva,

sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação acerca de um tema ³⁰.

Foram realizados os seguintes passos: 1) organização dos dados (pré-análise): foi feita a transcrição de todo o material das entrevistas e a obtenção de partes que permitiram a melhor compressão e síntese da entrevista; 2) categorização dos dados: a partir das partes das falas elegidas, foi elaborada uma classificação de eixos temáticos para análise dos dados, identificando aproximação, distanciamento e complementaridades de ideias; por fim, foi feita um 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: etapa final, na qual os pesquisadores tentaram desvendar o conteúdo subjacente ao que estava sendo manifestado pelos entrevistados. Foi nessa etapa em que ocorreu uma busca pelas tendências, ideologias e outros fenômenos que pudessem ser correlacionados com o objetivo do estudo ³⁰⁻³².

O tratamento e análise dos dados foi realizado por um dos pesquisadores e por um convidado que não estava envolvido com a pesquisa. Ambos realizaram a leitura incessante das entrevistas transcritas e categorizaram as unidades de registro a partir de pontos em comuns que existiam entre eles. Dessa forma, diversas categorias emergiram na análise individual de cada um dos responsáveis pela análise. Em seguida, os responsáveis pela análise se reuniram para discutir essas categorias propostas por cada um e analisar quais convergiam e quais divergiam. A partir disso, foram selecionadas as categorias que estão apresentadas nos resultados.

4.7 Aspectos éticos

Esse projeto foi elaborado considerando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos no território nacional. Em seguida, foi cadastrado na Plataforma Brasil para posterior encaminhamento ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), ao qual os pesquisadores informaram relação no ato do cadastramento. Foram declarados os riscos e benefícios diretos e indiretos da pesquisa para os seus participantes, assim como os procedimentos que foram tomados a fim de resguardar o respeito

aos princípios éticos vigentes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido desse projeto está no APÊNDICE A.

O Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) desse estudo é 37494820.8.0000.0046 e o número do parecer é 4.275.411.

5 RESULTADOS

A seguir, estão apresentados os resultados obtidos após serem submetidos às etapas de análise qualitativa de conteúdo temática de Bardin prevista na metodologia ³⁰⁻³², o que culminou no estabelecimento das seguintes categorias e respectivas subcategorias apresentadas na tabela 1 e, no apêndice C, o detalhamento das respectivas unidades de registro.

Tabela 1 - Categorias e nº de recortes de falas a partir da análise do conteúdo das entrevistas realizadas. Nov-Dez 2020. Salvador, Bahia.

Categorias		Subcategorias	Unidades de Registro	
A pandemia e o ineditismo			11	
Gestão da crise	Gestão institucional	Unidades de serviço e funções de trabalho	16	
		Tempo de resposta/ação	21	
		Estrutura	11	
		UTI	11	
		Tecnologia	08	
		Protocolos de biossegurança	20	
	Gestão de recursos humanos	de Carga horária	Profissionais pouco experientes	11
			Rotatividade de profissionais	05
		pouco experientes	Novas contratações	03
			Educação permanente como ferramenta de gestão	10
			Sensação de aprendizado	03
			de Materiais e Medicamentos	Materiais
		Medicamentos		10
		Gestão da clínica		
Articulação interinstitucional	Gestão interinstitucional		13	
	Transferência dos pacientes e setores		09	

Fonte: elaborada pelos próprios autores do estudo.

Dentre as categorias e subcategorias apresentadas acima, 5 categorias foram selecionadas (tabela 2) para serem discutidas em decorrência da sua relevância e da sua correlação com os objetivos propostos para esse trabalho, que são a descrição, identificação e discussão das mudanças técnicas, organizacionais e

estruturais realizadas no instituto Couto Maia durante a pandemia de SARS-CoV-2

Tabela 2 - Categorias e nº de recortes selecionadas para a discussão. Nov-Dez 2020. Salvador, Bahia.

Categorias	Unidades de registro
Materiais	24
Protocolos de biossegurança	20
Estrutura	11
Educação permanente como ferramenta de gestão	10
Tecnologia	08

Fonte: elaborada pelos próprios autores do estudo.

Observa-se que, dentre as categorias selecionadas, as duas que mais se destacaram foram Materiais e Protocolos de Biossegurança. Em contrapartida, as três subcategorias com os menores números de recortes de fala foram Estrutura, Educação permanente como ferramenta de gestão e Tecnologia.

Também foram obtidas informações ³³ acerca das alterações nos números de leitos, profissionais médicos e outros profissionais contratados, como consta na tabela abaixo:

Tabela 3 – Alterações no número de leitos do Instituto Couto Maia entre janeiro de 2020 e setembro de 2020. Salvador, Bahia.

Serviço	Antes (01/2020)	Depois (09/2020)
Leitos (geral)	120	168
Leitos (UTI)	20	89
Profissionais – médicos	176	212
Profissionais – outros	544	706

Fonte: ICOM, 2020. ³³

Tabela 4 – Contratações de profissionais do Instituto Couto Maia entre janeiro de 2020 e setembro de 2020. Salvador, Bahia.

Profissionais contratados	Número de contratações
Médicos	100
Enfermeiros	50
Fisioterapeutas	40
Técnicos de enfermagem	150
Nutricionistas	4

Farmacêuticos bioquímicos	5
Técnicos de laboratório	9
Técnicos de radiologia	3

Fonte: ICOM, 2020. ³³

6 DISCUSSÃO

A pandemia do SARS-CoV-2 demandou uma reestruturação da sociedade para conter a disseminação do vírus ao qual a população não tinha imunidade e a ciência não conhecia a sua fisiopatologia, quadro clínico e repercussões pós-infecção. Concomitantemente, os serviços de assistência à saúde precisaram se reorganizar para atender o grande fluxo de pacientes que estava por vir, além de evitar os seus profissionais se contaminassem e que o sistema de saúde colapsasse. Para se adequar ao novo contexto e enfrentar a pandemia, o Instituto Couto Maia, assim como outras instituições, precisou lidar com a escassez de tempo para realizar as mudanças pertinentes no âmbito estrutural, organizacional e técnico. Abaixo, são discutidos cinco tópicos acerca dessas mudanças.

6.1 Estrutura

A reestruturação dos estabelecimentos de assistência à saúde durante o surto de SARS-CoV-2 foi imprescindível e ocorreu em diversos locais do mundo ²³⁻²⁵ para poder assistir o grande fluxo de pacientes que estava por vir. Essa necessidade de reestruturação também ocorreu no Instituto Couto Maia e foi evidenciado nos discursos dos entrevistados.

Nós tivemos que fazer uma intervenção física, em termos de obra, inclusive, para adequação aos leitos de internação que se transformassem em leitos de UTI. A nossa rede de gases medicinais estava dimensionada para leitos de internação e a demanda para a UTI é diferente. (E-2-123)

A unidade de registro acima discorre sobre a demanda de alterações estruturais que foram necessárias nesse estabelecimento de assistência à saúde. Como foi observado nas entrevistas, as enfermarias do estabelecimento foram transformadas em UTI para poder abarcar a quantidade de pacientes contaminados com SARS-CoV-2 que precisavam deste tipo de assistência.

De acordo com a RDC 50 ¹⁷, que dispõe sobre os projetos dos estabelecimentos de assistência à saúde, as enfermarias devem ter um aporte de oxigênio de 20 L/min, de vácuo clínico de 30 L/min e de ar comprimido medicinal de 20 L/min. Já os quartos ou áreas coletivas de UTI devem ter um aporte de oxigênio de 60

L/min, de vácuo clínico de 60 L/min e de ar comprimido medicinal de 60 L/min. Isso justifica as alterações estruturais que foram feitas na instituição, visto que as demandas dos leitos de UTI são maiores do que as dos leitos de enfermaria.

Além disso, os leitos de enfermaria necessitam de um posto de oxigênio para cada dois leitos, um posto de vácuo clínico para cada dois leitos e um posto de ar comprimido para cada dois leitos. Em contrapartida, os leitos de UTI demandam dois postos de oxigênio para cada leito, um posto de vácuo clínico para cada leito e dois postos de ar comprimido para cada leito. Isso se fundamenta no fato de os pacientes presentes nas UTI serem pacientes críticos, que demandam maiores ofertas de oxigênio, em particular os pacientes que apresentam a síndrome do desconforto respiratório agudo, complicação comum entre os pacientes acometidos pelo SARS-CoV-2 ⁴.

Além das enfermarias, outros setores sofreram reajustes:

A gente desativou o ambulatório... desativou “vírgula”, né. Nós diminuimos o serviço e colocamos ele em outro local para funcionar, para liberar espaço físico. O CRIE, que é o nosso Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais, também foi transferido para outro local. O centro cirúrgico nós desativamos temporariamente, até porque a gente só fazia cirurgia eletiva, então não tinha sentido. E aí a gente pegou esses espaços que estavam sem funcionar na unidade, transformamos em enfermarias, porque aí pegamos as enfermarias existentes e adaptamos para elas funcionarem como UTI. (E-6-115)

A unidade de registro acima ratifica as alterações estruturais efetuadas nas enfermarias para transformá-las em UTI e também discorre sobre a transformação do centro cirúrgico em enfermarias. Essa estratégia foi adotada, possivelmente, porque os leitos de enfermarias têm demandas estruturais mais próximas das salas do centro cirúrgico do que dos leitos de UTI em relação a número de postos e demanda de oxigênio, ar comprimido e vácuo ¹⁷. Apesar da demanda (em litros/minuto) por posto de utilização de oxigênio, vácuo clínico e ar comprimido medicinal nas UTI serem iguais às do centro cirúrgico, o número de postos por local de utilização difere, o que inviabiliza a adaptação de uma sala de cirurgia em uma área de UTI, mas possibilita a adaptação para transformá-la em uma enfermaria.

O aumento do número de leitos de UTI e de enfermaria, apresentados na tabela 3, juntamente com o quantitativo de pacientes doentes por conta do SARS-CoV-2, justificam o aumento do quadro de funcionários da instituição (tabela 4)

6.2 Tecnologia

A tecnologia é parte integrante fundamental para o funcionamento de um hospital e os sistemas já existentes na instituição facilitaram a atuação dos profissionais de saúde durante uma crise em saúde. Além disso, novas estratégias podem ser desenvolvidas para melhor auxiliar a atuação.

A gente utilizava o WhatsApp para disseminar os protocolos escritos, pelos grupos. A gente também colocava no site do Couto Maia para ficar disponível não só para a comunidade do Couto Maia, mas também para outros hospitais que também queriam se basear em algum protocolo para fazer o deles. (E-4-126)

Assim como observado em outras instituições²³, a disseminação de informações de forma rápida e eficaz foi necessária durante a vigência da pandemia, sobretudo nos primeiros meses, quando o entendimento do comportamento do vírus e das diversas apresentações clínicas ainda eram escassas. Dessa forma, a utilização das redes sociais, a exemplo do Whatsapp e do site da unidade, como ferramenta de suporte ao trabalho em equipe se mostrou relevante.

A outra coisa que a gente fazia era, através dos prontuários eletrônico, monitorar os pacientes internados com coronavírus, para auxiliar na prescrição de antibiótico, porque os médicos estavam em uma situação complicada, né? Porque é um outro perfil de paciente, então a gente auxiliava porque eles ficavam na dúvida se iam ampliar o espectro do antibiótico. (E-4-137)

O Instituto Couto Maia, por se tratar de um hospital especializado em infectologia, dispõe de uma ampla equipe de médicos infectologistas, os quais auxiliaram na prescrição de antibióticos nas infecções que ocorreram concomitantemente à infecção pelo SARS-CoV-2. Os prontuários eletrônicos permitem um acesso mais rápido aos dados do paciente e, assim, os infectologistas podem analisar um maior número de pacientes para direcionar cada um dos casos.

Psiquiatra, ortopedista, ginecologista, que atendiam no nosso ambulatório e médicos de mais idade que a gente não queria

deixar na “área” COVID, vieram formar o TeleICOM, que foi um serviço muito importante para a comunicação com as famílias; no auge da pandemia, esse serviço foi fundamental porque eram muitos leitos, muitos pacientes internados e são pacientes que não têm visita e não têm acompanhante. Então, a gente tinha que fazer esse contato com a família. (E-7-94)

Considerando a natureza infecciosa do vírus, a situação delicada em que a população se encontrava por conta do aumento do número de casos e o possível colapso do sistema de saúde, as visitas aos pacientes internados com SARS-CoV-2 foram suspensas, assim como ocorreu em outros países ²⁵. Apesar de a RDO 63 de 25 de novembro de 2011 ²⁰ dispor sobre o direito ao acompanhamento, tal prática foi revista em um contexto de emergência em saúde pública. Assim, tornou-se necessário o desenvolvimento de uma forma alternativa de comunicação entre os familiares e os profissionais de saúde, o que foi solucionado com a ferramenta denominada de TeleICOM.

Tal estratégia também foi estabelecida em outras instituições ²³, a fim levar informações acerca da evolução dos pacientes para os familiares e manter a assistência à saúde humanizada.

Vale ressaltar que a sobrecarga das equipes especializadas (sobretudo das que trabalham nas unidades de terapia intensiva), assim como a redução das demandas de outros profissionais de saúde, como psiquiatras, ortopedistas, entre outros, já eram esperada nesse contexto ²⁵ e o remanejamento desses profissionais para a assistência aos familiares foi uma estratégia perspicaz, pois foi possível evitar que profissionais de saúde ficassem ociosos em um momento crítico. Ademais, é uma preconização do Ministério da Saúde o afastamento ou a realocação de trabalhadores acima de 60 anos de idade afim de diminuir a possibilidade de contaminação ¹⁸.

6.3 Materiais

O desconhecimento inicial da patogenicidade e da virulência do SARS-CoV-2, assim como a preocupação com os profissionais de saúde que trabalham diretamente com os pacientes contaminados culminou em uma paramentação com diversos EPI, a fim de evitar disseminação do vírus dentro e fora do

ambiente hospitalar. Em decorrência da experiência de outros países com a pandemia, foi previsto um uso maciço desses equipamentos ²⁵.

A gente teve que ficar sempre redimensionando os equipamentos de proteção individual, que no mundo inteiro ficou faltando, né? Então a gente tinha que criar protocolos que também ponderassem essas questões de déficit de equipamentos de proteção individual. (E-4-38)

A criação de protocolos em relação ao uso de EPI durante a pandemia se fez necessária, pois era esperado que tanto os profissionais de saúde quanto a população superestimasse o risco de infecção ²⁵. Além disso, tais protocolos foram necessários para que os trabalhadores da instituição tivessem acesso aos EPI em número suficiente e compatível com a atividade desenvolvida em seu setor, como preconiza a RDC 63 ²⁰. Essa estratégia pode ser verificada na unidade de registro abaixo.

As estratégias foram criar um melhor controle; EPI, por exemplo, a gente passou a controlar nas farmácias satélites e estabelecer prazos para troca de máscaras N95, conforme o protocolo, a gente fez um levantamento que, na realidade, nossos recursos eram da SESAB, então a gente teve que demonstrar necessidade para fazer um melhor planejamento. Basicamente foi isso. E sempre buscando otimizar: melhorar a receita e controlar as despesas para poder encontrar um meio termo. (E-6-49)

As evidências da eficácia das máscaras N95 ²² e da fácil e rápida transmissibilidade do SARS-CoV-2 ²¹ justificaram a sua grande procura por parte das instituições de saúde e pela população e, por conta dessa demanda, houve um aumento do preço desse item no mercado, além de sua escassez no início da pandemia. Assim, a necessidade de troca e descarte recorrente dessa máscara foram revistas, sobretudo nas que tinham sua integridade preservada por não terem sido machucadas, molhadas ou perfuradas. Tal recomendação está de acordo com a nota técnica da ANVISA, que discorre sobre excepcionalidades devido a alta demanda por máscaras N95/PFF2 ou equivalente ¹⁹.

De acordo com a RDC 63 de 25 de novembro de 2011 ²⁰, os serviços de saúde devem manter disponível para todos os trabalhadores normas e condutas de

segurança biológica, além de instruções sobre o uso dos equipamentos de proteção individual. Desse modo, Instituto Couto Maia desenvolveu e disponibilizou protocolos o uso dessas máscaras, bem como sobre como a sua colocação e retirada antes e após o uso. Tais protocolos foram disponibilizados no site do Instituto Couto Maia ³⁴.

6.4 Educação permanente como ferramenta de gestão

A educação permanente dos profissionais de saúde é essencial no mundo moderno, no qual o fluxo de informações é maior e as atualizações ocorrem de uma forma mais dinâmica. Essa prática se torna ainda mais necessária em um contexto de uma pandemia causada por um patógeno até então desconhecido e em uma situação em que o seu combate ocorre em concomitância com o entendimento da situação.

E a gente passou a precisar utilizar esses equipamentos para todos os serviços da unidade. Então, foi um treinamento intenso com a CCIH (comissão de controle de infecções hospitalares); nós fizemos vídeos, inclusive não só internos, mas para o estado da Bahia, vídeos sobre o uso de EPI, sobre biossegurança em diversas unidades, tanto administrativas quanto unidades de internação, no próprio refeitório; então foram várias mudanças que precisaram ser feitas para garantir o distanciamento e o uso de EPI no contato com os pacientes. (E-7-61)

Assim como em outras regiões do mundo ²⁴, o ICOM conduziu programas de educação permanente para todos os setores da instituição com o objetivo de proteger os seus profissionais e evitar um colapso nosocomial.

Tivemos que fazer contratação de cerca de 400 pessoas em um período muito rápido e treinar essas pessoas, porque a abertura de leitos não foi só aqui, foi no estado e no município. A demanda de profissionais era enorme. Pegávamos profissionais pouco qualificados e precisávamos treiná-los antes de colocá-los na área de atendimento. (E-7-79)

A contratação de novos profissionais, como trabalhadores da assistência, da vigilância em saúde, da gestão, do apoio e da conservação em uma situação de Emergência de Saúde Pública é de suma importância, visto que se trata de uma situação na qual é requerido um esforço em conjunto para evitar um risco de saúde pública e a propagação da doença. Nesse contexto, a educação

permanente em saúde é imprescindível, visto que é peça fundamental para a correta gestão da crise. O artigo 32 da RDC 63²⁰ afirma que o serviço de saúde deve promover a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente em conformidade com as atividades desenvolvidas. Assim, a partir do que foi afirmado na unidade de registro acima, é possível concluir que o estabelecimento de saúde sobre o qual discutimos se preocupou em estar de acordo com o que é preconizado pela resolução.

6.5 Protocolos de Biossegurança

Os protocolos de biossegurança já são partes integrantes da rotina hospitalar, mas a nova conjuntura demandou mudanças rápidas e adaptações constantes a medida que a virulência, patogenicidade e a transmissibilidade do SARS-CoV-2 era compreendida.

Toda aquelas incertezas iniciais que se tinha, da falta de informação, gerou – o que foi bom para todos – um cuidado excessivo em relação às proteções, os protocolos de seguranças foram muitos rígidos e intensificados, até para proteger o nosso pessoal (E-2-109)

O ICOM disponibilizou protocolos de biossegurança online para os seus profissionais de saúde e para outras instituições que desejassem se basear na medidas tomadas³⁴.

A gente monitorava e monitora até hoje os profissionais que estavam e estão se contaminando. A gente não tinha como saber se era da comunidade e tal, mas a gente ia fazendo um controle dos funcionários até para saber se os nossos protocolos estavam funcionando. (E-4-131)

O monitoramento dos funcionários foi uma estratégia adotada em diversos locais com o intuito de evitar que profissionais contaminados permanecem trabalhando ou até mesmo para orientá-los sobre o isolamento social em caso de teste positivo para COVID. A aferição da temperatura foi observada em outras instituições de diversos países desde o início da pandemia²⁴ e tendo sido incorporada em muitos estabelecimentos no Brasil; a supracitada unidade de registro discorre sobre monitoramento através de exames laboratoriais,

temperatura e sintomas gripais. Portanto, as medidas adotadas pelo ICOM estiveram em consonância com outras instituições.

E a UTI 1 e 2 no térreo, a gente chamou de UTI coorte. O que acontecia... elas ficavam bloqueadas, só entrava ali quem realmente estava ali trabalhando. Então, eles colocavam uma roupa, que nem aquelas roupas de astronauta, um macacão; e eles entravam com a roupa e ficavam durante 6 horas lá dentro. E para ir ao banheiro, apenas no final das 6 horas ou se fosse uma urgência. Então, para eles beberem água ou comerem, eles iam até a porta da UTI e uma pessoa de lá de fora tirava a máscara e a pessoa se alimentava por líquidos, por canudos. Eles ficavam lá dentro o tempo todo, trabalhando, e sempre tinha do lado de fora uma “pessoa volante”, que ficava atendendo a demanda, por exemplo “estou precisando mais soro”. Aí a pessoa passava pela porta, porque a porta tinha uma divisão, uma linha amarela. Então, ninguém poderia entrar daquela linha para dentro, a não ser que estivesse com as roupas adequadas. E na hora de sair, tinha um protocolo para tirar as roupas. Antes da porta eles tiravam tudo e só saíam com a máscara. (E-4-232)

Tal explicação acerca da dinâmica nas unidades de terapia intensiva coorte demonstra a preocupação dos funcionários e da instituição em relação à biossegurança. Está explícito que os profissionais de saúde que necessitaram de uma paramentação mais elaborada para se proteger do SARS-CoV-2 tiveram acesso a isso, além de receberem o suporte necessário para continuarem trabalhando com a menor possibilidade de exposição ao patógeno. Tal organização está de acordo com o preconizado pela RDC 63, sobretudo no artigo 46²⁰.

Assim como todo estudo, este apresentou algumas limitações. A pandemia impossibilitou que as entrevistas ocorressem presencialmente, o que pode ter interferido na relação entre o entrevistador e o entrevistado. Além disso, após as entrevistas, foi observado que os roteiros de entrevistas semiestruturadas poderiam ter sido mais bem estruturados para uma coleta de informações mais rica. A falta de experiência do pesquisador responsável pelas entrevistas também limitou a coleta de dados, que poderia ter sido conduzida de forma a direcionar os entrevistados a falar mais sobre as alterações técnicas, organizacionais e estruturais, mas sem enviesar o estudo. Por fim, o trabalho poderia ter sido enriquecido através de entrevistas de representantes de outros setores, como do coordenador médico do Instituto Couto Maia ou do

coordenador médico da UTI. Essas limitações possibilitam a realização de novas pesquisas, sejam elas com o intuito de sanar tais limitações sejam elas com o objetivo de identificar, descrever e discutir novos tópicos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, de caráter documental, exploratório e descritivo, registra uma pequena parcela das diversas alterações que foram feitas de forma ágil no Instituto Couto Maia para o enfrentamento da pandemia. A análise das referências internacionais, das resoluções das diretorias colegiadas e dos guias e notas técnicas disponibilizados pelo Ministério da Saúde torna evidente que houve uma preocupação do Instituto Couto Maia de observar e aprender com a experiência internacional prévia, além de manter as boas práticas de funcionamento e obedecer às disposições técnicas acerca das reestruturações físicas. Também foi possível observar o cuidado com os trabalhadores de saúde da instituição e com a população através da implementação de protocolos bem estruturados e da instauração do TeleICOM, com o objetivo de preservar a humanização da atenção e gestão da saúde em um momento de emergência em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* [Internet]. 2020; 395 (10224): 565–74. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8)
2. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report - 1. *WHO Bull.* 2020; (JANUARY): 1–7.
3. Gandhi RT, Lynch JB, del Rio C. Mild or Moderate Covid-19. *N Engl J Med.* 2020; 1–9.
4. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;
5. Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, Ferguson ND, Caldwell E, Fan E, et al. Acute respiratory distress syndrome: The Berlin definition. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2012; 307 (23): 2526–33.
6. Z W, JM M. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019(COVID-19) outbreak in China. *Jama.* 2020;2019:10.1001/jama.2020.2648.
7. Bhatraju PK, Ghassemieh BJ, Nichols M, Kim R, Jerome KR, Nalla AK, et al. Covid-19 in Critically Ill Patients in the Seattle Region — Case Series. *N Engl J Med.* 2020;2012–22.
8. Organization WH. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak. 2020;1–6. Disponível em: <https://www.who.int/>
9. Saúde S de. Boletim Epidemiológico COVID-19 Bahia. 2020;61.
10. World Health Organization. COVID-19 Weekly Epidemiological Update 22. *World Heal Organ* [Internet]. 2021;(December):1–3. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/weekly_epidemiological_update_22.pdf
11. Saúde S de. Boletim Epidemiológico COVID-19 Bahia. nº 413 - 11/05/2021. 2021; Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/BOLETIM_ELETRONICO_BAHIAN_413___11052021.pdf
12. Saúde S de. Boletim Epidemiológico COVID-19 - Bahia. 2020; Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/BOLETIM_ELETRONICO_BAHIAN_111___13072020.pdf
13. Maia IC. Boletim COVID-19 2020. 2021; Disponível em:

<http://www.institutocoutomaia.com.br/icom-publica-boletim-epidemiologico-do-ano-de-2020/>

14. Patients L, Taylor D, Lindsay AC, Halcox JP. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med.* 2020; 0–3.
15. Mehra MR, Desai SS, Kuy S, Henry TD, Patel AN. Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19. *N Engl J Med.* 2020; 1–8.
16. Walls AC, Park YJ, Tortorici MA, Wall A, McGuire AT, Velesler D. Structure, Function, and Antigenicity of the SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein. *Cell [Internet].* 2020;181(2):281-292.e6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cell.2020.02.058>
17. Saúde M da. RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Of da República Fed do Bras.* 2002;
18. Ministério da Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. Ministério da Saúde. 2020; 1–37.
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica N° 04/2020 GVIMS / GGTES/ANVISA. Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que Devem Ser Adotadas Durante a Assistência aos Casos Suspeitos ou Confirmados de Infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) – atualizada e. Agência Nac Vigilância Sanitária – Anvisa. 2020; 1–92.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n. 63 de 25 de novembro de 2011. 2011; 1–14.
21. Peeri NC, Shrestha N, Siddikur Rahman M, Zaki R, Tan Z, Bibi S, et al. The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? *Int J Epidemiol.* 2021;49(3): 717–26.
22. Chou R, Dana T, Buckley DI, Selph S, Fu R, Totten AM. Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers: A Living Rapid Review. *Ann Intern Med.* 2020; 173 (2): 120–36.
23. Griffin KM, Karas MG, Ivascu NS, Lief L. Hospital preparedness for COVID-19: A practical guide from a critical care perspective. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020; 201 (11): 1337–44.
24. Chang YT, Lin CY, Tsai MJ, Hung CT, Hsu CW, Lu PL, et al. Infection control measures of a Taiwanese hospital to confront the COVID-19 pandemic. *Kaohsiung J Med Sci.* 2020; 36 (5): 296–304.

25. Faccincani R, Pascucci F, Lennquist S. How to Surge to Face the SARS-CoV-2 Outbreak: Lessons Learned from Lombardy, Italy. *Disaster Med Public Health Prep.* 2020; 14 (5):e 39–41.
26. IBGE. População estimada: Salvador. IBGE [Internet]. 2020; Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>
27. Lourenzo M de F. Hospital Couto Maia: Uma Memória Histórica (1853-1936). *Rev Baiana Saúde Pública.* 2013; 37: 90–107.
28. Maia HC. Nossa História. 2020; 1–6. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br/nossa-historia/>
29. ICOM. Instituto Couco Maia - Quem somos. 2020; Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br/quem-somos/>
30. Minayo MC de S, Deslandes SF. *Pesquisa Social : teoria, método e criatividade.* Editora Vozes. 2009.
31. Bardin L. *Análise de Conteúdo.pdf.* Lisboa: Edições 70; 2006.
32. Oliveira DC de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev enferm UERJ.* 2008;16(4):569–76.
33. ICOM. ICOM amplia número de leitos para atender casos de Covid-19. 2020; Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br/icom-amplia-numero-de-leitos-para-atender-casos-de-covid-19/>
34. Maia IC. Protocolos e documentos elaborados pela equipe do ICOM relacionados ao tratamento de pacientes Covid-19 e à segurança dos profissionais. 2021;1–5. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br/servicos/covid-19/>

APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista Semiestruturada

- **Diretoria geral / Diretoria administrativa / Comissão de controle de infecções hospitalares**
 - Como ou de que forma a pandemia de COVID-19 impactou na rotina desse serviço?
 - Quais foram as alterações ocorridas em seu setor para atender as demandas advindas da pandemia?
 - Quais foram as estratégias adotadas para atender a essas necessidades?
 - O que passou a ser prioridade diante da pandemia?
 - Qual foi o momento que o ICOM começou a pensar estratégias para adaptar a unidade?
 - Quantos e quais serviços foram desativados?
 - Há algo a mais que gostaria de informar sobre alterações ocorridas durante o período da pandemia?

- **Almoxarifado**
 - Como ou de que forma a pandemia de COVID-19 impactou na rotina desse serviço?
 - Quais foram as alterações ocorridas em seu setor para atender as demandas advindas da pandemia?
 - Quais foram as estratégias adotadas para atender a essas necessidades?
 - Quais foram os materiais que tiveram aumento na demanda durante esse período?
 - Quais materiais não eram solicitados pela unidade e passaram a ser solicitados pela unidade?
 - Ocorreu alguma alteração nas demandas dos materiais de limpeza? Em que percentual?
 - O que passou a ser prioridade diante da pandemia?
 - Qual foi o momento que o ICOM começou a pensar estratégias para adaptar a unidade? E como esse setor foi envolvido?

- Há algo a mais que gostaria de informar sobre alterações ocorridas durante o período da pandemia?

- **Farmácia**

- Como ou de que forma a pandemia de COVID-19 impactou na rotina desse serviço?
- Quais foram as alterações ocorridas em seu setor para atender as demandas advindas da pandemia?
- Quais foram as estratégias adotadas para atender a essas necessidades?
- Quais foram os medicamentos que passaram a ser mais demandados durante esse período?
- O que passou a ser prioridade diante da pandemia?
- Qual foi o momento que o ICOM começou a pensar estratégias para adaptar a unidade?
- Há algo a mais que gostaria de informar sobre alterações ocorridas durante o período da pandemia?

- **Setor de engenharia clínica**

- Como ou de que forma a pandemia de COVID-19 impactou na rotina desse serviço?
- Quais foram as alterações ocorridas em seu setor para atender as demandas advindas da pandemia?
- Quais foram as estratégias adotadas para atender a essas necessidades?
- O que passou a ser prioridade diante da pandemia?
- Qual foi o momento que o ICOM começou a pensar estratégias para adaptar a unidade?
- Há algo a mais que gostaria de informar sobre alterações ocorridas durante o período da pandemia?

- **Concessionária da parceria público-privada (Couto Maia S/A)**

- Como ou de que forma a pandemia de COVID-19 impactou na rotina desse serviço?

- Quais foram as alterações ocorridas em seu setor para atender as demandas advindas da pandemia?
- Quais foram as estratégias adotadas para atender a essas necessidades?
- O que passou a ser prioridade diante da pandemia?
- Qual foi o momento que o ICOM começou a pensar estratégias para adaptar a unidade?
- Há algo a mais que gostaria de informar sobre alterações ocorridas durante o período da pandemia?

APÊNDICE B – TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(FORMATO ELETRÔNICO)**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ALTERAÇÕES TÉCNICAS, ORGANIZACIONAIS E ESTRUTURAIS REALIZADAS EM UM INSTITUTO ESPECIALIZADO EM INFECTOLOGIA EM SALVADOR-BA DURANTE A PANDEMIA DO SARS-COV-2”, que tem como objetivo documentar, identificar e discutir as mudanças técnicas, organizacionais e estruturais realizadas no Instituto Couto Maia durante a pandemia de SARS-CoV-2, além de documentar a história das mudanças realizadas na instituição relacionadas ao COVID-19. Você está sendo convidado por fazer parte dos setores responsáveis pelas adaptações na instituição.

Caso concorde em participar da pesquisa, você participará de uma entrevista semiestruturada online por plataformas digitais que melhor se adeque ao participante (ZOOM.US, Teams, Google Meet, entre outras) com perguntas acerca. Nessas entrevistas serão abordados temas relacionados à instituição, como as adaptações realizadas, como a pandemia afetou a instituição e o que passou a ser priorizado nesse período.

Os riscos dessa pesquisa são mínimos e referem-se ao fato de você se sentir constrangido em responder alguma pergunta. Caso isso ocorra, você poderá desistir de responder à entrevista, sem qualquer prejuízo para você. As entrevistas serão gravadas para posterior transcrição no Word, possibilitando assim o registro das adaptações realizadas. O benefício dessa pesquisa é que o Instituto Couto Maia estará participando de uma documentação de um momento histórico e ficará registrado na história, além de possuírem esses registros para que tais mudanças possam ser realizadas de formas mais sistematizadas em um cenário pandêmico ou epidêmico futuro por outros estabelecimentos de saúde.

Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em congressos e revistas científicas e os pesquisadores garantem sigilo em relação à identidade dos participantes. Os dados serão armazenados no computador de uso individual, com proteção de senha de segurança e de propriedade dos pesquisadores por um período

de cinco anos, para realização de análise dos dados e em seguida serão excluídos deste computador permanentemente.

Sua participação é voluntária, não haverá custos materiais ou financeiros para você, bem como não haverá remuneração pela sua participação. Você tem a garantia de plena liberdade de participação na pesquisa, podendo recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da realização da pesquisa, sem ter que justificar sua desistência e sem sofrer quaisquer tipos de coação ou penalidade.

Para maiores informações e esclarecimentos sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis: Lucas de Araújo Matos, pelo telefone (71)9 9271-1504 ou pelo e-mail lucasmatos17.2@bahiana.edu.br; ou com a orientadora Dra. Ceuci de Lima Xavier Nunes, pelo telefone (71) 9 9963-4668. Em caso de dúvida ou denúncia, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Instituto Couto Maia – Rua Coronel Azevedo, s/n – Cajazeiras II – CEP: 41.332-010 – Salvador, Bahia. Tel.: (71) **3103-7150**, E-mail: icom.cep@saude.ba.gov.br.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, você deverá clicar se concorda em participar. Ao clicar em “concordo em participar” você estará concordando com esse documento.

**CONCORDO EM PARTICIPAR DA
PESQUISA**

**NÃO CONCORDO EM PARTICIPAR
DA PESQUISA**

APÊNDICE C – Cronograma

Atividades	Ano		2020							2021							
	Mês		Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abril	Maio	Jun	Jul
Revisão de literatura			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Redação da Introdução, Objetivos e Metodologia			X	X													
Entrega da Introdução, Objetivos e Metodologia				X	X												
Submissão e avaliação pelo CEP						X	X										
Coleta de dados							X	X	X								
Análise dos dados								X	X	X							
Redação dos Resultados										X	X						
Entrega dos Resultados											X						
Redação da Discussão e Conclusão												X	X	X			
Revisões finais														X	X		
Entrega e apresentação																X	
Relatório parcial ao CEP																X	
Relatório final ao CEP																	X

*Cronograma sujeito a alterações, pois a coleta de dados só será realizada após aprovação do CEP.

APÊNDICE D – Unidades de registro da análise temática de conteúdo

A pandemia e o ineditismo

E-1-13: Ela impactou impulsionando alguns projetos de melhoria, principalmente na qualidade de nosso serviço para poder se adequar à pandemia. Então, a gente avançou em algumas áreas que já estavam previstas avançar, mas houve uma antecipação dos projetos para poder conseguir atender à urgência do COVID.

E-2-38 nós tivemos que ter um programa de treinamento muito intensivo para poder atender a essa nova realidade porque era uma situação nova para todos

E-2-65 Foi um aprendizado em conjunto e teve que ser feito em muito pouco tempo porque as coisas aconteceram meio que de surpresa para todos.

E-2-90 Tanto se falava que não era uma coisa muito agressiva como se dizia também que era uma coisa bastante agressiva. Isso gerou uma certa incerteza do que a gente necessitava fazer.

E-4-15: bagunçou tudo

E-5-12 ninguém esperava uma situação dessa, fomos todos pegos de surpresa e tivemos que trabalhar todos os dias, finais de semana, em casa

E-5-98: Houve muitos itens que foram solicitados a partir da pandemia com a COVID-19.

E-5-133: com a pandemia, passamos a ter 89 leitos de UTI

E-7-15: Impactou completamente. O hospital é um hospital de 167 anos, que já é especializado em doenças infecciosas e que, com a chegada dos primeiros casos de COVID-19 na Bahia, esse foi o primeiro hospital que foi colocado para ser de atendimento ao COVID.

E-7-144: A gente estava lidando com um vírus de alta transmissibilidade que a gente não conhecia direito as formas de transmissão e um vírus altamente virulento para determinadas pessoas.

E-7-146 E intensivistas que tinham mais de 20 anos de profissão e diziam que nunca tinham estado com um paciente tão difícil de controlar quanto um paciente grave de COVID. Então, foi uma experiência inédita. A última pandemia (não é que COVID foi a primeira pandemia, tiveram outras) que mexeu com a vida das pessoas tinha sido em 1918, a Gripe Espanhola. Então, a gente não tinha a experiência prática em lidar com isso, embora a experiência com H1N1 tenha ajudado a gente a construir “as coisas”.

Gestão da crise

Gestão institucional	Unidades de serviço e funções de trabalho	<p>E-1-20: A gente começou a implementar o processo de manipulação de fármacos, isso impulsionado pela falta de alguns medicamentos. Então, tivemos que manipular esses medicamentos para garantir uma segurança desse medicamento manipulado. Anteriormente era manipulado nos postos de enfermagem, sem as condições sanitárias adequadas e recomendadas pela legislação vigente.</p> <p>E-1-111 O hospital criou um Comitê de Crise que avaliava todos os setores do hospital. Então, nós participávamos também dessas reuniões para tratar sobre pontos estratégicos e quais estratégias seriam traçadas de forma coletiva e de forma articulada com os demais setores – enfermagem, equipe médica...</p> <p>E-1-126: Um exemplo disso são as farmácias satélites; nós temos 4 farmácias satélites aqui no hospital que não funcionavam as 24 horas. Para atender a demanda do COVID, devido à gravidade dos pacientes, nós</p>
-----------------------------	--	---

		<p>começamos a funcionar todas as nossas farmácias satélite 24 horas para prestar uma assistência mais rápida à equipe. Essa foi uma mudança profunda que vai ser uma herança positiva desse processo de pandemia. Então, a pandemia acelerou o processo de reestruturação do serviço.</p> <p>E-2-18: Primeiro, eu queria relatar um pouco quais são esses serviços que a gente atende. Nós temos uma base de atendimento que ela se divide em: recepção, portaria, segurança, maqueiro, apoio administrativo, motorista e, além disso, nós temos nutrição, lavanderia, hotelaria e higienização. Todos esses serviços fazem parte do escopo do nosso contrato de prestação de serviço.</p> <p>E-2-106: A nossa equipe presta um serviço de apoio a parte assistencial. Estamos caminhando em todos os ambientes em que a parte assistencial está.</p> <p>E-3-68: Aqui eu tenho 2 setores: engenharia clínica e engenharia hospitalar. A engenharia hospitalar cuida mais da área predial, que são manutenção dos geradores, a parte elétrica, a parte hidráulica... E a engenharia clínica, que cuida da parte de equipamentos. Então, nós recebemos uma grande quantidade de equipamentos. Então, eu estava com 2 equipes: a de engenharia clínica e a de engenharia hospitalar. Então, minha estratégia foi treinar também a equipe de engenharia hospitalar – pessoal que trabalha com hidráulica, elétrica, com essa parte de mecânica – para também atender as ordens de serviço da engenharia clínica, porque a gente recebeu uma grande quantidade de equipamentos. Então, nossa</p>
--	--	--

		<p>estratégia foi essa, treinar o nosso pessoal e um ajudar o outro para poder atender as ordens de serviço.</p> <p>E-3-152 a diretoria do ICOM juntamente com o governo do estado já articulou e internamente criou a comissão para a gente ver a melhor estratégia de atender a essa demanda.</p> <p>E-4-16: a gente teve que criar novos setores, UTI foram criadas, a gente tinha antes só 20 leitos de UTI, sendo 10 de pediatria, que era um setor mais tranquilo, sempre foi em termos de infecção hospitalar, a pediatria geralmente infecta menos; e a gente tinha 10 de adultos. Agora a gente tem 4 UTI no hospital e a UTI pediatria subiu para a enfermaria pediatria para ceder o espaço da UTI para adulto. Então, assim, os setores foram redimensionados, novos foram criados.</p> <p>E-4-52: a gente precisa agora ter o nosso trabalho em relação a fiscalização desses pacientes, como isolamento de contato... bastante bactéria multirresistente para a gente orientar tratamento</p> <p>E-4-54: É muita coisa, é muito trabalho. A gente tem que notificar não só agora as bactérias que a gente notificava antes, nas IRAS, que são as infecções relacionadas à assistência à saúde, não só por bactérias e fungos, como a gente já fazia, mas também as IRAS por COVID, quem adquiriu dentro do hospital.</p> <p>E-4-232: E a UTI 1 e 2 no térreo, a gente chamou de UTI coorte. O que acontecia... elas ficavam bloqueadas, só entrava ali quem realmente estava ali trabalhando.</p>
--	--	---

		<p>E-5-24: Eu não trabalho com medicamentos, eu trabalho só com material médico hospitalar e higienização.</p> <p>E-5-51: Não, porque a gente supria, ou melhor, a gente ainda supre a farmácia, que funciona 24 horas, e a farmácia fazia essa redistribuição.</p> <p>E-5-56: existe a farmácia central e as farmácias satélites. A estrutura é montada dessa forma. Só que antes essas satélites só atendiam a parte de medicamentos</p> <p>E-5-137: Sobre essas estruturas, eu não posso citar quando e como foi que aconteceu, porque além de eu não participar desse processo, eu não tinha acesso lá</p> <p>E-5-139: Quando eu voltei das férias, eu não tive mais acesso por conta da doença. Só quem era da área assistencial.</p>
	<p>Tempo de resposta/ação</p>	<p>E-1-14 a gente avançou em algumas áreas que já estavam previstas avançar, mas houve uma antecipação dos projetos para poder conseguir atender à urgência do COVID.</p> <p>E-1-109: O ICOM começou a planejar, creio que, o mês específico eu acho que foi em março ou em abril, exatamente, né, que a gente começou... como o cenário começou a mudar nos outros estados, nós começamos a nos planejar. Nosso serviço começou a se planejar no final de março, quando começaram as reuniões do Comitê de Crise. O hospital criou um Comitê de Crise que avaliava todos os setores do hospital. Então, nós participávamos também dessas reuniões para tratar sobre pontos estratégicos e quais estratégias seriam traçadas de forma</p>

		<p>coletiva e de forma articulada com os demais setores – enfermagem, equipe médica... Creio que em março o hospital começou a ter essas estratégias e no nosso setor, a gente começou a fazer as mudanças mais profundas no final de março mais ou menos.</p> <p>E-2-65: Foi um aprendizado em conjunto e teve que ser feito em muito pouco tempo porque as coisas aconteceram meio que de surpresa para todos.</p> <p>E-2-87: A data base para nós foi 15 de março, porque, como eu lhe falei, a gente ouvia falar de algumas coisas, ouvia notícias de que o vírus estava chegando, mas as informações eram muito controversas.</p> <p>E-2-125 A nossa rede de gases medicinais estava dimensionada para leitos de internação e a demanda para a UTI é diferente. Então, nós tivemos que... inclusive, fizemos isso com o hospital com alguns pacientes internados, o que foi uma vitória para nós.</p> <p>E-3-50: a mudança foi grande e brusca. Para a gente deixar a unidade própria para atender a essa demanda.</p> <p>E-3-151: como o ICOM é uma referência em doenças infectocontagiosas, a diretoria do ICOM, juntamente com o governo do estado, quando o pessoal percebeu que o aumento de casos de pacientes com COVID fora do país cresceu muito e era notório que esse crescimento viria para o Brasil, então, a diretoria do ICOM juntamente com o governo do estado já articulou e internamente criou a comissão para a gente ver a melhor estratégia de atender a essa demanda. Então, a princípio seria um hospital de</p>
--	--	--

		<p>campanha na área externa da unidade. Aí vieram o pessoal do governo do estado, fizeram o levantamento, fizeram o estudo... E como iria demandar muito tempo para construir o hospital de campanha na área externa, decidimos alterar a nossa estrutura interna, que foi quando fizemos a intervenção na rede de gases, ampliando a rede de gases para atender o consumo de oxigênio, de ar medicinal e vácuo medicinal.</p> <p>E-3-166: Mais ou menos uns 15 dias.</p> <p>E-3-170: No momento em que estavam transferindo os pacientes para outras unidades, foi o tempo que a gente estava fazendo a obra, fazendo a rede de gases. Então, o estado foi muito rápido em relação a essa articulação para fazer a intervenção na unidade e também com o envio de equipamentos. Aqui virou um campo de guerra, coisa de filme mesmo, de você está lá no campo de guerra, chegando soldados, chegando caminhões... então, aqui, no início foram vários caminhões, foram vários carros trazendo equipamentos, trazendo material para o almoxarifado do ICOM para atender essa demanda de uma doença nova, que ninguém conhecia e todos nós nos unimos para fazer o melhor.</p> <p>E-4-170: Foi final de fevereiro e início de março. A gente começou... quando vemos que a pandemia estava realmente chegando no Brasil...</p> <p>E-4-171: A gente primeiro já tinha um protocolo para atendimento de pacientes com COVID, mas as mudanças no hospital foram realmente feitas em março. A gente começou a modificar o hospital inteiro em março e abril.</p>
--	--	---

		<p>Março, abril e maio foram os meses que estavam modificando. E em maio foi quando a maior parte das modificações já haviam sido realizadas</p> <p>E-4-180 acho que foi no limite do tempo. Eu acho que tempo hábil ninguém teve, né? Mas acho que alguns estados perderam um pouco o tempo. Os hospitais de campanha saíram depois, mas em Salvador eu acho que foi no limite. Quando vira que a lista de espera de UTI começou a aumentar, já abriram setores de UTI. Foi realmente no limite, mas a tempo. Foi no limite máximo, mas a gente conseguiu abrir os leitos de UTI conforme as demandas iam aparecendo</p> <p>E-4-187 Acho que ninguém fez isso com folga</p> <p>E-5-13: fomos todos pegos de surpresa e tivemos que trabalhar todos os dias, finais de semana, em casa</p> <p>E-5-21: tivemos que tomar algumas ações muito rápidas para conseguir colocar o insumo aqui dentro bem a tempo de não deixar o paciente ficar em falta</p> <p>E-5-119: A assistência total ao paciente. Não se podia perder tempo com falta de material, com o atendimento, porque sabe-se que para a COVID cada momento era um risco de perde o paciente. Então, a prioridade era o paciente.</p> <p>E-5-126: Como eu falei, eu estava de férias na época, mas os colegas que estavam aqui sempre me mantinham informados de alguma mudança que tivesse a ver com a pandemia, se preparando para a pandemia.</p>
--	--	--

		<p>E-6-84: Na verdade, a gente não começou a pensar, a gente recebeu a notícia no dia 23 de março “a partir de hoje vocês vão virar exclusividade para COVID e vai ser a referência da rede” e aí a gente teve que correr contra o tempo.</p> <p>E-7-21: Nós tínhamos uma unidade hospitalar com cerca de 85% de taxa de ocupação por outras doenças infecciosas e, a partir do início de março, nós começamos a planejar a desocupação do hospital para que fosse transformado em unicamente COVID. E isso aconteceu no dia 23 de março.</p> <p>E-7-106: Foi no início de março. O primeiro caso no Brasil foi no dia 24 de fevereiro e o primeiro caso na Bahia foi no dia 07 de março. Então, a partir disso, a gente já vinha pensando... mas foi tudo muito atropelado, porque a doença chegou muito rapidamente. A gente abriu no dia 23 [de março] e no dia 23 a gente já teve o primeiro paciente COVID; foi o primeiro paciente COVID que a gente internou. E depois foi um “boom” de pacientes, a gente abria leitos e enchia, abria leitos e enchia, abria leitos e enchia... mas felizmente, na Bahia, a gente não teve problema de paciente precisar de leito de UTI e não ter vagas. Teve uma superlotação, mas as unidades acompanharam as necessidades. Não teve o colapso.</p> <p>E-7-128: Foi muito atropelado; nos primeiros 2 meses, a diretoria trabalhou de domingo a domingo, sem nenhuma folga. A diretoria, a CCIH, algumas pessoas-chave, a coordenação de emergência trabalharam de domingo a domingo, exatamente para montar a estrutura para</p>
--	--	---

		receber esses pacientes que a gente sabia que estavam vindo em avalanche.
	Estrutura	<p>E-2-123 nós tivemos que fazer uma intervenção física, em termos de obra, inclusive, para adequação aos leitos de internação que se transformassem em leitos de UTI. A nossa rede de gases medicinais estava dimensionada para leitos de internação e a demanda para a UTI é diferente</p> <p>E-2-129 Tivemos que fazer essas adequações na rede de gases em toda a parte da internação. Isso foi uma intervenção grande, foi uma intervenção significativa, mas que conseguimos fazer com sucesso e até hoje estamos aí com o hospital inteiro pronto para receber pacientes em UTI no que se refere aos gases medicinais.</p> <p>E-2-133 Além disso, fizemos uma intervenção também no sistema de climatização, transformando também a climatização da internação do pavimento superior em climatização de UTI, que tem um controle maior de filtro do ar que circula, para poder evitar uma contaminação cruzada entre os pacientes e os colaboradores também.</p> <p>E-3-19 nossa rotina aqui foi alterada, com demanda de instalação de equipamentos, demanda também de infraestrutura, as ordens de serviços aumentaram, o quantitativo de ordem de serviços, para instalação de equipamentos, mudanças de mobiliário, fizemos remanejamento de alguns mobiliários, como também equipamentos</p> <p>E-3-43: aqui antes eram 20 leitos de UTI, então, precisamos ampliar essa quantidade de leitos de UTI. Precisou ampliar em torno de 70 leitos, indo para quase 90</p>

		<p>leitos de UTI. Então, com isso, precisou fazer novas mudanças na rede de gases medicinais, precisamos ampliar a rede de gases medicinais, precisamos também alugar central de ar medicinal, central de vácuo, para atender essa nova demanda; como também instalamos pontos de hemodiálise nas enfermarias para atender pacientes com COVID.</p> <p>E-3-123 Ar medicinal... nossa central não suporta, então vamos fazer o quê? Vamos alugar uma central de ar medicinal! Central de vácuo... também não suporta. Vamos alugar uma central de vácuo. Instalações elétricas, suporta? Suporta! Porque como o hospital é novo, nós projetamos algo a mais. Então, a parte elétrica ficou tranquila. A parte hidráulica... vimos também que muitos pacientes apresentavam insuficiência renal, então o que é necessário? Colocar pontos de hemodiálise nos quartos. Como eram enfermarias, não tinha pontos de diálise nos quartos. Então, passando para UTI, era necessário colocar pontos de hemodiálise. Então, fizemos essa intervenção hidráulica e elétrica nos quartos para colocar os pontos de hemodiálise.</p> <p>E-5-135: toda a estrutura do hospital foi mudada por isso</p> <p>E-6-14: Tínhamos um hospital em pleno funcionamento, já todo ajustado para aquilo que a gente se propõe, que eram as doenças infectocontagiosas. A gente tinha 20 leitos de UTI, sendo 10 leitos de UTI pediátrico e 10 leitos de UTI adulto. Além disso, a gente tinha mais 100 leitos de enfermaria para doenças infectocontagiosas</p>
--	--	--

		<p>E-6-18 No momento em que nos tomamos “COVID”, o impacto foi justamente alterar essa estrutura. A gente teve que criar novos leitos de enfermaria e criar UTI adaptadas naquelas enfermarias que a gente já tinha</p> <p>E-7-31 Nós tivemos que modificar a estrutura porque nós passamos de 20 leitos de UTI – 10 adultos e 10 pediátricos – para 89. Então, para isso, na estrutura, teve que modificar rede de gases, rede de ar condicionado, rede hidráulica, elétrica. E tudo isso teve que aumentar porque unidade de terapia intensiva demanda diversas outras coisas.</p> <p>E-7-126: o nosso papel aqui foi acolher os pacientes que necessitavam e, para isso, foi feita ampliação imensa de leitos e essa troca de perfil da unidade tão rapidamente.</p>
	<p>UTI</p>	<p>E-3-114 a prioridade, como eu te falou, foi aumentar o número de leitos de UTI. Quando surgiu o COVID, uma doença nova, com a experiência de outros países que muitos pacientes ficavam internados e intubados com ventilação mecânica, então, precisávamos aumentar o número de leitos de UTI. Então, a prioridade foi essa. Para fazer isso, é necessário fazer uma nova rede de gases, então, fomos estudar.</p> <p>E-4-17: a gente tinha antes só 20 leitos de UTI, sendo 10 de pediatria, que era um setor mais tranquilo, sempre foi em termos de infecção hospitalar, a pediatria geralmente infecta menos; e a gente tinha 10 de adultos. Agora a gente tem 4 UTI no hospital e a UTI pediatria subiu para a enfermaria pediatria para ceder o espaço da UTI para adulto</p>

		<p>E-4-187: Quando viram que a lista de espera de UTI começou a aumentar, já abriram setores de UTI. Foi realmente no limite, mas a tempo. Foi no limite máximo, mas a gente conseguiu abri os leitos de UTI conforme as demandas iam aparecendo.</p> <p>E-5-136: a gente tinha ambulatório, tinha centro cirúrgico, tinha enfermarias... que se transformaram em UTI.</p> <p>E-5-131 onde não era UTI passou a ser, para poder colocar respiradores para atender a esses pacientes graves e toda a estrutura do hospital foi mudada por isso</p> <p>E-6-20 A gente teve que criar novos leitos de enfermaria e criar UTI adaptadas naquelas enfermarias que a gente já tinha. Então esse foi o impacto maior: pegar uma estrutura que já estava pronta e adequá-la para aquilo que a gente tinha necessidade no momento, que era a criação de novos leitos de UTI sem perder os leitos de enfermaria que a gente já tinha. Só que a gente precisava da estrutura física, então tínhamos que criar novas estruturas para poder adequar.</p> <p>E-6-29: Bom, administração a gente também passou a necessitar de mais recursos, porque, como passamos a ter um número muito maior de UTI – que são leitos de alto custo para a unidade – e além disso, aumentou e muito a demanda de medicamentos, de equipamentos, de materiais... para essa nova estrutura, que é tudo muito mais caro. Então, isso realmente foi uma prova de fogo para a gente, mas conseguimos superar direitinho.</p>
--	--	--

		<p>E-6-72: Eu principalmente fiquei com a estrutura, materiais, equipamentos e medicamentos. Tinha que ter estrutura pronta para a UTI e tinha que ter tudo que os pacientes precisavam e o que os profissionais precisavam para trabalhar, então, essas passaram a ser nossas prioridades.</p> <p>E-6-118 a gente pegou esses espaços que estavam sem funcionar na unidade, transformamos em enfermarias, porque aí pegamos as enfermarias existentes e adaptamos para elas funcionarem como UTI</p> <p>E-7-29: E o hospital como um todo foi modificado radicalmente. Nós tivemos que modificar a estrutura porque nós passamos de 20 leitos de UTI – 10 adultos e 10 pediátricos – para 89.</p> <p>E-7-54 E nos lugares que eram leitos de enfermaria, muitos deles foram transformados em leitos de UTI</p>
	Tecnologia	<p>E-1-28 como o objetivo era evitar o contato ao máximo possível, tivemos que criar estratégias para disponibilizar esses instrumentos de forma digital. Então, a gente avançou nesse processo do <i>paperless</i>, que já é uma tendência daqui da instituição.</p> <p>E-1-72: A gente teve que acelerar nosso planejamento. “Jogamos” com a parte de TI do hospital. Então a gente utilizou para fazer esse tipo de estruturação os BI. A gente usou os <i>Business Intelligence</i> que o hospital já usava. A gente acabou usando internamente no nosso setor, principalmente para monitorar o uso de medicamentos. A gente usou ferramentas BI para poder, como existia um risco de falta de alguns medicamentos no mercado</p>

		<p>nacional devido a alta demanda – não só do Brasil, mas do mundo – a gente utilizou esses BI para poder antecipar alguns cenários, tanto que no hospital a gente teve só faltas muito pontuais de alguns medicamentos. Então isso também foi importante nesse sentido.</p> <p>E-3-30 você vai no sistema que nós temos – que é o SMPEP –, você abre essa ocorrência e gera uma ordem de serviço, tipo, manutenção corretiva de uma lâmpada que está queimada. Aí o nosso técnico vai até o local e conserta a lâmpada. Ou então um equipamento que quebra, por exemplo, um ventilador pulmonar não está ciclando, então, um usuário abre uma ordem de serviço no sistema.</p> <p>E-3-87: Então, foi necessário ligar para alguns representantes, mesmo com medo de vir na unidade, porque quando falava “Hospital Couto Maia”, ninguém queria vir aqui treinar o pessoal. “Não, lá é referência em COVID, então, eu não vou”. Então, teve alguns casos que o pessoal [falou] “não, eu não posso ir aí não porque eu sou uma pessoa do grupo de risco, não posso ir aí”. Aí precisamos fazer videoconferência para passar o treinamento e as informações para os profissionais de saúde.</p> <p>E-4-120 a gente fez vídeos internos nossos do ICOM, que a gente organizava a elaboração do vídeos. E também a gente fez vídeos que a SESAB pediu para a gente fazer. Ela contratava uma equipe e a gente fazia vídeos que eram disponibilizados depois não só para o Couto Maia, mas também para outras instituições da Bahia, hospitais, UPAs e enfim... da SESAB.</p>
--	--	--

		<p>E-4-126 a gente utilizava o WhatsApp para disseminar os protocolos escritos, pelos grupos. A gente também colocava no site do Couto Maia para ficar disponível não só para a comunidade do Couto Maia, mas também para outros hospitais que também queriam se basear em algum protocolo para fazer o deles</p> <p>E-4-137 A outra coisa que a gente fazia era, através dos prontuários eletrônico, monitorar os pacientes internados com coronavírus, para auxiliar na prescrição de antibiótico, porque os médicos estavam em uma situação complicada, né? Porque é um outro perfil de paciente, então a gente auxiliava porque eles ficavam na dúvida se iam ampliar o espectro do antibiótico.</p> <p>E-7-94 psiquiatra, ortopedista, ginecologista, que atendiam no nosso ambulatório e médicos de mais idade que a gente não queria deixar na “área” COVID, vieram formar o TelelCOM, que foi um serviço muito importante para a comunicação com as famílias; no auge da pandemia, esse serviço foi fundamental porque eram muitos leitos, muitos pacientes internados e são pacientes que não têm visita e não têm acompanhante. Então, a gente tinha que fazer esse contato com a família.</p>
	<p>Protocolos de biossegurança</p>	<p>E-1-25: Nós tivemos também que acelerar o processo de construção do Manual de Diluição do hospital por causa da rotatividade dos profissionais de saúde que não conheciam adequadamente o elenco do hospital, então tivemos que acelerar esse processo de elaboração do manual de divulgação; como o objetivo era evitar o contato ao máximo possível, tivemos que criar estratégias para disponibilizar esses instrumentos de forma digital. Então,</p>

		<p>a gente avançou nesse processo do “paperless”, que já é uma tendência daqui da instituição.</p> <p>E-1-91 A gente teve que criar um protocolo de uso interno, deixar apenas um certo tipo de paciente para poder usar o medicamento bloqueador neuromuscular, mas faltar 100% não, a gente teve uma restrição de uso.</p> <p>E-2-51 todos esses EPI foram incrementados ao processo, ao nosso atendimento para que a gente se protegesse e protegesse também as pessoas que estão tendo o mínimo contato conosco.</p> <p>E-2-74: A prioridade foi o acolhimento aos nossos colaboradores. Nós passamos por momentos aqui bem críticos, com muitas internações, com uma taxa de mortalidade também elevada, que a gente não estava vivenciando isso antes, então, isso mexeu muito com todos da unidade, não só com nosso pessoal, como na parte assistencial também. Então, nós tivemos um trabalho de conscientização, trabalho de acolhimento das pessoas, além de toda essa questão dos protocolos de segurança, que iam desde a proteção individuais até dispensador de álcool em gel em todos os ambientes, sabão para higienização das mãos... Então, isso tudo virou uma rotina prioritária para todos os nossos colaboradores.</p> <p>E-2-109 toda aquelas incertezas iniciais que se tinha, da falta de informação, gerou – o que foi bom para todos – um cuidado excessivo em relação às proteções, os protocolos de seguranças foram muitos rígidos e intensificados, até para proteger o nosso pessoal</p>
--	--	---

		<p>E-4-22: o CCIH teve que montar protocolos, porque esses setores iriam funcionar com maior função. A gente teve que criar os protocolos e treinar as pessoas para esses protocolos, as equipes eram novas, chegaram novos... enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, médicos...</p> <p>E-4-36: Também a gente teve que colocar os protocolos de coronavírus até para o setor administrativo: como eles vão se comportar, uso de máscara</p> <p>E-4-40: a gente tinha que criar protocolos que também ponderassem essas questões de déficit de equipamentos de proteção individual, já que a demanda do mundo inteiro</p> <p>E-4-52: a gente precisa agora ter o nosso trabalho em relação a fiscalização desses pacientes, como isolamento de contato... bastante bactéria multirresistente para a gente orientar tratamento</p> <p>E-4-85: os residentes de infecto precisam aprender. O residente de infectologia já é médico, né? E é importante que ele veja todo esse movimento, porque ele pode passar por isso um dia e ele tenha que participar da elaboração de protocolos, organizar os setores... então, todo mês tem um residente com a gente lá rodando. Isso ajuda porque ele já é médico, conhece o hospital... eles ficam sendo orientados pela gente, mas já é um apoio</p> <p>E-4-114: eu fazia o treinamento e levava comigo os residentes e aí depois os residentes continuavam indo outros dias. Então, a gente revezava nos finais de semana, porque o residente participou das implementações dos protocolos... então, depois que ele saísse da CCIH, ele ia</p>
--	--	---

		<p>para outro rodízio (para a enfermaria, por exemplo, para a UTI COVID) e já tinha uma noção do protocolo. Então, ajudava também a ficar implementando isso.</p> <p>E-4-128: a gente escrevia protocolos e a gente utilizava o Whatsapp para disseminar os protocolos escritos, pelos grupos. A gente também colocava no site do Couto Maia para ficar disponível não só para a comunidade do Couto Maia, mas também para outros hospitais que também queriam se basear em algum protocolo para fazer o deles</p> <p>E-4-131 a gente monitorava e monitora até hoje os profissionais que estavam e estão se contaminando. A gente não tinha como saber se era da comunidade e tal, mas a gente ia fazendo um controle dos funcionários até para saber se os nossos protocolos estavam funcionando.</p> <p>E-4-144 justamente evitar a contaminação dos funcionários. A gente sabia que as pessoas seriam contaminadas, mas que fosse no menor número de profissionais de saúde contaminados. Então, essa era uma prioridade nossa.</p> <p>E-4-155: Então, a gente tentava dentro dos protocolos manter a higiene de mãos... porque uma coisa que aconteceu no coronavírus, nos protocolos, é que as UTI fechadas, UTI coortes, muitas vezes os médicos usavam a mesma luva sempre, a gente não higienizava as mãos ou colocava um álcool por cima das luvas... Mas a gente tentou sempre nos nossos protocolos, mesmo que muitos outros pregassem o contrário, a gente sempre orientou que eles tirassem as luvas, higienizassem as mãos antes e após o contato com os pacientes</p>
--	--	---

		<p>E-4-171: A gente primeiro já tinha um protocolo para atendimento de pacientes com COVID, mas as mudanças no hospital foram realmente feitas em março</p> <p>E-4-220: As enfermarias de lá de cima não foram desenhadas para serem UTI. Então, a gente teve que criar uma área suja e uma área limpa. Tinha um corredor e a gente fez marcações no chão com fitas, de forma que os profissionais que examinassem um paciente com coronavírus utilizando um EPI... tipo, aqui eu vou examinar um paciente coronavírus positivo. Aí eles saiam do quarto e iam ver um outro paciente com coronavírus positivo com a mesma roupa, só lavava as mãos e trocavam as luvas.</p> <p>E-4-232: E a UTI 1 e 2 no térreo, a gente chamou de UTI coorte. O que acontecia... elas ficavam bloqueadas, só entrava ali quem realmente estava ali trabalhando. Então, eles colocavam uma roupa, que nem aquelas roupas de astronauta, um macacão; e eles entravam com a roupa e ficavam durante 6 horas lá dentro. E para ir ao banheiro, apenas no final das 6 horas ou se fosse uma urgência. Então, para eles beberem água ou comerem, eles iam até a porta da UTI e uma pessoa de lá de fora tirava a máscara e a pessoa se alimentava por líquidos, por canudos. Eles ficavam lá dentro o tempo todo, trabalhando, e sempre tinha do lado de fora uma “pessoa volante”, que ficava atendendo a demanda, por exemplo “estou precisando mais soro”. Aí a pessoa passava pela porta, porque a porta tinha uma divisão, uma linha amarela. Então, ninguém poderia entrar daquela linha para dentro, a não ser que estivesse com as roupas adequadas. E na hora de sair,</p>
--	--	--

		<p>tinha um protocolo para tirar as roupas. Antes da porta eles tiravam tudo e só saiam com a máscara.</p> <p>E-5-140 no meu setor não teve muitas mudanças não, a não ser o distanciamento. Os colegas passaram a se distanciar mais, se proteger com as máscaras, como aconteceu em todo lugar.</p> <p>E-7-56 Tivemos também um preparo enorme na questão de biossegurança, porque como sabíamos que o vírus é altamente transmissível, foi feito todo um preparo da instituição e dos profissionais para lidarem com essa nova doença.</p>
--	--	---

Gestão de recursos humanos	Carga horária	<p>E-3-35 Então, nós tínhamos uma média de ordem de serviço, mas com o surgimento da COVID nossa rotina aumentou. Aumentaram as ordens de serviços.</p> <p>E-3-55 no meu setor, precisamos aumentar mais as horas de trabalho. Trabalhamos sábado, domingo, feriado... o pessoal fez muita hora extra, porque nós recebemos muitos equipamentos do estado. O estado percebeu... como nós somos referência, o estado falou "o ICOM é referência em doenças infectocontagiosas, então, vamos enviar para o hospital para atender demanda". Então, nossa carga horário de trabalho aumentou para dar conta dessas demandas.</p> <p>E-3-60: Então, nossa carga horário de trabalho aumentou para dar conta dessas demandas. Como nós recebemos em torno de quase 1000 equipamentos do estado, então,</p>
-----------------------------------	----------------------	--

		<p>eu precisei colocar o pessoal fazendo hora extra, trabalhando dia de sábado, domingo...</p> <p>E-4-15 aumentou muito o nosso trabalho, aumento porque nossas demandas... a gente teve que criar novos setores, UTI foram criadas, a gente tinha antes só 20 leitos de UTI</p> <p>E-4-61: gastamos muito tempo treinando, criando novos protocolos, fiscalizando esses protocolos e notificando. Notificar você gasta tempo buscando o que está notificando, depois escrevendo, depois enviando, depois corrigindo se você mandar alguma coisa errada... Então é realmente muito trabalho</p> <p>E-4-105 Eu também tive, na época, que trabalhar mais. A minha carga horária aumentou.</p> <p>E-4-193: as pessoas trabalharam muito além da carga horária, além dos nossos dias normais.</p> <p>E-5-13 ninguém esperava uma situação dessa, fomos todos pegos de surpresa e tivemos que trabalhar todos os dias, finais de semana, em casa</p> <p>E-5-39: Como eu falei, alterações de horários, né? Eu não tinha plantonistas. Tivemos que implantar regimes de plantão aqui de 2 pessoas por dia e finais de semana também</p> <p>E-5-46: Quando eu falo plantonista é assim: o administrativo funciona aqui de 8h às 17h. Já os</p>
--	--	--

		<p>plantonistas funcionam de 7h às 19h. Dois a cada dia, inclusive nos finais de semana.</p> <p>E-7-128: Foi muito atropelado; nos primeiros 2 meses, a diretoria trabalhou de domingo a domingo, sem nenhuma folga. A diretoria, a CCIH, algumas pessoas chave, a coordenação de emergência trabalharam de domingo a domingo, exatamente para montar a estrutura para receber esses pacientes que a gente sabia que estavam vindo em avalanche.</p>
	<p>Profissionais pouco experientes</p>	<p>E-1-34 Manual de Diluição. Dos medicamentos injetáveis. Não existia um manual, ou melhor, o manual estava sendo construído e revisado, mas por essa rotatividade de profissionais, tivemos que acelerar, porque os profissionais que chegavam novos não tinham o conhecimento pleno dos medicamentos. Muitas vezes era muita gente recém-formada que chegava, com pouca experiência, e como é um hospital especializado, os medicamentos são bem específicos. Então, a gente fez esse manual.</p> <p>E-4-28 As pessoas acabam pegando o serviço e muitos funcionários não estão capacitados para aquilo. Por exemplo, muitos técnicos de enfermagem assumiram como técnicos de enfermagem de terapia intensiva e eles não tinham experiência com aquilo. Tinha alguns que nunca trabalharam ou fizeram poucos estágios; e isso foi no Brasil inteiro, a demanda por funcionários aumentou muito.</p> <p>E-4-49 E eles não estão acostumados com a rotina de prescrição nossa, o perfil bacteriano piorou muito</p>

		<p>E-6-125: Só registrar que, apesar de tudo, tinha coisas que fugiam do nosso controle, como pessoal capacitado, que nós passamos toda a pandemia com a dificuldade, né... muitas pessoas entrando e saindo, porque não se adaptavam. Outras que nós contratamos sem o perfil 100% adequado, mas o mercado realmente não tinha profissional capacitado para aquilo que a gente precisava e isso, de certa forma, foi uma prova para a gente e a gente teve que também passar a trabalhar com esses profissionais e tentar fazer treinamento já no campo,</p> <p>E-7-80 A demanda de profissionais era enorme. Pegávamos profissionais pouco qualificados e precisávamos treiná-los antes de colocá-los na área de atendimento.</p>
	<p>Rotatividade de profissionais</p>	<p>E-1-24 Nós tivemos também que acelerar o processo de construção do Manual de Diluição do hospital por causa da rotatividade dos profissionais de saúde que não conheciam adequadamente o elenco do hospital, então tivemos que acelerar esse processo de elaboração do manual e divulgação</p> <p>E-4-26 E a rotina muda muito, porque muitos deles se infectam, ou no próprio hospital ou em outros hospitais que a gente trabalha ou na comunidade mesmo, e aí é preciso substituir</p> <p>E-4-132 monitorava e monitora até hoje os profissionais que estavam e estão se contaminando</p> <p>E-4-144 Foi justamente evitar a contaminação dos funcionários. A gente sabia que as pessoas seriam</p>

		<p>contaminadas, mas que fosse no menor número de profissionais de saúde contaminados</p> <p>E-6-126 muitas pessoas entrando e saindo, porque não se adaptavam</p>
	<p>Novas contratações</p>	<p>E-2-39 basicamente, foi mudança de fluxo, readaptação às novas necessidades e contratação de mais pessoal.</p> <p>E-3-79 Também contratamos mais técnicos de eletrônica para ajudar com os equipamentos médicos. A unidade recebeu muitos ventiladores pulmonares, muitos monitores [cardíacos], também a equipe de enfermagem passou a ter equipamentos novos, de outras marcas, que o pessoal não conhecia; então, passamos também a treinar a equipe de enfermagem, porque o pessoal estava acostumado com um tipo de equipamento, com um modelo de equipamento. Como vinham novos equipamentos para reforçar a unidade, então veio também alguns equipamentos desconhecidos.</p> <p>E-7-78 Tivemos que fazer contratação de cerca de 400 pessoas em um período muito rápido e treinar essas pessoas, porque a abertura de leitos não foi só aqui, foi no estado e no município. A demanda de profissionais era enorme.</p>
	<p>Educação permanente como ferramenta de gestão</p>	<p>E-2-36 nós tivemos que ter um programa de treinamento muito intensivo para poder atender a essa nova realidade porque era uma situação nova para todos</p> <p>E-2-62: Tivemos os treinamentos, como eu falei, novas contratações e uma disponibilidade maior na questão da preocupação em relação a criticidade dos ambientes.</p>

		<p>E-3-83 passamos também a treinar a equipe de enfermagem, porque o pessoal estava acostumado com um tipo de equipamento, com um modelo de equipamento. Como vinham novos equipamentos para reforçar a unidade, então veio também alguns equipamentos desconhecidos.</p> <p>E-4-23 A gente teve que criar os protocolos e treinar as pessoas para esses protocolos, as equipes eram novas, chegaram novos... enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, médicos...</p> <p>E-4-33 a gente teve que participar dos treinamentos; treinamentos tanto em relação à prevenção de infecções hospitalares (bacterianas, fúngicas...) como também para eles não adquirirem coronavírus ou transmitirem</p> <p>E-4-79: a Educação Continuada – que é outro setor – eles se aproximaram mais da CCIH e eles auxiliam a gente na implantação dos protocolos, no treinamentos dos profissionais.</p> <p>E-4-95: A gente começou a ter o apoio da Educação Continuada e a gente recebeu os residentes com frequência para nos dar um apoio</p> <p>E-6-130 foi uma prova para a gente e a gente teve que também passar a trabalhar com esses profissionais e tentar fazer treinamento já no campo, para melhorar a atenção</p> <p>E-7-61 E a gente passou a precisar utilizar esses equipamentos para todos os serviços da unidade. Então,</p>
--	--	--

		<p>foi um treinamento intenso com a CCIH (comissão de controle de infecções hospitalares); nós fizemos vídeos, inclusive não só internos, mas para o estado da Bahia, vídeos sobre o uso de EPI, sobre biossegurança em diversas unidades, tanto administrativas quanto unidades de internação, no próprio refeitório; então foram várias mudanças que precisaram ser feitas para garantir o distanciamento e o uso de EPI no contato com os pacientes.</p> <p>E-7-79 Tivemos que fazer contratação de cerca de 400 pessoas em um período muito rápido e treinar essas pessoas, porque a abertura de leitos não foi só aqui, foi no estado e no município. A demanda de profissionais era enorme. Pegávamos profissionais pouco qualificados e precisávamos treiná-los antes de colocá-los na área de atendimento.</p>
	<p>Sensação de aprendizado</p>	<p>E-1-121 As mudanças estruturais e administrativas que nos fizemos durante o processo do COVID, creio que elevou o patamar assistencial que a gente prestava para os pacientes. Então, foi um lado positivo essa reestruturação do nosso serviço. A gente avançou.</p> <p>E-1-128 Essa foi uma mudança profunda que vai ser uma herança positiva desse processo de pandemia. Então, a pandemia acelerou o processo de reestruturação do serviço.</p> <p>E-2-65 Foi um aprendizado em conjunto e teve que ser feito em muito pouco tempo porque as coisas aconteceram meio que de surpresa para todos.</p>

Gestão de materiais e medicamentos	<p>Materiais</p>	<p>E-2-44: Com essas mudanças de fluxos e de procedimentos de protocolos, nós tivemos que aprender, por uma necessidade, a utilização de novos EPI e, por exemplo, estou aqui falando com você e estou de máscara no meu ambiente de trabalho e aqui é 100% do meu tempo</p> <p>E-3-23 passamos também a usar continuamente os EPI, usar de forma adequada e também passamos implementar a lavagem das mãos e ter o cuidado com a nova rotina com a doença desconhecida.</p> <p>E-3-136: Essa foi a prioridade, entendeu? A prioridade de insumos... isso do meu setor. Referente ao ICOM, posso dizer outras prioridades, como recursos humanos, medicamentos...</p> <p>E-4-38 A gente teve que ficar sempre redimensionando os equipamentos de proteção individuais, que no mundo inteiro ficou faltando, né? Então a gente tinha que criar protocolos que também ponderassem essas questões de déficit de equipamentos de proteção individual</p> <p>E-4-43: os próprios fabricantes não conseguiam dar conta da quantidade de EPI necessários</p> <p>E-4-44: a gente teve que criar protocolos e fiscalizar o acesso de uso, porque no começo, as pessoas queriam usar sem parar 3 luvas, sabe?</p> <p>E-4-221 a gente teve que criar uma área suja e uma área limpa. Tinha um corredor e a gente fez marcações no chão com fitas, de forma que os profissionais que examinassem um paciente com coronavírus utilizando um EPI. (...) Aí</p>
------------------------------------	-------------------------	--

		<p>eles saiam do quarto e iam ver um outro paciente com coronavírus positivo com a mesma roupa, só lavava as mãos e trocavam as luvas. A gente utilizou esse método para economizar EPI. Eles utilizavam a mesma capa. Então, para eles não contaminarem tudo, a gente colocou tipo uma faixa no chão e criou a área suja e a área limpa, de forma que a área suja era por onde eles saiam de um quarto e iam para outro para aplicar medicação ou fazer alguma coisa.</p> <p>E-4-248 a gente também disponibilizou fraudas também para os profissionais que quisessem. Alguns utilizavam fralda. Porque se eles trocassem cada vez que saíssem da UTI 1 e 2, eles teriam que tirar tudo. E a gente nem sempre tinham EPI para ficar trocando.</p> <p>E-5-19: a gente teve que fazer todo um remanejamento no setor para suportar a demanda de suprimentos</p> <p>E-5-22: colocar o insumo aqui dentro bem a tempo de não deixar o paciente ficar em falta</p> <p>E-5-27: E os EPI, que foram os que aumentaram mais a demanda por conta do número de profissionais que foram tratados, também emergencialmente, e... quantidades, né? O volume grande que passou a ser utilizado.</p> <p>E-5-31: Tipo, 5 vezes mais... estou me referendo a EPI. 5 vezes mais do que a gente utilizava antes. E isso dentro do nosso consumo da época equivalia a uns 500% de materiais que a gente teve que comprar, providenciar além do que nós já tínhamos.</p>
--	--	--

		<p>E-5-59: a gente nunca sabia a quantidade exata que seria utilizada, por exemplo, em 24 horas. Então, a gente sempre deixava um pouco a mais lá para caso surgisse alguma demanda maior, estar lá e lá estar aberto 24 horas para atender os profissionais.</p> <p>E-5-72 Agulhas, seringas, fraldas, muitas fraldas... eu tenho quase 600 itens [no setor], eu estou falando dos que mais utiliza. Cateteres – principalmente para hemodiálise –, dispositivo de segurança, dispositivo urinário... e que mais? Eletrodos para monitoração... são muitos itens e todos tiveram demandas altas. Todos aumentaram muito.</p> <p>E-5-81: Porque, assim, apesar da patologia ser a mesma, cada paciente tem uma manifestação diferenciada. Por exemplo, o caso das fraldas: alguns tem diarreia e outros não. Só um exemplo que eu estou dando. Mas tem outros sintomas que não acontecem com todos. Então, não há necessidade de todos os insumos aumentarem na mesma proporção. Então, ficava variando.</p> <p>E-5-91: Estes, sim. Papel toalha, álcool em gel, sabonete, esses aumentaram bastante, em torno disso mesmo, de uns 500%, porque o uso é constante e para todos, independente de ser só paciente, né? Funcionários, enfim... todos que estavam envolvidos no processo trabalhando teriam que usar bastante.</p> <p>E-5-96: Houve muitos itens que foram solicitados a partir da pandemia com a COVID-19. Eu vou citar alguns que eu lembro agora: kit de monitoração cardíaca, kit introdutor para pressão arterial, kit de incontinência fecal (que a gente não trabalha, mas foi necessário comprar), kit de</p>
--	--	---

		<p>monitoração invasiva – já falei –, máscara não reinalante – a gente quase não trabalhava –, sistema fechado de respiração traqueal – todos os números: 8, 10, 12, 14, 16... foram muito procurados, aliás, ainda é, que a gente dava o apelido de <i>trachcare</i> –, mantas térmicas (bastante manta térmica também)... Basicamente esses de novos.</p> <p>E-5-104: Muito ressuscitadores também, a gente usava muito pouco ressuscitador, mas passou a usar bastante, tanto o pediátrico quanto o adulto.</p> <p>E-5-106: E alguns que, por conta do isolamento, a gente passou a consumir também muito mais, tipo, tensiômetro e estetoscópio. Era colocado um em cada leito para que não tivesse que usar o mesmo em outro paciente.</p> <p>E-5-116: [demanda de materiais de limpeza] Eu diria que em torno de 500% também, viu? Foi muito mesmo.</p> <p>E-5-129: a única mudança que me impactou foi essa necessidade de adquirir novos insumos e em quantidade maiores</p> <p>E-6-49: As estratégias foram criar um melhor controle; EPI, por exemplo, a gente passou a controlar nas farmácias satélites e estabelecer prazos para troca de máscaras N95, conforme o protocolo, a gente fez um levantamento que, na realidade, nossos recursos eram da SESAB, então a gente teve que demonstrar necessidade para fazer um melhor planejamento. Basicamente foi isso. E sempre buscando otimizar: melhorar a receita e controlar as despesas para poder encontrar um meio termo.</p>
--	--	--

		<p>E-6-59 Até porque também existia a possibilidade de escassez. Por mais que a gente tivesse recursos, talvez não tivesse no mercado e isso aconteceu em alguns momentos. EPI, materiais... para a gente fazer aquisição. Então, tivemos que ter muito cuidado com isso.</p> <p>E-6-66: Não, nós tivemos algumas escassez pontuais. Tivemos que regular melhor e aumentar a periodicidade de substituição para poder dar conta, mas a gente corria atrás daqui e dali e a gente também teve um apoio muito grande da SESAB quanto a isso e a gente conseguiu administrar direitinho.</p>
	Medicamentos	<p>E-1-19 A gente começou a implementar o processo de manipulação de fármacos, isso impulsionado pela falta de alguns medicamentos. Então, tivemos que manipular esses medicamentos para garantir uma segurança desse medicamento manipulado.</p> <p>E-1-42: Outro avanço que tivemos foi a padronização das soluções padrão na parte de sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular. Então, nós fizemos também uma padronização no próprio sistema para que os profissionais que chegassem aqui, principalmente os profissionais médicos, tivessem um conhecimento dos padrões do hospital. Então, nós inserimos essas informações no sistema para facilitar o acesso por ele.</p> <p>E-1-55: Outro avanço que tivemos também foi a implementação do sistema de segurança para os medicamentos de alta vigilância. Também teve uma aceleração grande. O processo de identificação visual, de monitoramento desses medicamentos... tivemos esse avanço.</p>

E-1-64: A gente teve que mudar todo o processo interno de monitoramento dos medicamentos. Como a quantidade de leitos de UTI aumentou um pouco, são paciente mais críticos, demanda um pouco mais de atenção desse monitoramento. Então, a gente também teve essa mudança interna também.

E-1-74 A gente usou ferramentas BI para poder, como existia um risco de falta de alguns medicamentos no mercado nacional devido a alta demanda – não só do Brasil, mas do mundo – a gente utilizou esses BI para poder antecipar alguns cenários, tanto que no hospital a gente teve só faltas muito pontuais de alguns medicamentos.

E-1-85: De forma geral, vou citar algumas classes. Principalmente, os bloqueadores neuromusculares, os analgésicos, hipnóticos, anestésicos... essas classes realmente foram... devido ao uso da UTI, né. A parte de sedação do paciente, muitos pacientes sedados, então... esses tiveram um aumento gigantesco.

E-1-92: Foi um período que tava escasso. A gente teve que criar um protocolo de uso interno, deixar apenas um certo tipo de paciente para poder usar o medicamento bloqueador neuromuscular, mas faltar 100% não, a gente teve uma restrição de uso.

E-1-100: A gente flexibilizou muito o elenco. Medicamentos que anteriormente não seriam incluídos no nosso elenco, nós tivemos que ampliar para poder fazer essa substituição e também fornecer novas estratégias

		<p>terapêuticas aos nossos profissionais para poder conseguir fazer o combate da COVID.</p> <p>E-4-47 O consumo de antibióticos aumentou muito na pandemia, demais, e a gente está com dificuldade de ter controle de gerenciar esse uso de antibióticos no hospital, né? Tem muitos médicos novos, né? E eles não estão acostumados com a rotina de prescrição nossa, o perfil bacteriano piorou muito. Tem muita bactéria multirresistente, então, a gente precisa agora ter o nosso trabalho em relação a fiscalização desses pacientes</p> <p>E-6-30 passamos a ter um número muito maior de UTI – que são leitos de alto custo para a unidade – e além disso, aumentou e muito a demanda de medicamentos</p>
--	--	---

Gestão da clínica (assistência ao paciente)	<p>E-1-97 Internamente, a prioridade foi atender o paciente, dar todos os medicamentos que poderíamos utilizar.</p> <p>E-4-139: outra coisa que a gente fazia era, através dos prontuários eletrônico, monitorar os pacientes internados com coronavírus, para auxiliar na prescrição de antibiótico, porque os médicos estavam em uma situação complicada, né? Porque é um outro perfil de paciente, então a gente auxiliava porque eles ficavam na dúvida se iam ampliar o espectro do antibiótico</p> <p>E-4-149: E a outra prioridade foi que os pacientes... Os pacientes que estavam sendo encaminhados durante o auge da pandemia eram pacientes que já tinham coronavírus, então, a nossa prioridade em relação a eles era tentar reduzir a chance de fazerem infecções bacterianas secundárias, para que eles não morressem, reduzir a mortalidade</p> <p>E-4-161 reduzir as chances de os pacientes terem IRAS</p> <p>E-5-106: E alguns que, por conta do isolamento, a gente passou a consumir também muito mais, tipo, tensiômetro e estetoscópio. Era colocado um em cada leito para que não tivesse que usar o mesmo em outro paciente. Então, o médico exigia que fosse um para cada leito.</p> <p>E-5-119: A assistência total ao paciente. Não se podia perder tempo com falta de material, com o atendimento, porque sabe-se que para a COVID cada momento era um risco de perde o paciente. Então, a prioridade era o paciente.</p> <p>E-5-134: para poder colocar respiradores para atender a esses pacientes graves</p> <p>E-6-76: EPI porque a gente prezou muito pela segurança dos nossos e a questão de otimizar e prestar um atendimento de excelência para os nossos</p>
--	---

pacientes, mesmo com as adaptações feitas e com a estrutura que a gente sabe que eram UTI adaptas, mas tentar prestar o máximo de atenção ao nosso paciente.

E-7-71 Tínhamos duas prioridades muito fortes. Uma era garantir a assistência aos pacientes e a outra era proteger os profissionais, tanto pela saúde dos profissionais, mas também pelo andamento do serviço, porque se muitos deles adoecessem, ficaríamos em uma situação complicada para dar assistência aos pacientes.

E-7-96: vieram formar o TeleICOM, que foi um serviço muito importante para a comunicação com as famílias; no auge da pandemia, esse serviço foi fundamental porque eram muitos leitos, muitos pacientes internados e são pacientes que não têm visita e não têm acompanhante. Então, a gente tinha que fazer esse contato com a família.

Articulação interinstitucional

Gestão interinstitucional

E-2-31: Com o surgimento da pandemia, a própria SESAB decidiu mudar um pouco o perfil do hospital, deixando a grande maioria dos leitos como sendo leitos de UTI para o atendimento do COVID.

E-3-56: o pessoal fez muita hora extra, porque nós recebemos muitos equipamentos do estado. O estado percebeu... como nós somos referência, o estado falou “o ICOM é referência em doenças infectocontagiosas, então, vamos enviar para o hospital para atender demanda”.

E-3-151: como o ICOM é uma referência em doenças infectocontagiosas, a diretoria do ICOM, juntamente com o governo do estado, quando o pessoal percebeu que o aumento de casos de pacientes com COVID fora do país cresceu muito e era notório que esse crescimento viria para o Brasil, então, a diretoria do ICOM juntamente com o governo do estado já articulou e internamente criou a comissão para a gente ver a melhor estratégia de atender a essa demanda. Então, a princípio seria um hospital de campanha na área externa da unidade. Aí vieram o pessoal do governo do estado, fizeram o levantamento, fizeram o estudo... E como iria demandar muito tempo para construir o hospital de campanha na área externa, decidimos alterar a nossa estrutura interna, que foi quando fizemos a intervenção na rede de gases, ampliando a rede de gases para atender o consumo de oxigênio, de ar medicinal e vácuo medicinal.

E-4-59: A ANVISA aumentou muito a exigência de notificações outras que não tínhamos antes, por necessidade mesmo da pandemia

E-4-121 E também a gente fez vídeos que a SESAB pediu para a gente fazer. Ela contratava uma equipe e a gente fazia vídeos que eram disponibilizados depois não só para o Couto Maia, mas também para outras instituições da Bahia, hospitais, UPAs e enfim... da SESAB.

E-5-151: SESAB. Totalmente.

E-6-49: As estratégias foram criar um melhor controle; EPI, por exemplo, a gente passou a controlar nas farmácias satélites e estabelecer prazos para troca de máscaras N95, conforme o protocolo, a gente fez um levantamento que, na realidade, nossos recursos eram da SESAB, então a gente teve que demonstrar necessidade para fazer um melhor planejamento. Basicamente foi isso. E sempre buscando otimizar: melhorar a receita e controlar as despesas para poder encontrar um meio termo.

E-6-66: Não, nós tivemos algumas escassez pontuais. Tivemos que regular melhor e aumentar a periodicidade de substituição para poder dar conta, mas a gente corria atrás daqui e dali e a gente também teve um apoio muito grande da SESAB quanto a isso e a gente conseguiu administrar direitinho.

E-7-43: A primeira foram as mudanças da estrutura física. Nós tínhamos um ambulatório grande de hanseníase, de infectologia geral e AIDS. Esses ambulatórios saíram do hospital no primeiro momento e foram para funcionar em outras áreas da SESAB

E-7-85: Acho que é importante dizer que essa mudança do perfil de doenças infecciosas no geral para apenas o perfil COVID só foi possível porque temos uma rede, o SUS, pois esvaziar um hospital com 120 leitos em pouco tempo – no máximo 2 semanas – não foi fácil. Contamos com o apoio de outras unidades. O Hospital Otávio Mangabeira abriu uma enfermaria de 60 leitos para acolher nossos pacientes.

E-7-64 nós fizemos vídeos, inclusive não só internos, mas para o estado da Bahia, vídeos sobre o uso de EPI, sobre biossegurança em diversos unidades, tanto administrativas quanto unidades de internação, no próprio refeitório

E-7-135 O primeiro deles foi o ambulatório, o CRIE e o centro cirúrgico. E o atendimento a pacientes de outras doenças infecciosas que foram distribuídos pela rede

E-7-121: A gente não atuou no combate à pandemia; nós ajudamos. A gente atuou na resposta e atenção aos pacientes da pandemia. O combate à pandemia é papel da rede básica, do Ministério da Saúde... que é usar máscara... e essas políticas não saíram da gente, mas a gente incentivava as pessoas a usar máscaras, fazer o distanciamento social e fazer prevenção.

Transferência dos pacientes e setores	<p>E-3-167 No momento em que estavam transferindo os pacientes para outras unidades, foi o tempo que a gente estava fazendo a obra, fazendo a rede de gases. Então, o estado foi muito rápido em relação a essa articulação para fazer a intervenção na unidade e também com o envio de equipamentos.</p> <p>E-4-22: os setores foram redimensionados, novos foram criados</p> <p>E-4-176: Quando os ambulatórios viram enfermarias, as enfermarias viraram UTI, a rede de gases do hospital foi ampliada, porque tinha muita gente com respirador intubada</p> <p>E-4-209: E o CRIE também foi retirado do Couto Maia e também virou enfermaria para COVID.</p> <p>E-6-94 Aí a gente teve que começar a redirecionar os pacientes, a fazer... ter retaguarda para poder também regular os pacientes e esvaziar o hospital para começar a receber os “COVID”.</p> <p>E-6-115: A gente desativou o ambulatório... desativou “vírgula”, né. Nós diminuímos o serviço e colocamos ele em outro local para funcionar, para liberar espaço físico. O CRIE, que é o nosso Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais, também foi transferido para outro local. O centro cirúrgico nós desativamos temporariamente, até porque a gente só fazia cirurgia eletiva, então não tinha sentido. E aí a gente pegou esses espaços que estavam sem funcionar na unidade, transformamos em enfermarias, porque aí pegamos as enfermarias existentes e adaptamos para elas funcionarem como UTI.</p> <p>E-7-21 Nós tínhamos uma unidade hospitalar com cerca de 85% de taxa de ocupação por outras doenças infecciosas e, a partir do início de março, nós começamos a planejar a desocupação do hospital para que fosse transformado em unicamente COVID</p>
--	--

E-7-43 Nós tínhamos um ambulatório grande de hanseníase, de infectologia geral e AIDS. Esses ambulatórios saíram do hospital no primeiro momento e foram para funcionar em outras áreas da SESAB.

E-7-83 essa mudança do perfil de doenças infecciosas no geral para apenas o perfil COVID só foi possível porque temos uma rede, o SUS, pois esvaziar um hospital com 120 leitos em pouco tempo – no máximo 2 semanas – não foi fácil.

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

HOSPITAL COUTO
MAIA/SES/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ALTERAÇÕES TÉCNICAS, ORGANIZACIONAIS E ESTRUTURAIS REALIZADAS EM UM INSTITUTO ESPECIALIZADO EM INFECTOLOGIA EM SALVADOR-BA DURANTE A PANDEMIA DO SARS-CoV-2

Pesquisador: Ceuci de Lima Xavier Nunes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37494820.8.0000.0046

Instituição Proponente: Hospital Couto Maia/SES/BA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.275.411

Apresentação do Projeto:

A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 gerou alterações técnicas, organizacionais, estruturais e na dinâmica individual em toda a sociedade, sobretudo por ser ocasionada por um vírus facilmente transmitido, inclusive por pessoas assintomáticas. Nesse contexto, os estabelecimentos de saúde terciários destacam-se no quantitativo de mudanças demandadas com o objetivo de comportar a quantidade de pacientes que necessitam de um leito de enfermaria ou de UTI e, ao mesmo tempo, não se tornar um ambiente de disseminação da doença através da contaminação dos profissionais de saúde. Portanto, considerando o ineditismo da atual conjuntura da saúde no mundo, esse estudo apresenta uma possibilidade de documentação e apresentação de forma organizada das mudanças que ocorreram no Instituto Couto Maia, especializado em infectologia, em Salvador-BA, com o intuito de enfrentar a pandemia causada pelo SARS-CoV-2.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever as mudanças técnicas, organizacionais e estruturais realizadas no Instituto Couto Maia durante a pandemia de SARS-CoV-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Coronel Azevedo, s/n Cajazeiras II Setor IV, Águas Claras
Bairro: Águas Claras **CEP:** 41.330-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3103-7167 **Fax:** (71)3103-7150 **E-mail:** icom.cep@saude.ba.gov.br

HOSPITAL COUTO
MAIA/SES/BA



Continuação do Parecer: 4.275.411

Esse estudo apresenta riscos para os participantes, mesmo que sejam pequenos e improváveis, como a possibilidade de constrangimento ou desconforto que o participante poderá sentir durante a entrevista ao compartilhar um pouco das informações do seu ambiente de trabalho ou rotina laboral diária. Contudo, o participante não precisará responder qualquer pergunta na entrevista caso sinta que ela é muito pessoal ou se sentir incômodo ao falar. Caso sinta algum constrangimento durante a entrevista, o participante poderá solicitar a interrupção e dialogar com o pesquisador para as devidas providências. Ocorrerá o dispêndio de tempo dos participantes da pesquisa durante realização da entrevista. Caso discorde, o participante poderá desistir da sua participação conforme prevê o TCLE (APÊNDICE A).

As medidas adotadas para reduzir e/ou evitar que ocorram esses danos são a interrupção da entrevista, sem quaisquer ônus para o entrevistado e nem para o serviço, bem como a realização desta em um ambiente calmo e reservado, em um horário que seja conveniente para o participante. Além disso, os pesquisadores garantem total sigilo dos dados. Os dados serão armazenados no computador de uso individual, com proteção de senha de segurança e de propriedade dos pesquisadores por um período de cinco anos, para realização de análise dos dados e em seguida serão excluídos deste computador permanentemente.

Benefícios:

Essa pesquisa não apresenta benefícios diretos para os participantes. Contudo, por ser um estudo documental que poderá servir como ferramenta de consulta para outras instituições em momentos pandêmicos ou epidêmicos que possam ocorrer futuramente, há um benefício inerente para a sociedade, visto o ineditismo dessa documentação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de caráter documental, que poderá servir como consulta futura para outras instituições, na possibilidade de uma nova pandemia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios e TCLE de acordo a Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Meu voto é pela aprovação do presente projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Coronel Azevedo, s/n Cajazeiras II Setor IV, Águas Claras
Bairro: Águas Claras **CEP:** 41.330-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3103-7167 **Fax:** (71)3103-7150 **E-mail:** icom.cep@saude.ba.gov.br

HOSPITAL COUTO
MAIA/SES/BA



Continuação do Parecer: 4.275.411

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1618678.pdf	03/09/2020 21:15:40		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_lucas.pdf	03/09/2020 21:11:14	LUCAS DE ARAUJO MATOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Modelo_de_declaracao_modificado.pdf	25/08/2020 23:57:02	LUCAS DE ARAUJO MATOS	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	25/08/2020 23:32:27	LUCAS DE ARAUJO MATOS	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	25/08/2020 23:31:17	LUCAS DE ARAUJO MATOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Formato_online_Lucas.doc	25/08/2020 23:22:49	LUCAS DE ARAUJO MATOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Lucas_Matos.doc	25/08/2020 23:20:03	LUCAS DE ARAUJO MATOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 14 de Setembro de 2020

Assinado por:
SILVIA MARIANA DE MENEZES PRISCO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Coronel Azevedo, s/n Cajazeiras II Setor IV, Águas Claras
Bairro: Águas Claras **CEP:** 41.330-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3103-7167 **Fax:** (71)3103-7150 **E-mail:** icom.cep@saude.ba.gov.br