



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**

**VICTOR SENA SANTOS SALES**

**ADAPTAÇÕES NA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS E PROTOCOLOS  
DESENVOLVIDOS PARA ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DE COVID-19 EM  
UM INSTITUTO ESPECIALIZADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS NA BAHIA EM  
2020**

**Salvador – Ba**

**2020**

**Victor Sena Santos Sales**

**ADAPTAÇÕES NA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS E PROTOCOLOS  
DESENVOLVIDOS PARA ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DE COVID-19 EM  
UM INSTITUTO ESPECIALIZADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS NA BAHIA EM  
2020**

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

Orientado por Dra. Ceuci De Lima Xavier  
Nunes

**Salvador – BA**

**2020**

## AGRADECIMENTO

“Medite, respire fundo, mantenha a calma. Conecte a sua mente com a sua alma[...]. Ansiedade e preocupação é a cabeça indo mais rápido que o tempo, buscar a calma é tão importante quanto lavar as mãos.”

Essas frases de uma música que amo, se tornaram um lema diário e juntamente com todos que me apoiaram fizeram o processo de construção desse projeto ser um pouco mais leve.

Por isso, não posso deixar de agradecer aos meus pais (Janete e Sérgio) por serem inspirações e me dar a base e todo suporte necessário sempre para eu me tornar exatamente quem sou hoje. E ao meu irmão, por ser um parceiro e um porto seguro que sei que sempre posso contar.

À minha colega de sala e amiga da vida, Lizandra, por todos os momentos divididos nessa caminhada: abraços, sorrisos, choros, desesperos e alegrias. Não pensei que encontraria alguém tão especial na faculdade, é uma dádiva te ter como amiga e futura colega de profissão.

Não poderia faltar um agradecimento especial à professora Caroline Alves Feitosa, não sei o que seria do meu TCC se não fosse por ela. Todo apoio, carinho, confiança, paciência, todos os conselhos e intervenções foram de extrema importância para consolidação do trabalho e também para crescimento pessoal.

Por fim, deixo aqui minha gratidão e admiração por minha orientadora Ceuci Nunes Xavier, por todo profissionalismo, empenho e seriedade, que foram fundamentais para construção desse trabalho.

## RESUMO

**Introdução:** No dia 11 de março de 2020, o diretor da Organização Mundial de Saúde declarou que a COVID-19 era caracterizada como uma pandemia, o mundo contava com 118 mil casos, em 114 países e o número de óbitos já ultrapassava os 4 mil. Em dezembro de 2020, o Brasil chegou ao marco de 7.465.806 casos da COVID-19, registrando mais de 190 mil mortes pela doença. No estado da Bahia, no dia 31 de dezembro de 2020, dos 2.006 leitos disponíveis do Sistema Único de Saúde (SUS), exclusivos para Covid-19, 1.251 possuíam pacientes internados, o que representava uma taxa de ocupação de 62%. Dessa forma, fazem-se necessárias mudanças estruturais, organizacionais, de protocolos, fluxo de pessoas e de recursos humanos, visando atendimento de todas as necessidades de um paciente em estado grave do COVID-19 e a proteção dos profissionais de saúde. **Objetivo:** O presente trabalho busca descrever, registrar e documentar as adaptações na área de recursos humanos e protocolos desenvolvidos para enfrentamento da pandemia de COVID-19 em um instituto especializado em doenças infecciosas na Bahia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo documental descritivo com abordagem qualitativa, realizado através de entrevistas semiestruturadas com os gestores do Instituto Couto Maia (ICOM) e de documentos divulgados e fornecidos pelo hospital. **Resultados e conclusão:** o instituto necessitou ampliar sua capacidade de atendimento e garantir a proteção dos profissionais de saúde, através da criação de novas estratégias e protocolos. O hospital transferiu pacientes sem a COVID-19 para outras unidades do estado, afastou os funcionários que faziam parte do grupo de risco, abriu 69 leitos de UTI, contratou 701 novos funcionários e realizou treinamentos. Para controle de infecção: reduziu as portas de entrada, realizou marcações de áreas limpas e sujas, limitou visitas de familiares, reduziu cruzamentos de profissionais, criou novos protocolos para utilização de EPIs, afastou profissionais sintomáticos e contactantes. Na comunicação: instauração do TeleICOM, adaptou-se o Clube de Cartas, divulgação dos boletins médicos diários por ligações. Reformulou o serviço de humanização e assistência à saúde mental dos pacientes e funcionários. Além da criação de um Comitê de Crises. Dessa forma, o estudo documentou as principais adaptações realizadas pelo ICOM, além de descrever os protocolos de controle de infecções, fluxos e estratégias adotadas pelo instituto no ano de 2020.

**Palavras-chave:** COVID-19; adaptação; planejamento hospitalar; surto por 2019-nCoV; protocolos.

## ABSTRACT

**Background:** On March 11, 2020, the director of the World Health Organization declared that COVID-19 was characterized as a pandemic, the world had 118,000 cases in 114 countries and the number of deaths had already exceeded 4,000. In December 2020, Brazil reached the milestone of 7,465,806 COVID-19 cases, registering more than 190 thousand deaths from the disease. In the state of Bahia, on December 31, 2020, of the 2,006 beds available in the Unified Health System (SUS), exclusively for Covid-19, 1,251 had inpatients, which represented an occupancy rate of 62%. Therefore, structural, organizational, protocols, flow of people and human resources changes are necessary, aiming to meet all the needs of a COVID-19 severely ill patient and the protection of health professionals. **Objective:** This paper aims to describe, register and document adaptations in the area of human resources and protocols developed to confront the covid-19 pandemic at an institute specializing in infectious diseases in Bahia. **Methodology:** This is a descriptive documentary study with a qualitative approach, carried out through semi-structured interviews with the managers of the Couto Maia Institute (ICOM) and documents disseminated and provided by the hospital. **Results and conclusion:** the institute needed to expand its service capacity and guarantee the protection of health professionals, through the creation of new strategies and protocols. The hospital transferred patients without COVID-19 to other units in the state, removed the employees who were part of the risk group, opened 69 ICU beds, hired 701 new employees and carried out training. For infection control: reduced the entrance doors, marked clean and dirty areas, limited visits from family members, reduced crossings of professionals, created new protocols for the use of PPE, removed symptomatic and contact professionals. In communication: establishment of "TeleICOM", "Clube de Cartas" was adapted, dissemination of daily medical bulletins by phone. And reformulated the service of humanization and assistance to the mental health of patients and employees. In a crisis committee was created. Therefore, this study documented the main adaptations made by ICOM, in addition to describing the infection control protocols, flows and strategies adopted by the institute in 2020.

## Sumário

1 INTRODUÇÃO .....	7
2 OBJETIVOS .....	11
2.1 Objetivo Primário: .....	11
2.2 Objetivos Secundários:.....	11
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO .....	12
4 METODOLOGIA.....	17
4.1 Desenho do estudo .....	17
4.2 Local do Estudo .....	17
4.3 Fonte de Dados .....	17
4.4 Período do estudo .....	18
4.5 Variáveis do estudo .....	18
4.6 Plano de Análise .....	18
4.7 Considerações éticas .....	18
5 RESULTADOS .....	20
5.1 O Hospital .....	20
5.2 Controle de Infecções.....	23
5.2.1 Uso de EPI.....	24
5.2.2 Fluxo de Profissionais.....	29
5.3 Infecção dos Profissionais: .....	30
5.4 Assistência aos Pacientes .....	32
5.5 Humanização.....	36
5.5.1 Enfrentamento ao Sofrimento .....	38
6 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....	39
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICE A – TCLE.....	49
APÊNDICE B – PERGUNTAS DAS ENTREVISTAS .....	50
ANEXO A – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP .....	52

## 1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, uma série de casos de pneumonia de causa desconhecida surgiu na cidade de Wuhan, Hubei, China, com apresentações clínicas muito semelhantes à pneumonia viral. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto do SARS-CoV-2, uma emergência de saúde pública de interesse internacional, a sexta emergência de saúde pública após o H1N1 (2009), poliomielite (2014), o ebola na África Ocidental (2014), o zika (2016) e o ebola na República Democrática do Congo (2019) (1). No dia 11 de março de 2020, o diretor da Organização Mundial de Saúde declarou que a COVID-19 era caracterizada como uma pandemia, o mundo contava com 118 mil casos, em 114 países e o número de óbitos já ultrapassava os 4 mil (2).

Segundo a OMS, o vírus se espalha principalmente por gotículas de saliva ou secreção nasal quando uma pessoa infectada tosse ou espirra. Atualmente, pacientes infectados com SARS-CoV-2 são a principal fonte de infecção, produzindo uma grande quantidade de vírus no trato respiratório superior, durante um período, antes de apresentar os sintomas mais específicos da doença (3). O período de incubação médio da doença é cerca de 5.2 dias, podendo chegar até 14 dias após a exposição (4,5). Cerca de 33% dos infectados pelo novo coronavírus podem permanecer assintomáticos (6), dentre os sintomas mais apresentados no início da doença estão: tosse, febre, mialgia e fadiga, outros sintomas menos comuns como cefaleia, dor de garganta, perda de olfato e paladar, hemoptise e diarreia também foram relatados, entretanto os sintomas podem variar de acordo com a gravidade da doença (5,7,8).

A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é uma característica em casos graves e causou morte principalmente em pessoas idosas, particularmente naquelas com condições pré-existentes, como diabetes e doença cardíaca (9,10). O achado radiológico mais comum encontrado nesses pacientes, desde a sua admissão, é a opacidade de vidro fosco demonstrada na Tomografia Computadorizada (5,7,8,11). De acordo com o Centro Chines para Controle e Prevenção de Doenças, dentre aqueles indivíduos que apresentam a doença, 81% desenvolvem quadro leve (sem

pneumonia ou pneumonia leve), 14% são casos graves (por exemplo, dispneia, frequência respiratória  $\geq 30$  / min, saturação de oxigênio no sangue  $\leq 93\%$ , infiltrados pulmonares  $> 50\%$  em 24 a 48 horas) e 5% manifestam o quadro crítico (insuficiência respiratória, choque séptico e / ou disfunção ou falência de múltiplos órgãos), com taxa de letalidade geral em 2,3% (12).

Em dezembro de 2020, o número de casos da COVID-19 chegou a 80.351.598 em todo o mundo, contabilizando mais de um milhão de mortes. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, os casos mais que triplicaram, chegando ao marco de 7.465.806, em relação as mortes, o Brasil acumulava mais de 190 mil mortes (13). De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, o estado teve seu primeiro caso de Covid-19 confirmado no dia 6 de março. Ao final do ano de 2020, a Bahia já tinha mais de 400 mil casos, e cerca de nove mil óbitos. No estado, o número de profissionais da área da saúde infectados pelo novo coronavírus ultrapassou os 36 mil, sendo os técnicos de enfermagem e enfermeiros os mais afetados, acumulando mais de 17 mil casos (14,15).

A proteção da saúde desses profissionais é fundamental para evitar a transmissão do vírus nos estabelecimentos de saúde e nos domicílios, sendo assim, é necessário adotar protocolos de controle de infecções. De acordo com a OMS, é necessário preparar-se para o aumento de necessidades das unidades de saúde, incluindo suporte respiratório e EPI além de implementar planos para aumento das instalações. Dessa forma, adaptações com relação ao espaço, aos funcionários, aos suprimentos e ao atendimento são essenciais. Além disso, objetivos de expansão e abrangência devem ser adotados para melhor receber e manejar pacientes com a COVID-19 (16).

O instituto alvo desta pesquisa trata-se de um hospital especializado, de média complexidade, referência estadual em doenças infecciosas e parasitárias. No ano de 2020, registrou mais de 1.400 casos de síndrome gripal no pronto atendimento e notificou 2.252 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave nas unidades de internamento. A unidade realizou diversas adaptações na estrutura física e no dimensionamento de recursos humanos para ampliar a capacidade de atendimento, com isso os leitos passaram de 120, para 168 leitos, todos dedicados à pacientes infectados pelo SARS-Cov-2. Em relação aos leitos de UTI, dos 20 iniciais, houve uma



ampliação para 89 leitos, sendo também necessário contratar funcionários e adotar medidas de biossegurança. Além disso, a instituição tem um contrato de gestão por meio de uma parceria público privada, em que todas as atividades de assistência ao paciente são realizadas e geridas pela SESAB (17–20).

Atualmente, a publicação sobre as adaptações realizadas pelos hospitais, tanto nacionais quanto internacionais, ainda são escassas. Tendo em vista que se trata de um cenário em curso de uma patologia nova, que os protocolos e recomendações são atualizados com frequência, os hospitais necessitam realizar mudanças a cada nova recomendação. Ao redor do mundo, alguns institutos de referência publicaram suas experiências, demonstrando os desafios e soluções encontrados, além de guias com recomendações para o enfrentamento da COVID-19, como o Hospital Presbiteriano de Nova York e outras unidades na França, Cingapura e Taiwan (21–24). No Brasil, existe uma lacuna em relação à divulgação das adaptações realizadas pelos hospitais nacionais, entretanto existem notas técnicas de recomendações de gestão, de preparação hospitalar e de administração de recursos (16).

Diante do cenário atual, e sabendo que na Bahia, no dia 31 de dezembro de 2020, dos 2.006 leitos disponíveis do Sistema Único de Saúde (SUS), exclusivos para COVID-19, 1.251 possuíam pacientes internados, o que representa uma taxa de ocupação de 62% (14), fazem-se necessárias mudanças estruturais, organizacionais, de protocolos, fluxo de pessoas e de recursos humanos, visando atendimento de todas as necessidades de um paciente em estado grave do COVID-19 e a proteção dos profissionais de saúde. Já que, segundo o Ministério da Saúde, cerca de 20% dos casos podem requerer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória e desses casos aproximadamente 5% podem necessitar de suporte para o tratamento de insuficiência respiratória (25). Dessa forma, a presente pesquisa, além de servir como um registro de um momento histórico da humanidade, de preencher uma lacuna quanto à realização de estudos acerca das adaptações realizadas por hospitais nacionais, ainda atuará como objeto de documentação para o instituto que poderá adotar as mesmas medidas em um cenário futuro, servindo também como base para que outras instituições possam basear-se a fim de melhorar o desempenho em cenários como esse. Afinal, ter um protocolo já pré-estabelecido

para essas situações auxilia numa resposta mais rápida e efetiva em caso de um contexto similar no futuro.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Primário:**

2.1.1 Descrever, registrar e documentar as adaptações na área de recursos humanos e protocolos desenvolvidos para enfrentamento da pandemia de COVID-19 em um instituto especializado em doenças infecciosas na Bahia.

### **2.2 Objetivos Secundários:**

2.2.1. Descrever as alterações ocorridas na força de trabalho da unidade, como contratações, afastamentos, transferências;

2.2.2. Descrever os protocolos de controle de infecção, adotados pela instituição na pandemia do novo coronavírus;

2.2.3. Descrever os casos de infecção pela COVID-19 dos Profissionais de Saúde do hospital durante a pandemia, diante das alterações;

2.2.4. Registrar os protocolos de assistência aos pacientes com COVID-19;

2.2.5. Documentar a história das mudanças realizadas na instituição relacionadas ao COVID-19.

### **3 REFERÊNCIAL TEÓRICO**

Em dezembro de 2019, uma série de casos de pneumonia de causa desconhecida surgiu em Wuhan, Hubei, China, com apresentações clínicas muito semelhantes a uma pneumonia viral(9). Ele se espalhou rapidamente, resultando em uma epidemia em toda a China, seguida por um número crescente de casos em outros países do mundo. Em fevereiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde designou a doença COVID-19, que significa doença de coronavírus 2019 (26). A partir de 26 de março de 2020, o surto de COVID-19 resultou em 462.801 casos confirmados e 20.839 mortes globalmente, mais do que aquelas causadas pela SARS e pela síndrome respiratória do Oriente Médio 2003 e 2013, respectivamente. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto de novo coronavírus, uma emergência de saúde pública de interesse internacional, a sexta emergência de saúde pública após o H1N1 (2009), poliomielite (2014), o ebola na África Ocidental (2014), o zika (2016) e o ebola na República Democrática do Congo (2019) (1).

O sequenciamento do genoma viral e a análise filogenética indicaram que esse vírus é um betacoronavírus no mesmo subgênero que o vírus da síndrome respiratória aguda grave, assim como vários outros. A estrutura da região do gene de ligação ao receptor é muito semelhante à do coronavírus da SARS, e o vírus demonstrou usar o mesmo receptor, a enzima de conversão da angiotensina 2 (ACE2), para entrada de células (27). Desde então, o Grupo de Estudo para Coronavírus do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus propôs que esse vírus fosse designado como coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) (28). A semelhança de sequência de RNA mais próxima é de dois coronavírus de morcego, e parece provável que estes sejam a fonte primária; ainda é desconhecido se o SARS-CoV-2 é transmitido diretamente de morcegos ou através de algum outro mecanismo, um hospedeiro intermediário, por exemplo (29).

O risco de transmissão ainda não é muito bem compreendido. A investigação epidemiológica em Wuhan, no início do surto, identificou uma possível associação com um mercado de frutos do mar que vendia animais vivos, onde a maioria dos

pacientes havia trabalhado ou visitado o mercado, este posteriormente fora fechado para desinfecção (30). Segundo a OMS, a transmissão ocorre, principalmente, de pessoa a pessoa através de gotículas nasal ou oral, que são expelidas quando uma pessoa com COVID-19 tosse, espirra ou fala. Outra forma de transmissão pode ocorrer através das gotículas que podem pousar em objetos e superfícies ao redor da pessoa, como mesas, maçanetas e corrimãos. As pessoas podem ser infectadas ao tocar nesses objetos ou superfícies e depois tocar nos olhos, nariz ou boca (31,32). Outros estudos também evidenciaram que gotículas respiratórias podem ser aerossolizadas ou transportadas em uma nuvem de gás e ter trajetórias horizontais além de dois metros, através da fala, tosse ou espirro, porém ainda com algumas incertezas (33,34).

O período de incubação da doença pode chegar a 14 dias, tendo como média 5.2. Devido aos sintomas clínicos leves durante o período de incubação, os pacientes podem permanecer móveis e realizar atividades de rotina, levando à propagação da infecção. É importante ressaltar que portadores assintomáticos também podem fonte de infecção (3–5,10). Cerca de 33% dos infectados pelo novo coronavírus podem permanecer assintomáticos (6), dentre os sintomas mais apresentados no início da doença estão: tosse, febre, mialgia e fadiga, outros sintomas menos comuns como cefaleia, dor de garganta, perda de olfato e paladar, hemoptise e diarreia também foram relatados, entretanto os sintomas variam de acordo com a gravidade da doença. O achado radiológico mais comum encontrada nesses pacientes, desde a sua admissão, é a opacidade de vidro fosco demonstrada na Tomografia Computadorizada (5,7,8,11). A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é uma característica em casos graves e causou morte principalmente em pessoas idosas, particularmente naquelas com condições pré-existentes, como diabetes e doença cardíaca (9,10). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria dos pacientes com COVID-19 (cerca de 80%) podem ser assintomáticos e cerca de 20% dos casos podem requerer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória e desses casos aproximadamente 5% podem necessitar de suporte para o tratamento de insuficiência respiratória (suporte ventilatório) (25). Como o período de incubação é longo e devido aos sintomas clínicos leves durante o período de incubação, os pacientes podem permanecer móveis e realizar atividades

de rotina, levando à propagação da infecção, gera-se uma dificuldade no rastreio de infecções (3,10).

Diante disso, a Sociedade de Doenças Infecciosas da América (IDSA) recomenda que o diagnóstico seja realizado tanto naqueles sintomáticos, quanto nos assintomáticos. O teste de ácido nucleico por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) deverá ser realizado em todos os indivíduos sintomáticos com suspeita de COVID-19. Além disso, o teste de indivíduos assintomáticos selecionados é sugerido quando os resultados terão um impacto significativo no uso de isolamento ou da quarentena e na utilização de EPI (35). Outra possibilidade diagnóstica é o teste sorológico, as plataformas de diagnóstico usadas para a detecção de anticorpos específicos para proteínas SARS-CoV-2 incluem testes de diagnóstico rápido (RDT), como ensaios de fluxo lateral (LFA), ensaios de imunoabsorção enzimática (ELISA), ensaios de neutralização e imunoenaios quimioluminescentes. Sendo assim, a detecção de anticorpos específicos pode apoiar o diagnóstico de COVID-19 em um paciente com alta suspeita clínica, mas teste de PCR negativo (36).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, em dezembro de 2020, o Brasil apresentava 7.465.806 casos e 190.795 óbitos (13). Sabe-se que país, aproximadamente 3,5 milhões de profissionais e trabalhadores de saúde estão direta ou indiretamente envolvidos com a prestação de serviços à população, seja nas unidades de Atenção Primária, nos serviços especializados e nos hospitais, tanto da rede pública quanto da rede privada. Por isso, faz-se de extrema importância a proteção da saúde dos profissionais de saúde para se evitar a transmissão nosocomial e domiciliar do novo coronavírus, sendo necessário adotar protocolos de controle de infecções (padrão, contato, via aérea) e disponibilizar EPIs, incluindo máscaras N95, aventais, óculos, protetores faciais e luvas. Além disso, deve-se proteger a saúde mental dos profissionais e trabalhadores de saúde, por conta do estresse a que estão submetidos nesse contexto (39). Desse modo, a OMS recomenda uma preparação para o aumento de necessidades das unidades de saúde, além de suporte técnico e EPI, implementar planos para aumento das instalações. Dessa forma, adaptações com relação ao espaço, funcionários, suprimentos, atendimento, objetivos de expansão e

abrangência devem ser adotados para melhor receber e manejar pacientes com o COVID-19 (16).

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, o estado teve seu primeiro caso confirmado no dia 6 de março e até o dia 03 de abril contabilizava 267 casos confirmados. Já no dia 29 de maio de 2020, ainda segundo a SESAB, a Bahia apresentava 16.917 casos confirmados, 5.502 recuperados, 609 óbitos e 10.806 casos ativos, e a cidade de Salvador contribui com mais de 60% desses números. O que chama a atenção é que desses mais de 16 mil casos, mais de 2 mil representam os profissionais de saúde infectados com o novo coronavírus. Até o dia 31/12/2020, a Bahia apresentava 493.400 casos, sendo 478.198 recuperados e 9.129 tiveram óbitos confirmados. No estado, o número de profissionais da área da saúde infectados pelo novo coronavírus ultrapassou os 36 mil, sendo os técnicos de enfermagem e enfermeiros os mais afetados, acumulando mais de 17 mil casos (15). Já em relação à ocupação dos leitos de UTI, dos 2.006 leitos disponíveis do Sistema Único de Saúde (SUS), exclusivos para COVID-19, 1.251 possuíam pacientes internados, o que representa uma taxa de ocupação de 62% (14). Um centro de referência estadual em doenças infecciosas e parasitárias, Hospital Especializado tipo 7, média complexidade, referência estadual em doenças infecciosas e parasitárias, localizado em Salvador, até o dia 16 de junho atendeu 1827 casos suspeitos do novo coronavírus, destes 843 foram internados, com 531 casos confirmados laboratorialmente. A unidade realizou diversas adaptações na estrutura física e no dimensionamento de recursos humanos para ampliar a capacidade de atendimento, com isso os leitos passaram de 120, para 168 leitos, todos agora dedicados à Covid-19. Em relação aos leitos de UTI, dos 20 iniciais, houve uma ampliação para 89 leitos, sendo também necessário contratar novos funcionários e adotar novas medidas de segurança. Além disso, a instituição tem um contrato de gestão, por meio de parceria pública privada entre o Governo do Estado da Bahia, em que todas as atividades de assistência ao paciente são realizadas e geridas pela SESAB (17,18,20).

Frente a este cenário, a OMS desenvolveu ferramentas para estabelecer estimativas em relação a quantidade de suprimentos e funcionários, para este momento de crises, são elas: Ferramenta de Previsão de Suprimentos Essenciais (Essential Supplies

Forecasting Tool - ESFT), Ferramenta de Suporte ao Planejamento de Crises (Adaptt Surge Planning Support Tool) e Estimador da Força de Trabalho em Saúde (Health Workforce Estimator). Que fornecem uma previsão, incluindo a estimativa de equipamentos de proteção individual, medicamentos essenciais, suprimentos médicos consumíveis, equipamentos, kits para diagnósticos, equipamentos médico-hospitalares para manejo de casos, permite que os usuários se concentrem nas informações relacionadas ao planejamento, como datas de faltas previstas de leitos, recursos humanos detalhados necessários e número de leitos necessário, além de fornecer uma análise da taxa de transferência dos pacientes em diversas instalações (16).



## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo documental descritivo com abordagem qualitativa.

### **4.2 Local do Estudo**

O Instituto Couto Maia (ICOM) é o maior e o mais moderno hospital especializado em doenças infectocontagiosas do Brasil, sendo uma unidade de referência de doenças infectocontagiosas e parasitárias da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), vinculada com o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde 2018, quando foram inauguradas as novas instalações, a unidade funciona na modalidade de parceria público privada (PPP). A unidade atualmente conta com 168 leitos, com serviço ambulatorial especializado e a unidade de dispensação de medicamentos em HIV/AIDS, farmácia ambulatorial do Programa de Hanseníase, Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). E, além disso, integra a rede do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar que criou os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, classificado como NHE de Nível III desde 2007 (20).

### **4.3 Fonte de Dados**

As informações sobre as alterações de protocolos e de recursos humanos foram obtidas através do site da instituição, documentos disponibilizados pelo instituto e de entrevistas semiestruturadas. Essas entrevistas ocorreram através de videoconferência, pela plataforma “Zoom”, nas quais as perguntas já estavam previamente estabelecidas. Foram abordados somente assuntos relacionados à instituição em relação às mudanças de fluxo de pessoas, protocolos, de recursos humanos e de biossegurança. Não houve limite de tempo para responder às perguntas, entretanto cada reunião durou em torno de 40 minutos, tempo disponibilizado pela plataforma. Com a finalidade de otimizar o tempo, as entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos entrevistados, para posterior descrição das respostas. Foram realizadas de acordo com a disponibilidade do entrevistado, adequando melhor dia e horário para cada gestor. De maneira geral, realizou-se somente uma entrevista com cada gestor, com exceção de alguns casos em que surgiram dúvidas durante a escrita do trabalho e fez-se necessário realizar mais de

uma entrevista, no mesmo formato. Os gestores entrevistados foram dos seguintes setores: Diretoria Geral, Enfermagem, Recursos Humanos, Setor Pessoal, Centro Integrado de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho (CIAST), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Cuidados Paliativos, Serviço Social e Psicologia. Apenas um representante de cada setor foi entrevistado. Sendo assim, a pesquisa contou com 9 entrevistados. Com as respostas coletadas elaborou-se um documento no Programa Word® do Microsoft Office for Windows, com as perguntas e as respostas para posterior extração das informações. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), foi enviado para os e-mails dos participantes, além disso, no e-mail enviado aos entrevistados continham as perguntas a serem abordadas nas entrevistas para que o entrevistado pudesse se programar e revisar algum documento, se necessário, dando assim fluidez à entrevista. Vale ressaltar que cada entrevistado recebeu somente as perguntas direcionadas a ele, não tendo acesso às perguntas de outrem.

#### **4.4 Período do Estudo**

Foram analisados dados acerca das adaptações realizadas na instituição durante a pandemia do Sars-Cov-2 de 20 de março de 2020 a 31 de dezembro de 2020.

#### **4.5 Variáveis do Estudo**

São variáveis quantitativas do estudo: quantidade de funcionários contratados e quantidade de casos de COVID-19 entre os funcionários. As variáveis qualitativas dizem respeito às adaptações realizadas no instituto, como os protocolos, fluxo de funcionários, desafios e impactos apresentados.

#### **4.6 Plano de Análise**

Os dados obtidos serviram de base para construção de fluxogramas, tabelas, gráficos e quadros visando um melhor entendimento dos protocolos e das adaptações realizadas. Além disso, o registro foi feito em forma de texto, para que haja uma documentação oficial acerca das principais mudanças e protocolos utilizados.

#### **4.7 Considerações Éticas**

Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Couto Maia (ICOM) obedecendo rigorosamente a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que respaldam as pesquisas com seres humanos. Todos os indivíduos que

participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa não ofereceu risco ao entrevistado, a não ser constrangimento em razão de tornar público o seu comentário, vale ressaltar que os dados foram anonimizados para evitar exposição dos participantes. Além disso, a divulgação das informações será exclusivamente em relatórios, artigos científicos e eventos de divulgação científica. Como benefício, estará participando de uma documentação de um momento histórico, além de possuírem esses registros para que tais mudanças possam ser realizadas de formas mais sistematizadas em um cenário futuro.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 O Hospital

Desde o início da quarentena, em março de 2020, com o crescente número de infectados na cidade de Salvador, o Instituto Couto Maia (ICOM) precisou realizar adaptações em diversos níveis para se adequar ao novo cenário. Essas adaptações ocorreram tanto a nível estrutural, que será discutida em uma outra pesquisa já em andamento, quanto nos protocolos, fluxo de atendimento e recursos humanos, que será discutido com mais detalhes a diante.

O Instituto, que é referência no estado da Bahia em doenças infecciosas e parasitárias, após a inauguração da nova sede em 2018, desenvolve atividades do Hospital Couto Maia e do Hospital D. Rodrigo de Meneses (antigo leprosário). O ICOM é gerido através de uma PPP (Parceria Público Privada) entre a SESAB e a concessionária Couto Maia S/A. A modalidade da PPP é conhecida como batatas cinzas, onde a concessionária se responsabiliza pelos serviços não clínicos (manutenção predial e de equipamentos, apoio administrativo, recepção, portaria, segurança patrimonial, engenharia clínica, entre outros) e a SESAB pelos serviços de atenção direta ao paciente. Existe uma Comissão de Fiscalização do Contrato e um Verificador Independente, que avaliam o cumprimento de indicadores dos serviços prestados pela concessionária. O instituto mantém alta performance nos indicadores de qualidade e é uma das únicas a ter vários processos automatizados, prontuário digital (sistema SMPEP) o que permite uma melhor assistência à saúde (20).

O hospital contava, antes da pandemia do novo coronavírus com 120 leitos – sendo 20 de UTI, além de contar com ambulatorios de infecção geral, HIV e neuroinfecção. Com o início da pandemia e com o crescente número de casos, essa instituição que abrigava diversos pacientes com outras patologias, em março de 2020 passou a atender somente pacientes suspeitos e/ou infectados pelo Sars-Cov-2. *“O hospital estava em março com 85% de ocupação e foi definido que ele seria um hospital só para pacientes COVID-19, então o impacto foi total na unidade”* – disse a diretora do hospital. Isso gerou uma necessidade de mudanças e adaptações em diversos níveis, tanto estruturais como expansão da rede de gás, otimização da rede elétrica e

hidráulica, como também na abertura de novos leitos de UTI, adaptações dos protocolos de utilização de EPI e do fluxo de profissionais de saúde. Além disso, houve a necessidade de transferência de setores, de contratação e afastamento de funcionários, de realizar treinamento para a equipe e de suspender a visita aos pacientes.

Diante disso, para atender às demandas, iniciou-se um plano de transferência de pacientes que estavam internados na unidade para acomodar os pacientes com COVID-19, junto a isso os pacientes da UTI pediátrica foram transferidos para uma UTI adaptada na enfermaria pediátrica, com o objetivo de abrir mais leitos de UTI para os casos de adultos suspeitos e/ou confirmados do novo coronavírus. *“Começamos a admitir os pacientes e tivemos que fazer mudanças estruturais e mudanças em outros setores, então assim, foi muito dinâmico, a gente trabalhava de domingo a domingo”*, relatou a diretora de enfermagem do hospital. Ainda com esse objetivo, a farmácia ambulatorial, o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) e o ambulatório de Hanseníase foram transferidos para outra unidade da SESAB, enquanto o centro cirúrgico e os consultórios foram transformados em enfermarias. E assim, o hospital que contava com 120 leitos, sendo 20 de UTI, passou a operar com 159 leitos, destes 89 eram de Unidade de Terapia Intensiva e todos voltados para pacientes com a COVID-19. Ficando assim com 4 Unidades de Terapia Intensiva, sendo uma pediátrica e uma coorte, nessa última os profissionais entravam completamente paramentados e permaneciam por um período de 6 horas. Já em setembro de 2020, o hospital voltou a abrir as portas para pacientes de outras patologias. Foram abertos 20 leitos de UTI e cerca de 30 leitos de enfermaria para os pacientes não suspeitos de COVID-19, *“estamos funcionando com os dois perfis no hospital que também é uma coisa muito complexa que você tem que fazer o protocolo das duas áreas”* - relata a diretora geral do hospital. Em dezembro de 2020, com o aumento do número de casos, a unidade voltou a atender exclusivamente pacientes com COVID-19.

Outra estratégia utilizada para atender às novas demandas, foi a contratação de profissionais. Ao todo, foram contratados 710 novos funcionários, o hospital saiu de 800 funcionários para uma força de trabalho de 1510 pessoas, dentre eles cerca de 77 enfermeiros e 146 técnicos de enfermagem terceirizados. “No início a gente procurou contratar uma equipe e exigir experiência, depois a gente teve que pegar profissionais que estavam disponíveis no mercado, e a partir daí treinar essa equipe para uma realidade que nem a gente conhecia direito” – disse a coordenadora dos Recursos Humanos. Complementando esta fala, a diretora de enfermagem acrescentou: *“O desafio foi justamente admitir muita gente ao mesmo tempo, e as pessoas sem experiência”*. E foi visando solucionar o problema da inexperiência dos novos contratados e aprimorar as habilidades dos profissionais que já atuavam na unidade, foram criadas Oficinas de Treinamento, que funcionava em estações com, no máximo, 52 pessoas por grupo. *“Sempre que abríamos uma nova ala no hospital, como uma UTI, por exemplo, era necessário formar uma nova equipe e treinar as pessoas, então era feito um treinamento intensivo, até aos fins de semana.”*, relatou a coordenadora da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares. Além do treinamento também foram elaborados vídeos, com a finalidade de ensinar aos profissionais a como utilizar de maneira correta os Equipamentos de Proteção Individual, esses vídeos também foram disponibilizados no site da instituição visando capacitar também a população geral e outras unidades quanto ao uso dos EPIs.

Entretanto, apesar da contratação de novos funcionários, o hospital precisou afastar e transferir alguns deles. O afastamento aconteceu temporariamente naqueles que contraíram a COVID-19, como explicado no fluxo de profissionais, além disso os trabalhadores terceirizados que se enquadravam como grupo de risco também foram afastados. Os servidores públicos, por não poderem ser afastados, foram transferidos para setores que não tinham contato direto com os pacientes ou ainda para outras unidades do Estado. O hospital também estava sediando diversas pesquisas, dentre elas o Estudo Solidariedade realizado em cerca de 400 hospitais ao redor do mundo. Além de estudos com relação à infecção pelo SARS-Cov-2 em crianças, dois grandes estudos de Instituto de Saúde Coletiva e um acerca dos efeitos da vacinação e revacinação da BCG, dentre outros, todos aprovados pelo CEP e alguns pelo CONEP.

## QUADRO 1 – DESAFIOS A SEREM SUPERADOS E SOLUÇÕES LOCAIS ENCONTRADAS PELO INSTITUTO

Desafios	Soluções locais
Aumento de pacientes com a COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abertura de novos leitos</li> <li>- Transferência de pacientes não COVID-19 para outros hospitais</li> <li>- Contratação de novos profissionais</li> <li>- Treinamento dos profissionais</li> </ul>
Controle de infecções	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução de portas de entrada</li> <li>- Marcação de áreas limpas e contaminadas</li> <li>- Limitação do cruzamento de profissionais de diferentes setores</li> <li>- Limitação de visitas aos pacientes</li> <li>- Criação de protocolos de uso de EPI em cada ala do hospital</li> </ul>
Comunicação com os familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração de um serviço telepresencial (teleCOM)</li> <li>- Adaptação do Clube de Cartas</li> <li>- Boletins médicos diários por telefone</li> </ul>
Segurança dos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de protocolos de uso correto dos EPIs</li> <li>- Afastamento de profissionais sintomáticos ou contactantes</li> </ul>
Surgimento diário de demandas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação do Gabinete de Crise</li> </ul>
Assistência Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes atendidos através de interconsultas</li> <li>- Implementação de grupos de apoio aos profissionais (virtual e presencial)</li> </ul>

Fonte: Dados baseados nas entrevistas dos participantes, 2020.

### 5.2 Controle de Infecções

Diversas estratégias foram utilizadas para reduzir a propagação do novo coronavírus, principalmente entre os profissionais de saúde. Primeiramente, o hospital que poderia ser acessado por diversas portas de entrada, reduziu para somente três: uma entrada de funcionários para as UTIs e enfermarias, uma para o ambulatório (que se

transformou em enfermaria) e a entrada principal. Além disso, as visitas dos familiares aos pacientes foram suspensas, abrindo exceções somente para aqueles pacientes que tinham um pior prognóstico ou que estavam em cuidados paliativos. Também foram elaboradas marcações no chão e divisórias físicas que delimitavam áreas sujas – aquelas com circulação de profissionais com roupas contaminadas – e áreas limpas. Ainda foi preciso estabelecer que os profissionais não poderiam ir para outros setores que não fossem o da sua atuação, justamente para redução do fluxo. *“Tivemos que ampliar e criar espaços de alimentação em todos os setores para evitar cruzamento dos profissionais”*, relata a chefe de enfermagem. Além de adaptar os locais para refeições, foram ampliados os confortos para descanso, criados protocolos para uso de EPI e fluxos para os profissionais suspeitos e/ou confirmados com COVID-19.

### **5.2.1 Uso de EPI**

Uma das estratégias utilizadas para o controle de infecção e proteção dos profissionais de saúde do instituto foi padronizar o uso do EPI. Para isso foram preparadas instruções de uso, de acordo com o ambiente do hospital. Além disso, o hospital ainda estabeleceu a ordem dos EPIs a serem colocados antes do atendimento ao paciente, como retirá-los após o atendimento e para sair do ambiente que se encontravam. Sendo assim, cada um dos seguintes setores possuía orientações específicas quanto ao uso desses equipamentos, como coloca-los e retirá-los de maneira correta. São eles: Pronto Atendimento, Unidade de Terapia Intensiva Coorte (UTI 1 e 2), Enfermarias, Laboratório, Bioimagem e Centro de Material Esterilizado.



**QUADRO 2 – SEQUÊNCIA PARA COLOCAÇÃO DE EPIS NA UTI E ANTES DE ATENDER OS PACIENTES**

Ambiente Hospitalar	Equipamentos de Proteção Individual									
	Gorro	Máscara N95	Avental descartável	Avental Cirúrgico	Óculos	Protetor Facial	Luvas	Roupa Privativa	Avental Impermeável	Luva de Borracha
Pronto Atendimento	●	●	○		●	○	○			
Unidades de Terapia Intensiva	○	●	○	○	○	○	○	●		
Central de Material Esterilizado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Laboratório	●	●	●	●			●	●		
Enfermarias	●	●	○		●		○	●		

Legenda:

● Sempre

○ Ao atender o paciente

Fonte: Protocolo de Uso de EPI do ICOM, 2020.

No Pronto Atendimento, durante toda a permanência, tanto nas áreas de circulação quanto de atendimento dos pacientes, os profissionais deveriam usar: gorro, máscara N95 e óculos de proteção individual. Antes de atender os pacientes, esses profissionais deveriam colocar avental e luva e descartá-los após o atendimento, diferentemente dos outros equipamentos supracitados, que não necessitavam de troca entre um paciente e outro. Outro EPI importante utilizado no PA foi o protetor facial, esse protetor deveria ser utilizado em casos de procedimentos que possuíam risco de respingo ou de formação de aerossóis (41).

No que diz respeito ao uso dos equipamentos individuais de proteção nas Unidades de Tratamento Intensivo, todos os profissionais deveriam utilizar roupa privativa e máscara N95. Aqueles que adentrarem nas unidades deveriam utilizar por 6 horas – independente do contato direto com paciente – os seguintes EPIs: avental cirúrgico de pano sobre o privativo, capa descartável (gramatura 30 – 40) ou macacão (sobre o avental de pano), gorro, máscara N95, protetor facial e luvas. Entre um paciente e outro ou ao entrar em contato, somente teria a necessidade de trocar as luvas,

realizando a higiene das mãos corretamente. Um ponto importante é que nas UTIs existiam volantes que ofertavam líquidos para esses profissionais de saúde, nesse período de 6 horas, estes utilizavam máscara N95, avental descartável e luvas. Esses volantes não entravam em contato corporal com os profissionais de saúde, apenas tracionavam de forma delicada a máscara e ofertavam líquidos ao profissional através de canudos, entre um profissional e outro era fundamental a troca de luvas. Antes de sair da UTI coorte, os profissionais deveriam retirar os EPIs, exceto o privativo e máscara N95, e descartar no local correto. Importante salientar que profissionais externos e maqueiros não tinham acesso à UTI coorte (42).

### **QUADRO 3– SEQUÊNCIA PARA COLOCAÇÃO DE EPIS NA UTI E ANTES DE ATENDER OS PACIENTES**

	<b>SEQUÊNCIA PARA COLOCAÇÃO DOS EPIS</b>	<b>ANTES DE ATENDER O PACIENTE</b>
<b>1</b>	Higienizar as mãos	Higienizar as mãos
<b>2</b>	Gorro	Avental
<b>3</b>	Máscara N95	Luvas
<b>4</b>	Óculos ou Protetor facial	Entrar no quarto/área do paciente
<b>5</b>	Manter o gorro, máscara N95 e óculos durante a permanência nas áreas de circulação de pacientes e atendimento.	Higienizar as olivas e o estetoscópio com algodão embebido em álcool antes do uso.

Fonte: Protocolo de Uso de EPI do ICOM, 2020.

Em relação aos profissionais do laboratório que coletavam amostras de sangue dos pacientes nas UTIs, deveriam utilizar: roupa privativa, máscara N95, gorro, avental cirúrgico de pano, capa descartável sobre o avental cirúrgico, um par de luvas. Entretanto, o profissional que ficava no corredor da UTI à espera do material recolhido, deveria utilizar duas luvas sobrepostas, com a finalidade de uma das luvas servir como um saco para os tubos de sangue coletados, além disso, nos corredores eram necessários apenas máscara N95 e a roupa privativa (43).

Nas Unidades de Internação, os EPIs utilizados eram: gorro, roupa privativa, óculos e máscaras cirúrgicas. As máscaras cirúrgicas deveriam ser trocadas a cada 4 horas ou substituídas em caso de procedimentos que gerassem aerossóis, como intubação orotraqueal, nebulização, extubação, aspiração de vias aéreas e reanimação cardiopulmonar. Já os óculos eram substituídos pelo protetor facial em casos que envolvessem muitas secreções ou no banho do paciente. Assim como nas outras áreas, ao entrar em contato com o paciente o profissional necessitava colocar o avental descartável e luva, descartando-os após o atendimento (44).

As equipes de Bioimagem também tinham um protocolo específico para o uso de EPI, essas orientações variavam de acordo com os exames que eram solicitados. Já ao entrarem na área de emergências, a N95 era preconizada. Os maqueiros que transportavam esses pacientes em ventilação mecânica para realização dos procedimentos também deveriam estar paramentados com máscaras N95 e protetores faciais.

**QUADRO 4 – SEQUÊNCIA PARA RETIRADA DOS EPIS NA UTI APÓS ATENDER OS PACIENTES E AO FINAL DO TURNO.**

SEQUÊNCIA DE RETIRADA DOS EPIS		AO FINAL DO TURNO
1	Retirar as luvas (de maneira adequada)	Retirar os óculos e lavá-los com água e sabão e após com álcool.
2	Higienização das mãos	Retirar a máscara pelas alças, sem tocar na parte interna e guardar em envelope de papel;
3	Retirar avental e Higienizar as mãos	Retirar gorro;
4	Sair do quarto e Higienizar as mãos	Higienizar as mãos (4ª vez);

Fonte: Protocolo de Uso de EPI do ICOM, 2020.

Na realização da Radiografia Simples de Tórax, da Ultrassonografia e do Ecocardiograma em que eram realizados nos leitos da UTI e nas enfermarias, os profissionais deveriam estar paramentados com avental descartável ou macacão, óculos de proteção, touca, máscara cirúrgica e luvas. Podendo a máscara cirúrgica

ser trocada pela N95 em casos de risco de contato com aerossóis e os óculos substituídos por protetor facial, caso os pacientes apresentassem algum padrão secretivo. Entre um paciente e outro era fundamental a troca das luvas com higiene das mãos, além da troca do avental. Os outros itens deveriam ser retirados apenas ao final da realização de todos os procedimentos.

Com relação à Tomografia, que era preconizada ser realizada em todo paciente encaminhado para UTI – dessa forma o paciente era encaminhado para o tomógrafo antes mesmo de entrar no setor – os profissionais deveriam estar paramentados com avental descartável, gorro, máscara N95, óculos e luvas. Assim como nos outros, apenas as luvas, aventais e capas eram trocados entre os exames (45).

Já na Central de Materiais Esterilizados, era fundamento o uso de roupa privativa, gorro, protetor facial, máscara N95, capa descartável, avental impermeável por cima do avental descartável, luva de procedimento e luva de borracha cano longo pelos profissionais de saúde (46).

Apesar dos novos protocolos, um desafio apresentado foi em relação ao estoque desses EPIS, como relatou uma médica infectologista do CCIH: *“Precisávamos fazer protocolos para proteger o profissional, mas ao mesmo tempo fazer uma economia de EPIS”*. Dessa forma, foi estabelecido que um profissional que fosse atender apenas pacientes com diagnóstico confirmado de COVI-19, poderia utilizar o mesmo avental nesses atendimentos. Além disso, caso tivessem casos suspeitos e confirmados, deveria atender primeiro os casos suspeitos e em seguida os confirmados.

Outra experiência muito interessante foi prolongar o tempo de uso da máscara N95, que inicialmente tinha validade de 07 dias. Para isso, pensou-se na desinfecção da máscara, utilizando uma máquina de raios ultravioletas – já utilizada pela farmácia. *“Depois de uma semana de uso, os profissionais poderiam deixar a máscara devidamente identificada na farmácia para desinfecção, depois essa máscara retornaria para ele”*, conta a coordenadora do CCIH. Entretanto não foi uma estratégia muito utilizada pelo hospital, pois não houve falta de EPIS.

Para ter uma avaliação mais dinâmica da situação de ocupação de leitos, de afastamento e reposição de profissionais e controle maior do consumo de EPIS e

medicamentos foi criado o Gabinete de Crise, em que eram realizadas reuniões diárias, composto pelos seguintes setores: Diretoria Geral, Diretoria Administrativa, Diretoria Médica, Diretoria de Enfermagem, CCIH e uma secretária, responsável por apresentar os dados diários. “Acredito que isso trouxe um nível organizacional importante para a unidade, nós pudemos verificar vários processos se necessitavam da nossa atenção”, revelou a diretora geral do hospital. Além disso, foi criada uma Comissão de Qualidade, uma comissão temporária, formada por pessoas de fora da unidade, que ficavam avaliando os processos realizados e apontando pontos em que poderiam melhorar.

### 5.2.2 Fluxo de Profissionais

Visando uma maior proteção dos profissionais e uma redução no número de transmissão do novo coronavírus, o instituto instituiu fluxos que deveriam ser seguidos caso estes entrassem em contato com paciente, familiares ou outros profissionais suspeitos ou confirmados COVID-19 positivo ou ainda caso estivessem sintomáticos. Para isso, foram estabelecidos critérios listados no quadro abaixo, considerado contactante tendo um ou mais dos seguintes:

#### QUADRO 5 – CRITÉRIOS PARA SE CONSIDERAR CONTACTANTE EM RELAÇÃO AO CONTATO COM UM SUSPEITO/CONFIRMADO DE COVID-19.

CRITÉRIOS DE CONTATO COM PESSOAS SUSPEITAS/CONFIRMADAS COM COVID-19
Contato acima de 15 min sem o uso de máscaras;
Ter compartilhado o mesmo conforto, no período noturno, sem uso de máscara;
Ter realizado refeições juntos com menos de 1 metro de distância;

Fonte: Fluxo de Profissionais de Saúde do ICOM, 2020.

Já os sintomas considerados suspeitos eram: coriza, tosse, febre ou falta de ar, além de diarreia, se associada a um dos sintomas anteriores (47).

Os profissionais sintomáticos com suspeita de COVID-19 deveriam realizar o teste de Swab e era afastado do trabalho por 3 dias. Se negativo, retornaria ao trabalho. Mas se o resultado fosse positivo, era afastado por 10 dias – a partir do início dos sintomas

– e retornava ao trabalho após os 10 dias, se três dias assintomático. Caso contrário, continuando sintomático após os 10 dias, os funcionários deveriam entrar em contato com a instituição, dessa forma, os funcionários da SESAB entrariam em contato com o SIAST e os terceirizados com o RH da empresa.

Já aqueles que entraram em contato com outrem suspeito ou positivo para COVID-19, se assintomáticos, deveriam realizar contato com SIAST para realização do teste, que seria feito 3 dias após o contato. Enquanto isso, seguiria no trabalho utilizando máscara e os outros equipamentos de proteção individual preconizados pela instituição. Se o teste fosse positivo, o profissional deveria ser afastado por 10 dias, dando negativo, o profissional manteria o trabalho normalmente. No cenário oposto, ou seja, caso sintomático, este deveria seguir o fluxo dos profissionais sintomáticos descrito acima.

No caso específico de contato do profissional de saúde com familiar com suspeita de COVID-19, deveria ser afastado até confirmação do teste diagnóstico do contactante, sendo o teste negativo e o profissional assintomático, este retornaria ao trabalho. Em casos nos quais os familiares testassem positivo ou não realizassem o teste, este profissional era submetido ao Swab e afastado por 3 dias. Sendo o teste negativo, com o profissional assintomático, retornaria ao trabalho. Entretanto, caso estivesse sintomático, o afastamento deveria ser mantido até que ficasse assintomático durante 3 dias. Assim como, caso o teste do profissional desse positivo, este deveria seguir o fluxo para profissionais infectados já descrito (48).

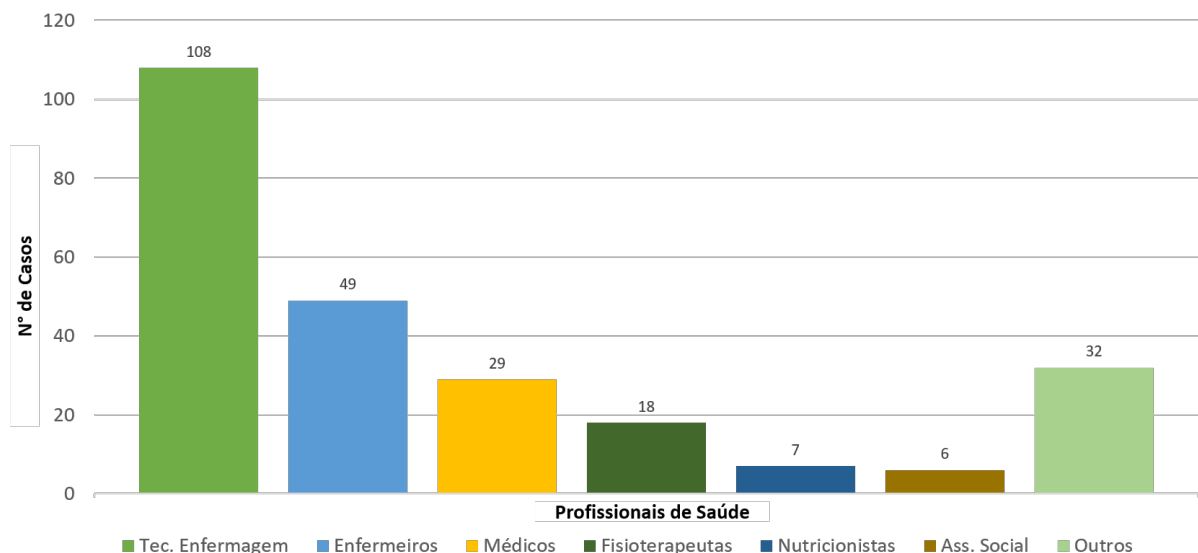
### **5.3 Infecção dos Profissionais:**

Embora tenham sido criados protocolos para proteção dos profissionais, muitos foram infectados nesse período. De uma maneira geral, até o dia 7 de dezembro de 2020, em toda unidade houve uma taxa de contaminação de 392 funcionários de diversos setores como porteiros, técnicos, copeiras, secretárias, seguranças, eletricitas, etc. Desses 392 profissionais, cerca de 63,5% (249 casos) eram profissionais da área de saúde. Dentre eles, os técnicos de enfermagem lideraram os números de casos

(43,4%), seguidos dos profissionais de enfermagem (19,7%), dos médicos (11,6%), fisioterapeutas (7,2%), nutricionistas (2,8%) e assistentes sociais (2,4%). Além disso, farmacêuticos e maqueiros registraram cinco casos, seguidos dos técnicos de patologia clínica, técnicos de laboratório, auxiliares de enfermagem e psicólogos com quatro casos cada, bioquímicos com três casos registrados e, com um menor número de casos, os técnicos de radiologia com dois casos.

**GRÁFICO 1 – NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO INSTITUTO INFECTADOS PELO NOVO CORONAVÍRUS DE MARÇO A DEZEMBRO DE 2020.**

(N= 249)



Fonte: Documentos fornecidos pelo ICOM, 2020

Legenda: Outros (Técnicos de radiologia, de patologia clínica e de laboratório, auxiliares de enfermagem, psicólogos, maqueiros, farmacêuticos e bioquímicos)

Alguns casos de infecção de profissionais de saúde comoveram muito o hospital e toda sua equipe. Dentre os infectados, dois médicos foram internados no hospital em estado grave e necessitaram de intubação. Além disso, uma enfermeira de 42 veio a óbito, sendo a única morte relatada de um funcionário profissional da área da saúde na unidade.

#### **5.4 Assistência aos Pacientes**

Ao estabelecer que era uma unidade COVID-19, o instituto passou a receber casos suspeitos e realizar testes diagnósticos, com o passar do tempo, houve um aumento gradativo no número de casos confirmados. O instituto realizou 1.422 atendimentos de síndrome gripal na unidade de pronto atendimento (emergência), sendo 25,5% dos casos confirmados laboratorialmente. Já nas UTIs foram notificados 2.252 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), número esse que representa 5,6% das notificações do estado, sendo assim o ICOM se tornou uma das unidades mais notificadoras de SRAG na Bahia. Os sintomas mais observados foram: tosse, dispneia, febre e desconforto respiratório. Quanto às comorbidades, as mais apresentadas como fator de risco foram: doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade. Já em relação ao perfil dos pacientes internados, em sua maioria, era composta por homens, na faixa etária de 60-69 anos.

Visando um melhor atendimento destes pacientes que chegavam à unidade com suspeita de infecção pelo novo coronavírus, foram criados protocolos para acolhimento, condutas médicas, internação na UTI ou enfermarias, além da alta médica. Entretanto, desde o dia 20 de março de 2020 o hospital só estava recebendo pacientes que eram enviados pela Central Estadual de Regulação (CER) e casos suspeitos de funcionários da instituição.

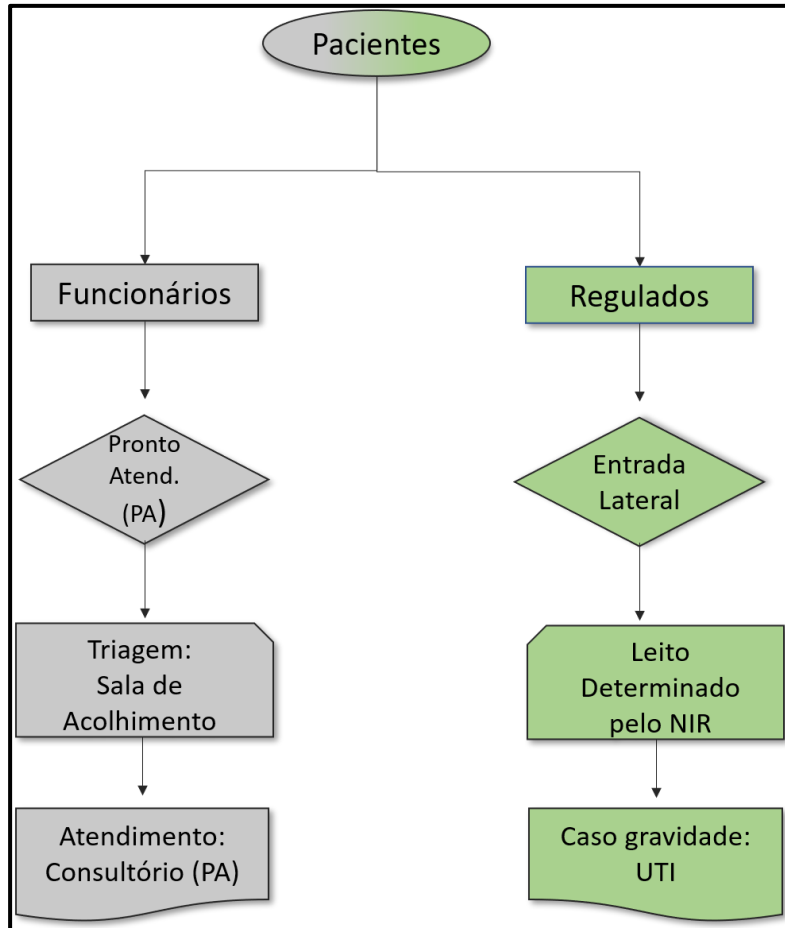
Dessa forma, os pacientes que eram funcionários entravam pelo Pronto Atendimento (PA), recebiam máscara cirúrgica e aguardavam atendimento em cadeiras sinalizadas no próprio PA. A triagem desses pacientes era na Sala de Acolhimento, antiga sala de Procedimentos do PA pediátrico e na sala de acolhimento do PA adulto. Quanto ao atendimento, os pacientes eram atendidos nos consultórios do PA, esses eram higienizados após cada atendimento. Junto ao atendimento, o médico já realizava o teste de Swab para a pesquisa do coronavírus, auxiliado por um técnico de enfermagem responsável também por levar o material colhido para o laboratório.

Já aqueles encaminhados pelo CER, que chegavam de ambulância, adentravam a unidade pela entrada lateral, próximo à sala de Estabilização. Esses ao serem regulados e admitidos, realizado teste e exames, eram encaminhados para seu leito



já determinado pelo Núcleo de Regulação Interna (NIR), em casos de gravidade era solicitada uma vaga na UTI.

**FLUXOGRAMA 1 – FLUXO DE ADMISSÃO, TRIAGEM E ATENDIMENTO DOS PACIENTES FUNCIONÁRIOS E REGULADOS PELO CER.**



Fonte: Protocolo de Assistência à Pacientes Suspeitos de COVID-19 do ICOM, 2020.

Para o seguimento clínico dos pacientes na enfermaria foram estabelecidas algumas recomendações em relação à monitorização, oxigenação, hidratação, anticoagulação e uso de algumas medicações como ilustrado no quadro abaixo (Quadro 6). Caso os pacientes apresentassem sinais de gravidade, eram encaminhados para as UTIs, seguindo os critérios do Quadro 8.

### QUADRO 6 – SEGUIMENTO CLÍNICO DOS PACIENTES NA ENFERMARIA

SEGUIMENTO CLÍNICO NA ENFERMARIA	
1	Monitorização dos dados vitais, temperatura e oximetria (a cada 6 horas);
2	Suporte de O2 em cateter nasal. Fluxo mínimo: 5L/min;
3	Em caso de broncoespasmo utilizar salbutamol inalatório. Evitar corticoide sistêmico e nebulização;
4	Anticoagulação profilática com heparina (ausência de contraindicação);
5	Hidratação parcimoniosa, evitar bolus. Corrigir distúrbios hidroeletrolíticos. Avaliar necessidade de Furosemida;
6	Utilizar paracetamol e dipirona, em detrimento dos AINES;
7	Não suspender IECA e BRA em pacientes com uso prévio;

Fonte: Protocolo de Assistência à Pacientes Suspeitos de COVID-19 do ICOM, 2020.

Com relação ao seguimento laboratorial também foram estabelecidas recomendações como descritas no Quadro 7. Vale ressaltar que aqueles pacientes com suspeita clínica e epidemiológica, além de achados radiológicos condizentes com a apresentação do COVID-19, que tivessem teste do Swab negativo, deveriam realizar pesquisa de escarro RT-PCR para coronavírus.

### QUADRO 7 – EXAMES LABORATORIAIS E SEUS RESPECTIVOS TEMPO DE COLETA PARA SEGUIMENTO LABORATORIAL DOS PACIENTES.

SEGUIMENTO LABORATORIAL	
A CADA 24 HORAS:	A CADA 48 HORAS:
Hemograma	PCR
Creatinina	LDH
Ureia	TGO/TGP
Eletrólitos	Bilirrubina, TTPa, CK total.

Fonte: Protocolo de Assistência à Pacientes Suspeitos de COVID-19 do ICOM, 2020.

O seguimento radiológico acontecia naqueles pacientes que apresentavam piora clínica com fatores de risco para quadros graves, caso a Tomografia Computadorizada (TC) inicial não apresentasse alterações. Para aqueles pacientes que na TC já apresentou alterações radiológicas típicas de COVID-19 não era necessária repetição do exame, mesmo que esses apresentassem piora clínica, seu seguimento se dava de acordo com seu quadro clínico.

### QUADRO 8 – CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO NA UTI

CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO NA UTI
Necessidade de $O_2 > 5L/min$ para manter $SatO_2 > 93\%$
$FR > 24ipm$ ou retenção de $CO_2$ ( $PaCO_2 > 50 mmHg$ e/ou $pH < 7,25$ )
Relação $PaO_2/FIO_2 < 300$
Sepse ou choque séptico
Sinais de hipoperfusão tecidual (Lactato $> 2,0$ )
Disfunções orgânicas agudas: IRA, RNC, Insuficiência Hepática

Fonte: Protocolo de Assistência à Pacientes Suspeitos de COVID-19 do ICOM, 2020.

Os critérios para alta hospitalar se baseavam na melhora clínica dos pacientes, diante disso, estabeleceu-se que este deveria estar afebril por, pelo menos, 72 horas (3 dias), além de apresentar uma curva de melhora tanto em relação sintomas respiratórios e quanto aos exames laboratoriais. Além disso, eram evitadas altas da UTI direto para residência, os pacientes eram orientados em relação à piora dos sintomas, devendo retornar ao hospital e, por fim, eram dadas orientações em relação à quarentena presentes no Quadro 9 (49).

**QUADRO 9 – ORIENTAÇÕES DE QUARENTENA E ISOLAMENTO DOMICILIAR  
PARA OS PACIENTES QUE RECEBIAM ALTA.**

ORIENTAÇÕES DE ISOLAMENTO DOMICILIAR
Permanecer em isolamento domiciliar por 14 dias ou resolução dos sintomas
Manter distância dos familiares, em ambiente privativo e com ventilação natural
Utilizar máscara cirúrgica descartável se precisa sair ou entrar em contato com outras pessoas
Cobrir o nariz e a boca com lenço descartável ao tossir ou espirrar
Higienizar as mãos com frequência, com água e sabão ou álcool em gel (70%)

Fonte: Protocolo de Assistência à Pacientes Suspeitos de COVID-19 do ICOM, 2020.

### 5.5 Humanização

O hospital também ampliou o seu serviço de comunicação, para auxiliar nesse momento. Dessa maneira, o Serviço Social, por exemplo, passou a realizar a ficha social do paciente através de ligações para a família, já que nesse momento não poderiam mais ir à beira leito coletar os dados diretamente com o paciente. *“A gente ligava, se apresentava e explicava ao familiar que aquele questionário era para o prontuário do paciente”*, explica uma Assistente Social sobre a nova forma de coleta de dados. Além disso, foi criado um serviço de atendimento realizado por médicos, visando uma maior acessibilidade aos pacientes. Esse serviço oferecia orientações quanto aos boletins médicos diários, sobre os outros serviços que eram da unidade e orientações gerais quanto à pandemia do coronavírus.

Outro mecanismo utilizado para amenizar a questão do isolamento e da falta de visita aos pacientes foi a adaptação do Clube de Cartas, que já existia no hospital, porém, nesse momento com uma nova estrutura. Os familiares então enviavam cartas por e-mail, essas cartas eram imprimidas pelo Serviço Social e lidas pelas enfermeiras à beira do leito do paciente. *“Foi muito emocionante, inclusive foi matéria do jornal local”*, relata a coordenadora de enfermagem da unidade. Não só para os pacientes, mas esse serviço de humanização também era realizado com os funcionários. Caso esses fossem elogiados através da ouvidoria, recebiam um certificado (Fotografia 1) pelo

bom atendimento prestado. E para aqueles que eram afastados, quando retornavam, recebiam uma carta de boas-vindas e de agradecimento pelos serviços prestados.

### FOTOGRAFIA 1 – CERTIFICADO DE ELOGIO



Fonte: Foto concedida pelo Instituto Couto Maia, 2020.

Nesse cenário, *“nós tivemos mais óbitos nessa época de pandemia, do que nos últimos cinco anos”*, lamenta a diretora do hospital, acrescentando que o Serviço Social e a Psicologia foram fundamentais no processo de informar e orientar as famílias sobre essa questão dos óbitos. Dessa forma, as informações sobre os óbitos eram passadas às 10, 15 e 19 horas, pelos profissionais de saúde juntamente com um dos membros da psicologia para que pudesse ser realizado um acolhimento se necessário.

### 5.5.1 Enfrentamento ao Sofrimento

*“O enfrentamento não é só em relação ao combate ao vírus, o enfrentamento muito difícil também é ao sofrimento”* relata uma psicóloga da equipe de psicologia do instituto, equipe essa que é formada por quatro psicólogas que atuam no atendimento aos pacientes, familiares e funcionários e uma somente para atendimentos virtuais. Percebeu-se, assim, um aumento de sentimentos como ansiedade e medo, o que gera um impacto emocional em todas as partes envolvidas no processo, além do sofrimento. Para acolher essa demanda, os atendimentos passaram a ser de acordo com a necessidade, *“sabendo que algumas reações são normais diante desse contexto anormal”*, completa a psicóloga. Então, para os pacientes, o atendimento psicológico passou a ser realizado através de interconsultas e não mais como um rastreio.

Ainda com o objetivo de amenizar o sofrimento, criou-se, em abril de 2020, uma Comissão de Cuidados Paliativos. Formada por uma equipe multiprofissional, dispoñdo de profissionais médicos, assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros, que buscavam promover o conforto, principalmente para aqueles pacientes com pior prognóstico. Como tratava-se de um novo núcleo, foram necessários treinamentos e capacitações, realizados a partir de conferências *online* e da disponibilização de textos, artigos e do protocolo para cuidados paliativos da SESAB. Dessa maneira, os médicos que atuavam na assistência aos pacientes com COVID-19 identificavam aqueles que poderiam necessitar de um acompanhamento da equipe de palição, entravam em contato com o serviço social, que acionava a Comissão. Com a avaliação da equipe, quando definido que o paciente se enquadrava nos critérios para palição, estabelecia-se o plano de tratamento e entravam em contato com a família por vídeo chamada. A partir disso, após o consentimento da família, eram realizadas medidas para promover o conforto do paciente, tratando a dor física e psicológica.

Já para os profissionais, existia o primeiro cuidado psicológico (PCP), que contava com grupos de suporte virtual, identificação de profissionais mais vulneráveis e encaminhamentos ao serviço de psiquiatria. Além disso, notou-se que os profissionais estavam experimentando sensações como exaustão, sobrecarga e sentimento de impotência. Esses profissionais acabavam se afastando de familiares com medo

infectá-los e ainda estavam expostos constantemente à dor do outro, ao sofrimento e à morte. Fatores que podem levar os profissionais a desenvolver depressão, Síndrome de Burnout e Transtorno do Estresse Pós-Traumático, “já estamos percebendo isso”, concluiu a psicóloga.

## **6 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

Diante do novo cenário, com o crescente número de infectados pelo Sars-Cov-2 necessitando de internação hospitalar, o Instituto Couto Maia necessitou ampliar a sua capacidade de atendimento de forma segura, visando a proteção dos profissionais que trabalham no hospital e dos pacientes. Essas mudanças ocorreram de forma concomitante com a admissão dos pacientes, para isso fez-se necessário traçar estratégias de maneira dinâmica, com base na experiência dos profissionais e nas, até então, escassas diretrizes nacionais e internacionais. Dessa forma, foram criados protocolos de atendimento, de tratamento e de uso dos EPIs em cada setor, já que se tratava de uma doença, até então desconhecida. Além disso, necessitou-se organizar os fluxos de pacientes e profissionais, transferir setores e pacientes para outras sedes da Secretaria Estadual de Saúde, abrir de mais de 39 leitos de enfermagem e UTI, e contratar mais de 700 funcionários. O instituto também adequou alguns de seus serviços para um atendimento não presencial: o preenchimento da ficha social, os boletins médicos diários e o Clube de Cartas, que já existiam, passaram a ser realizados em uma diferente configuração, sendo adaptados à nova realidade.

Frente à decisão de tornar-se um hospital de atendimento somente à COVID-19, necessitou-se expandir o sistema de acolhimento. A abertura de novos leitos de UTI, a transformação de leitos já pré-existent em novos leitos de terapia intensiva e a transferência de pacientes sem a COVID-19 para outros hospitais, foram estratégias utilizadas não só pelo instituto estudado, mas também por hospitais de referência ao redor do mundo, como na França e em Cingapura (21–23). A contratação de novos funcionários destacou-se como uma solução encontrada para otimizar e garantir o atendimento aos pacientes, junto a isso, um ponto evidenciado por outros estudos, e que o instituto também adotou, foram os treinamentos. A preparação e educação do profissional de saúde é mencionado em diversos artigos como uma das principais etapas no combate ao novo coronavírus, através de orientações quanto à utilização e

descarte de EPIs, simulações de intubação, medidas educativas quanto à quarentena, atualizações epidemiológicas e programas de aprendizado *online* (21–24,50,51).

Por se tratar de uma doença infectocontagiosa, o distanciamento social foi uma das medidas encontradas por todo o mundo para conter a propagação do vírus (52). Com isso, alguns serviços que eram realizados presencialmente precisaram ser reformatados para se adequar aos novos protocolos, assim como o contato da família com o paciente. No Hospital Presbiteriano de Nova York, não diferente do hospital de referência do presente artigo, a comunicação virtual com a utilização de chamadas de vídeo, mostrou-se uma ferramenta de extrema importância para a família, os pacientes e os profissionais (21). Não obstante, como no instituto em questão existiam outros serviços de comunicação, estes foram adaptados nessa nova conjuntura, a exemplo do Clube de Cartas, que por ser um serviço já de conhecimento da unidade, facilitou a sua reformulação para atender essa demanda. Um plano importante traçado pelo instituto e por outros hospitais, como na França, foi a criação de um Gabinete de Crise, para que se pudesse discutir sobre as demandas que surgiam, a quantidade de EPIs e sobre novas estratégias que poderiam ser realizadas, trazendo assim um nível organizacional necessário para o momento (22).

Quanto ao controle de infecções hospitalares diversos mecanismos foram adotados para reduzir a taxa de infecção nosocomial da COVID-19. Estratégias de segregação e vigilância, como reduzir as entradas do hospital, limitação das visitas aos pacientes, delimitações de áreas contaminadas e não-contaminadas e evitar o cruzamento de profissionais de diferentes setores, estiveram presentes também em hospitais em Taiwan e Cingapura (23,24). São medidas extremamente importantes, visto que restringir a forma de entrada no hospital, pode garantir um melhor controle do acesso, e junto com a limitação de trânsito entre setores tendem a reduzir a taxa de contaminação intra-hospitalar. Uma maneira encontrada pelo ICOM para diminuir o cruzamento de profissionais foi a criação e ampliação de refeitórios e dormitórios em cada setor, estratégia realizada de maneira diferente por um hospital Taiwanês, que decidiram fechar todos os locais de refeições, deixando somente comidas para viagem (23).



Outro ponto importante para minimizar os riscos de contato com o vírus é a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), sabendo dessa importância, o instituto se inspirou em diretrizes nacionais e internacionais e criou protocolos de utilização de EPIs para cada setor, já que a exposição ao vírus é diferente a depender da área de atuação (52). Sendo assim, de maneira geral, seguindo recomendações do Ministério da Saúde e que estão também de acordo com os Centros Coreanos para Controle e Prevenção de Doenças, foram utilizados os seguintes materiais na proteção dos profissionais: gorro, óculos de proteção ou protetor facial, máscara, avental impermeável de mangas compridas e luvas de procedimento (21,52).

Entretanto, não somente a utilização garante a proteção, são necessárias também outras ações como higiene correta das mãos, evitar tocar no rosto, colocar e retirar os EPIs de forma adequada, além de descartar e reutilizá-los corretamente (52,53). E com base nisso, a unidade estudada adotou essas medidas, indicando a sequência correta de colocar e retirar os EPIs, frisando a importância dos outros pontos supracitados, assim como orientado pelo Conselho Federal de Enfermagem (52). Além disso, uma solução pensada pela instituição para permitir que o profissional utilizasse a máscara por mais tempo, foi a higienização da máscara, através de raios ultravioletas, após uma semana de uso. Essa medida está em consonância com as recomendações feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que ainda preconiza o uso por cerca de 6 horas do respirador, seja FFP2, N95 ou similar, dentro de Unidades de Terapia Intensiva com pacientes infectados pelo novo coronavírus (54). Por fim, também respaldada pelas orientações do Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a unidade estabeleceu fluxos para aqueles profissionais sintomáticos ou contactantes, estes deveriam ser afastados imediatamente do trabalho, até teste RT-PCR negativo ou após 10 dias do início dos sintomas (52).

Apesar dos esforços para evitar a infecção dos profissionais de saúde, foram registrados casos no hospital de funcionários que contraíram a COVID-19. Ao final do ano de 2020, foram contabilizados 249 casos de infecção em profissionais da área da saúde, dentre os profissionais infectados destacam-se os técnicos de enfermagem e os enfermeiros que representam juntos mais de 60% dos casos. De forma análoga,

em todo o estado da Bahia os técnicos de enfermagem e enfermeiros infectados representaram cerca de 50% dos casos (15), demonstrando a vulnerabilidade e um maior índice de infecção nesses profissionais.

O tratamento dos pacientes baseava-se na gravidade do quadro, sendo assim, o instituto determinou um protocolo para manejo clínico nas enfermarias e critérios para internação na UTI, já que os quadros graves necessitam ser acompanhados em unidades de terapia intensiva. As medidas utilizadas foram de suporte, como oxigenação, monitorização, hidratação e anticoagulação profilática, não utilizando drogas como Cloroquina ou Hidroxicloroquina, já que não fazem parte das recomendações de manejo clínico e tratamento adotados pela instituição, que está de acordo com o Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (55).

O impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais também foi relatado por outros estudos, já que os trabalhadores não estavam enfrentando somente o vírus e o risco de infecção hospitalar, mas também o sofrimento, a exaustão, a angústia, o medo e o distanciamento da família (21,22,24,50,56). As soluções encontradas por outros hospitais não foram diferentes, assim como no ICOM, foram ofertados recursos de apoio psicológico individual e em grupo, virtual e presencial, de acordo com a necessidade do profissional (21,23). Na Coreia foi também estimulada a prática de alongamentos, exercícios físicos e alimentação saudável, também recomendadas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) como estratégias de cuidado psíquico (50,56). Entretanto, ainda assim o profissional está exposto diariamente a fatores de risco para a depressão, síndrome de Burnout e TEPT que podem se desenvolver a longo prazo, ainda que alguns sinais já possam ser notados (56).

Diante dos protocolos de segurança estabelecidos, principalmente em relação à entrada no hospital e das recomendações de distanciamento social, as entrevistas necessitaram ser realizadas de maneira virtual, o que limitou o contato com alguns gestores e o acesso a algumas documentações que poderiam ser importantes para

realização da pesquisa. O número de artigos com o mesmo tema também era escasso, já que se tratava de uma situação nova e não houve a publicação de todos os protocolos realizados por outros hospitais, o que dificultou o processo de discussão. Algumas medidas tiveram que ser realizadas de acordo com a demanda e não foram ainda documentadas e disponibilizadas pelo hospital, sendo assim, abre-se espaço para novas pesquisas, visando englobar as atualizações dos protocolos que ocorrem de maneira dinâmica.

Apesar das limitações apresentadas, o estudo conseguiu documentar as principais adaptações realizadas pelo Instituto Couto Maia, além de descrever os protocolos de controle de infecções, fluxos de profissionais e estratégias utilizadas no enfrentamento ao vírus. Dessa forma, diante de novos cenários que demandem esforços similares ou até mesmo de uma nova pandemia, tendo em mãos os registros apresentados na presente pesquisa, as mudanças poderão ser realizadas de maneira mais rápida, otimizando o atendimento e, conseqüentemente, salvando mais vidas. Por fim, ainda pode servir como documentação de um momento histórico vivido por todo o mundo.

## REFERÊNCIAS

1. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. Vol. 55, *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2020.
2. OPAS/OMS Brasil. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia [Internet]. Banco de notícias. 2020. p. 3. [Acesso em 12 jan. 2021]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812)
3. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. Transmission of 2019-NCOV infection from an asymptomatic contact in Germany. *N Engl J Med*. 2020;382(10):970–1.
4. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020;382(13):1199–207.
5. Institutes ON, Panel TG. COVID-19 Orientação clínica provisória para o manejo de pacientes com doença com rmada por coronavírus ( COVID-19 ) Resumo das Mudanças Recentes Período de incubação [Internet]. 2021. p. 1–14. [Acesso em 12 mai. 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html#print>
6. Oran DP, Topol EJ. The Proportion of SARS-CoV-2 Infections That Are Asymptomatic. *Ann Intern Med*. 2021;(November 2020):1–9.
7. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;323(11):1061–9.
8. Nanshan Chen 1 , Min Zhou 2 , Xuan Dong 1 , Jieming Qu 2 , Fengyun Gong 3 , Yang Han 4 , Yang Qiu 5 , Jingli Wang 3 , Ying Liu 6 , Yuan Wei 1 , Jia'an Xia 1 , Ting Yu 1 , Xinxin Zhang 7 LZ. Epidemiological and Clinical Characteristics of 99 Cases of 2019 Novel Coronavirus Pneumonia in Wuhan, China: A DescriptNanshan Chen 1 , Min Zhou 2 , Xuan Dong 1 , Jieming Qu 2 , Fengyun Gong 3 , Yang Han 4 , Yang Qiu 5 , Jingli Wang 3 , Ying Liu 6 , Yuan. *Lancet*. 2020;395(10223):507–13.
9. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497–506.
10. Li X, Zai J, Wang X, Li Y. Potential of large “first generation” human-to-human transmission of 2019-nCoV. *J Med Virol*. 2020;92(4):448–54.
11. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1708–20.
12. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;323(13):1239–42.

13. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico especial n43 [Internet]. 2020. [Acesso em 12 jan. 2021]. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/30/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_43\\_final\\_coe.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/30/boletim_epidemiologico_covid_43_final_coe.pdf)
14. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Boletim epidemiológico - BAHIANº 282. 2020. [Acesso em 12 jan. 2021]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/12/31/bahia-registra-2-862-novos-casos-da-covid-19-nas-ultimas-24-horas/>
15. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Boletim Epidemiológico - Infográfico N282 [Internet]. 2020. [Acesso em 12 jan. 2021]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/12/31/bahia-registra-2-862-novos-casos-da-covid-19-nas-ultimas-24-horas/>
16. Cruz O, Cat U, Federal U, Quadro N. NOTA TÉCNICA ASSUNTO : ADAPTAÇÃO DA CAPACIDADE HOSPITALAR EM RESPOSTA À PANDEMIA POR COVID-19 [Internet]. 2020. [Acesso em 12 jul. 2020]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/adaptacao-da-capacidade-hospitalar-em-resposta-pandemia-por-covid-19>
17. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Instituto Couto Maia [Internet]. 2020. p. 6–8. [Acesso em 12 jul. 2020]. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br>
18. ICOM ICM. ICOM amplia número de leitos para atender casos de Covid-19 [Internet]. Salvador; 2020. [Acesso em 12 jul. 2020]. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br/icom-amplia-numero-de-leitos-para-atender-casos-de-covid-19/>
19. Instituto Couto Maia. Boletim COVID-19 2020 : um ano ímpar [Internet]. 2020. [Acesso em 20 mai. 2021]. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br/>
20. Instituto Couto Maia. Quem Somos [Internet]. 2012. p. 2010–1. Available from: <http://www.institutocoutomaia.com.br/quem-somos/>
21. 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.
22. Lucet J, Bendjelloul G, Bouadma L, Gerard S, Choquet C, Jacques S, et al. Challenges and issues about organizing a hospital to respond to the COVID-19 outbreak: experience from a French reference centre. 2020;26(1).
23. Goh KJ, Wong J, Tien JCC, Ng SY, Duu Wen S, Phua GC, et al. Preparing your intensive care unit for the COVID-19 pandemic: Practical considerations and strategies. *Crit Care.* 2020;24(1):1–12.
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. Ministério da Saúde. Sobre a doença O que é COVID-19 Ministério da Saúde O que é o coronavírus ? Quais são os sintomas Como é transmitido Como se proteger Dicas para viajantes [Internet]. Ministério da Saúde. 2020. p. 1–4. [Acesso em 20 dez.

- 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>
26. World Health Organization. WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020 [Internet]. 2020. [Acesso em 20 abr. 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>
  27. Zhou P, Yang X Lou, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* [Internet]. 2020;579(7798):270–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>
  28. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, Groot RJ De, Gulyaeva AA, Haagmans BL, et al. The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group. *Biorxiv* (Cold Spring Harb Lab [Internet]. 2020;1–15. [Acesso em 13 nov. 2020]. Disponível em: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.02.07.937862v1.full>
  29. Perlman S. Another Decade, Another Coronavirus. *N Engl J Med*. 2020;382(8):760–2.
  30. World Health Organization. Novel Coronavirus ( 2019-nCoV ) 22 January 2020 [Internet]. WHO Bulletin. 2020. [Acesso em 10 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200122-sitrep-2-2019-ncov.pdf>
  31. World Health Organization. Q&A on coronaviruses (COVID-19) [Internet]. 2020. [Acesso em 10 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
  32. World Health Organization. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic Preparedness and Response Plan. 2020.
  33. Prateek B, Doolan C, Silva C da, Chughtai AA, Bourouiba L, MacIntyre RC. Airborne or droplet precautions for health workers treating COVID-19? *J Infect Dis*. 2020;189:1–4.
  34. Bourouiba L. Turbulent Gas Clouds and Respiratory Pathogen Emissions: Potential Implications for Reducing Transmission of COVID-19. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;323(18):1837–8.
  35. Infectious Diseases Society of America. Guidelines on the Diagnosis of COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-diagnostics/>
  36. Shen P, Fillatreau S, Thase ME, Mahableshwarkar AR, Dragheim M, Loft H, et al. The Laboratory Diagnosis of COVID-19-- Frequently-Asked Questions. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2015;26(6):1–15. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924977X16300050%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27139079>
  37. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial [Internet]. Vol. 23. 2020. [Acesso em 20 dez. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/boletins-epidemiologicos>
  38. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico especial [Internet]. Brasil; 2020. [Acesso

- em 20 dez. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/boletins-epidemiologicos>
39. Ministério da Saúde. Boletim CoVida - A SAÚDE DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19 [Internet]. 2020. [Acesso em 7 fev. 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/boletins-epidemiologicos>
  40. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Boletim Epidemiológico - 29/05/2020. 2020.
  41. ICOM ICM. Uso de EPIs no Pronto Atendimento [Internet]. Vol. 95. Salvador; 2020. [Acesso em 20 dez. 2020]. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br>
  42. ICOM ICM. Uso de EPIs na UTI [Internet]. Salvador; 2020. [Acesso em 20 dez. 2020]. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br>
  43. ICOM ICM. Uso de EPIs para coleta de Amostras de Laboratório nas Unidades Coorte - UTI I e II [Internet]. Salvador; 2020. [Acesso em 20 dez. 2020]. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br>
  44. ICOM ICM. Fluxo de Uso de EPI na Enfermaria [Internet]. Salvador; 2020. [Acesso em 20 dez. 2020]. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br>
  45. ICOM ICM. Uso de EPI para Equipes de Bioimagem e Solicitação de Exames de Imagem no Contexto de Pandemia de COVID-19. [Internet]. Salvador; 2020. [Acesso em 20 dez. 2020]. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br/>
  46. ICOM ICM. Uso de EPI na CME [Internet]. Salvador; 2020. [Acesso em 20 dez. 2020]. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br>
  47. ICOM ICM. Fluxo de Profissional Assintomático [Internet]. Salvador; 2020. [Acesso em 20 dez. 2020]. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br>
  48. ICOM ICM. Fluxo de Contato Confirmado [Internet]. Salvador; 2020. [Acesso em 20 dez. 2020]. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br>
  49. ICOM ICM. Protocolo Atendimento dos Pacientes [Internet]. Salvador; 2019. [Acesso em 20 dez. 2020]. Disponível em: <http://www.institutocoutomaia.com.br>
  50. Huh S. How to train health personnel to protect themselves from SARS-CoV-2 (novel coronavirus) infection when caring for a patient or suspected case. *J Educ Eval Health Prof.* 2020;17:1–6.
  51. Choi GYS, Wan WTP, Chan AKM, Tong SK, Poon ST, Joynt GM. Preparedness for COVID-19: in situ simulation to enhance infection control systems in the intensive care unit. *Br J Anaesth.* 2020;125(2):e236–9.
  52. 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.
  53. COREN C. Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs) [Internet]. Vol. 2020, Cartilha. [Acesso em 27 dez. 2020]. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+Técnica+n+04-2020+GVIMS-GGTESANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>

54. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) and considerations during severe shortages. *Who* [Internet]. 2020;(April):1–28. [Acesso em 10 dez. 2020]. Disponível em:<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331695>
55. Falavigna M, Colpani V, Stein C, Pontes Azevedo LC, Bagattini AM, de Brito GV, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of COVID-19. The task force/consensus guideline of the Brazilian Association of Intensive Care Medicine, the Brazilian Society of Infectious Diseases and the Brazilian Society of Pulmonology and Tisiology. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020;32(2):166–96.
56. Fundação Oswaldo Cruz. Saude Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19 [Internet]. Ministério da Saúde. 2020. [Acesso em 12 jan. 2021]. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha\\_recomendacoes\\_gerais\\_06\\_04.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04.pdf)



## APÊNDICE A – TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (FORMATO ELETRÔNICO)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ADAPTAÇÕES REALIZADAS NA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS E PROTOCOLOS DESENVOLVIDOS PARA ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DO COVID-19 EM UM INSTITUTO ESPECIALIZADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS NA BAHIA”, que tem como objetivo descrever, registrar e documentar as adaptações na área de recursos humanos e protocolos desenvolvidos para enfrentamento a pandemia do covid-19 em um instituto especializado em doenças infecciosas na Bahia, 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 responderá a um questionário online com questões que abordam perguntas gerais como cargo e tempo na instituição, sexo e se já teve COVID-19. Além do questionário serão realizadas entrevistas semiestruturadas através da plataforma “Zoom” com duração de 40min cada. Nessas entrevistas serão abordados apenas temas relacionados à instituição, como as adaptações realizadas, quantidade de funcionários contratados e protocolos realizados.

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 ao questionário e de participar da entrevista, sem qualquer prejuízo para você. Os questionários, após respondidos, são enviados, automaticamente para o Google Drive da pesquisa e, como não serão nominados, não será possível a sua identificação. Já as entrevistas serão gravadas para posterior transcrição no Word, possibilitando assim o registro das adaptações realizadas. O benefício dessa pesquisa é que você estará participando de uma documentação de um momento histórico e ficará registrado para a eternidade, além de possuírem esses registros para que tais mudanças possam ser realizadas de formas mais sistematizadas em um cenário futuro.

Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em congressos e revistas científicas e os pesquisadores garantem guardar sigilo em relação à identidade dos participantes.

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: Victor Sena Santos Sales, pelo telefone (71)986229438 ou pelo e-mail [victorsales17.2@bahiana.edu.br](mailto:victorsales17.2@bahiana.edu.br); ou com a orientadora Dra. Ceuci de Lima Xavier Nunes pelo telefone (71) 9 9963-4668 ou e-mail [ceuci.nunes@gmail.com](mailto:ceuci.nunes@gmail.com). Em caso de dúvida quanto aos seus direitos ou denúncia, entre

em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Couto Maia Rua Coronel Azevedo, s/n Cajazeiras II - Salvador Bahia- CEP 41332-010. Telefone.: (71) 3103.7150

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, você deverá clicar se concorda em participar da pesquisa. Caso aceite, será direcionado, automaticamente, ao questionário. Ao clicar em “concordo em participar” você estará concordando com esse documento.

**CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA**

**NÃO CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA**

## **APÊNDICE B – PERGUNTAS DAS ENTREVISTAS**

### **Base Para todos os Setores:**

1. Qual foi o maior impacto que a pandemia gerou na unidade?
2. Quais as adaptações que precisaram ser realizadas pelo Setor?
3. Quais as estratégias utilizadas para atender o crescente número de pacientes infectados pelo novo coronavírus?
4. Houve alguma inspiração para realização das mudanças? Se sim, quais foram?
5. Quais os principais desafios apresentados?
6. Sobre todo o processo, faria algo de diferente?

### **Perguntas Específicas:**

#### Diretoria Geral

1. Houve mudanças de protocolos? Se sim, quais?
2. O instituto estava preparado para essa pandemia?
3. Tiveram casos de infecção por covid-19 dos funcionários? Quantos?
4. O Instituto está atendendo apenas pacientes de COVID-19?

#### Enfermagem

1. Quais os protocolos adotados?
2. Como estava sendo realizada a proteção dos profissionais?
3. Como estava sendo realizado o fluxo de pacientes e funcionários?

#### Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

1. Quais adaptações realizadas para controle de infecções?
2. Houve aumento ou redução nas taxas de infecção?

#### Psicologia e Serviço Social

1. Houve alguma implementação de projetos para cuidados da saúde mental dos pacientes? E dos profissionais?
2. Perceberam alguma mudança emocional dos profissionais de saúde com essa nova demanda?

Recursos Humanos:

1. Foi necessário contratar novos funcionários? Quantos? E de qual especialidade?
2. Foi preciso estabelecer algum tipo de treinamento?
3. Os profissionais recém-contratados estavam preparados para a nova demanda?
4. Em relação aos funcionários que já trabalhavam na instituição, eles estavam preparados? Foi necessário realizar algum treinamento?

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

HOSPITAL COUTO  
MAIA/SES/BA



### PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADAPTAÇÕES REALIZADAS NA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS E PROTOCÓLOS DESENVOLVIDOS PARA ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DO COVID-19 EM UM INSTITUTO ESPECIALIZADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS NA

**Pesquisador:** Ceuci de Lima Xavier Nunes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37141620.5.0000.0046

**Instituição Proponente:** Hospital Couto Maia/SES/BA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.257.059

#### Apresentação do Projeto:

A pandemia do novo coronavírus provocou mudanças em todo o mundo, fazendo com que novos hábitos de higiene, cuidado e interação social fossem adotados. Além disso, gerou um colapso em muitos sistemas de saúde que não estavam preparados para receber a quantidade de pacientes e dar o suporte necessário. Na Bahia, por exemplo, em relação à ocupação dos leitos de UTI, até o dia 24 de maio, dos 1.475 leitos disponíveis do Sistema Único de Saúde (SUS) na Bahia, exclusivos para Covid-19, 728 possuíam pacientes internados, o que representa uma taxa de ocupação de 49%. Diante do cenário atual fazem-se necessárias mudanças estruturais, organizacionais, de protocolos, fluxo de pessoas e de recursos humanos, visando atendimento de todas as necessidades de um paciente em estado grave do COVID-19 e a proteção dos profissionais de saúde. Desta forma, esta pesquisa tem como objetivo descrever, registrar e documentar as adaptações na área de recursos humanos e protocolos desenvolvidos para enfrentamento a pandemia do covid-19 em um instituto especializado em doenças infecciosas na Bahia. A partir de um estudo documental descritivo com abordagem qualitativa, no Instituto Couto Maia (ICOM) que é uma unidade de referência, vinculada com o Sistema Único de Saúde (SUS). As informações sobre as alterações de protocolos e de recursos humanos serão obtidas através do site da instituição, documentos disponibilizados, entrevistas

**Endereço:** Rua Coronel Azevedo, s/n Cajazeiras II Setor IV 2 Aguas Claras  
**Bairro:** Aguas 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: 4.257.059

semiestruturadas e questionários realizados com os gestores do instituto. Através das quais se espera obter uma documentação sobre as adaptações realizadas pelo instituto nesse período de pandemia que, poderá adotar as mesmas medidas em um cenário futuro, servindo também como base para que outras instituições possam basear-se a fim de melhorar o desempenho em cenários como esse.

**Objetivo da Pesquisa:**

Descrever, registrar e documentar as adaptações na área de recursos humanos e protocolos desenvolvidos para enfrentamento a pandemia do covid-19 em um instituto especializado em doenças infecciosas na Bahia.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa não oferecerá risco ao entrevistado, a não ser constrangimento em razão de tornar público o seu comentário, vale ressaltar que os dados serão anonimizados para evitar exposição dos participantes. Além disso, a divulgação das informações será exclusivamente em relatórios, artigos científicos e eventos de divulgação científica.

**Benefícios:**

Como benefício, estará participando de uma documentação de um momento histórico e ficará registrado para a eternidade, além de possuírem esses registros para que tais mudanças possam ser realizadas de formas mais sistematizadas em um cenário futuro.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa importante como forma de deixar registrado as mudanças que foram necessárias para o enfrentamento à pandemia.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os termos obrigatórios de acordo com a resolução 466/2012.

**Recomendações:**

Como forma de manter o sigilo e anonimato, recomendo que seja retirada o nome da instituição de todo o texto e no momento da apresentação do trabalho não seja divulgado quais os setores que os gestores participaram das entrevistas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Meu voto é pela aprovação do presente projeto.

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

HOSPITAL COUTO  
MAIA/SES/BA



Continuação do Parecer: 4.257.059

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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_1618691.pdf	29/08/2020 11:42:42		Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	29/08/2020 11:33:42	VICTOR SENA SANTOS SALES	Aceito
Outros	CARTA.pdf	26/08/2020 11:17:49	VICTOR SENA SANTOS SALES	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	26/08/2020 11:17:21	VICTOR SENA SANTOS SALES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	26/08/2020 11:16:27	VICTOR SENA SANTOS SALES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/08/2020 11:13:12	VICTOR SENA SANTOS SALES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLenovo.doc	26/08/2020 11:12:25	VICTOR SENA SANTOS SALES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	INSTITUTO.pdf	26/08/2020 11:12:06	VICTOR SENA SANTOS SALES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO.pdf	26/08/2020 11:11:36	VICTOR SENA SANTOS SALES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 03 de Setembro de 2020

Assinado por:

SILVIA MARIANA DE MENEZES PRISCO  
(Coordenador(a))

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