



Estruturação de um Hospital Universitário do Nordeste do Brasil durante pandemia do COVID-19: relato de experiência

Structuring a university Hospital in Northeast Brazil during the COVID-19 pandemic: experience report

Carolline Mendes Ribeiro de Oliveira

Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará campus Itaperi (UECE)

Instituição: Universidade Estadual do Ceará campus Itaperi (UECE)

Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Itaperi, Fortaleza - CE,

CEP: 60714-903

E-mail: carolzinha_mendesro@yahoo.com.br

Micheline Veras de Moura

Doutoranda pela Universidade de Coimbra (UC)

Instituição: Universidade de Coimbra (UC)

Endereço: 3004-531 Coimbra, Portugal

E-mail: michelineverasenf@yahoo.com

RESUMO

Introdução: A estruturação dos hospitais para receber os pacientes de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 foi determinante para mitigar as consequências de uma pandemia que se iniciava no final de 2019, mas sem data para terminar. Objetivo: Relatar uma experiência vivenciada em Hospital Universitário do Nordeste do Brasil de alta complexidade, onde passou por mudanças em suas instalações para uma melhor organização desses leitos; além de realizar treinamento com os profissionais, no intuito de minimizar o risco de contaminação tanto da equipe de saúde, quanto dos demais pacientes internados nos outros setores. Metodologia: Relato de experiência. Conclusão: Com esses treinamentos, os profissionais agiram de forma mais segura e eficiente. No entanto, essa segurança e eficiência não foi uma realidade. A demanda por leitos de terapia intensiva superou a capacidade do sistema de saúde. Esse cenário colocou em evidência a importância do profissional de saúde e a deficiência dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Infecções por Coronavírus, hospitais, profissionais da saúde.

ABSTRACT

Introduction: The structuring of hospitals to receive patients with suspected or confirmed cases of Covid-19 was instrumental in mitigating the consequences of a pandemic that began at the end of 2019, but with no end date. Objective: To report an experience lived in a highly complex University Hospital in the Northeast of Brazil, where it underwent changes in its facilities for a better organization of these beds; in addition to carrying out training with professionals, in order to minimize the risk of contamination of both the health team and other patients



hospitalized in other sectors. Methodology: Experience report. Conclusion: With these trainings, professionals would act more safely and efficiently. However, this safety and efficiency was not a reality. Demand for intensive care beds has outstripped the health system's capacity. This scenario highlighted the importance of the health professional and the deficiency of health services.

Keywords: Coronavirus infections, hospitals, healthcare workers.

1 INTRODUÇÃO

No final de 2019, foram noticiados para o mundo os primeiros casos de Covid-19 na cidade de Wuhan na China, casos de doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2, a partir daí noticiado para o mundo uma Pandemia, pois o vírus se espalhou por diversos países do mundo. Até o dia 3 de junho de 2022, foram confirmados mais de 528 milhões de casos e mais de 6 milhões de óbitos globalmente (OMS, 2022). No Brasil, são mais de 31 milhões de casos confirmados e mais de 666 mil óbitos por coronavírus, com índice de mortalidade de 317,4/100 mil habitantes. Na região Nordeste já se totalizam 129.130 óbitos (BRASIL, 2022). A infecção causada pelo SARS-CoV-2 pode ter manifestações leves, como sintomas simples de gripe até manifestações mais graves, como Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA), insuficiência cardíaca aguda, lesão renal aguda, infecção, sepse ou até choque séptico (ESTEVÃO, 2020).

As pessoas que evoluem com a forma grave da doença necessitam de leito de terapia intensiva. Aproximadamente 80 a 85% dos casos são leves e não necessitam de hospitalização, com orientações para permanecer em isolamento respiratório domiciliar, 15% necessitam de internação hospitalar fora da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e menos de 5% precisam de suporte intensivo (COSTA; LAGO, 2020; NORONHA *et al.*, 2020). No entanto, a velocidade de propagação do vírus na população ocasiona uma grande demanda por leitos de UTI e os sistemas de saúde sofrem uma pressão para que mais leitos sejam disponibilizados em um curto período. A propagação da Covid-19 no Brasil, foi exponencialmente maior do que a criação de novos leitos. (NORONHA *et al.*, 2020). A importância dos profissionais de saúde na manutenção e garantia



de vida da população e a exigência que os serviços de saúde respondam prontamente às demandas às quais nem sempre estão preparados ficaram em evidência com a crise sanitária atual (SANTOS *et al.*, 2021). O quantitativo de mão de obra especializada não foi suficiente para essa nova realidade, sendo necessários treinamentos e capacitação de forma extensiva para tentar mitigar os danos aos pacientes e a equipe de saúde. O uso de metodologias ativas nos treinamentos é eficaz para aumentar a segurança e diminuir a ansiedade dos profissionais em lidar com algo novo (DZIVIELEVSKI *et al.*, 2021). O risco da equipe de contrair a infecção é elevado devido à alta taxa de transmissão da COVID-19, principalmente durante a assistência ventilatória. Diante do exposto, equipes capacitadas, em quantitativo suficiente para atender a demanda e que atuem exclusivamente com esse público torna-se necessário a fim de minimizar a transmissão da doença (BITENCOURT *et al.*, 2020).

2 MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência com características qualitativas de natureza descritiva, sobre a estruturação do Hospital Universitário do Estado do Piauí (HUPI), filiado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para atender aos pacientes com casos suspeitos e confirmados de Covid-19.

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

No dia 27/03/20 o Hospital Universitário do Piauí - PI, filiado EBSERH, recebeu a visita do governador do Estado e do representante da Fundação Municipal de Saúde de Teresina para apresentar a estrutura que seria utilizada no atendimento exclusivo dos pacientes com coronavírus. O setor escolhido para atender esses pacientes foi o Posto 1, que funcionava como uma ala cirúrgica, localizado no térreo perto da UTI geral e do Centro Cirúrgico. A ala passou por uma reforma estrutural para uma melhor organização desses leitos, de modo a minimizar o risco de contaminação tanto da equipe de saúde quanto dos demais pacientes internados nos outros postos do HU (Hospital Universitário). Por ser um hospital de alta complexidade, continuou recebendo



pacientes encaminhados para tratamento de outras doenças agudas e crônicas. Para mitigar a contaminação entre os internados, foram definidos 18 leitos para triagem dos pacientes recém-admitidos, que permaneciam nesse setor até sair o resultado do teste rápido de antígeno para Covid-19. Se negativo, eram transferidos para a clínica a qual foi solicitada sua vaga; se positivo eram encaminhados para um dos 17 leitos de enfermaria que foram disponibilizados para casos confirmados de Covid-19 na triagem como para os que estavam internados e positivaram durante o período do seu tratamento. Os pacientes admitidos eram regulados pela Secretária de Saúde do Estado e não por demanda livre. O Hospital Universitário do Piauí - PI, chegou a disponibilizar 65 leitos para atendimento a pacientes acometidos ou com suspeita de Covid-19, sendo 35 leitos de Enfermaria e 30 de terapia intensiva. Para essa estruturação, 05 leitos da UTI geral foram desativados devido à urgência de abertura do setor Covid e à aquisição de novos equipamentos está em andamento. Essa redução do número de leitos não-covid de terapia intensiva repercutiu na sociedade como um todo, pois cirurgias deixaram de ser realizadas, priorizou-se as cirurgias de urgência, a população continuava a adoecer e evoluir com complicações por outras causas: Infarto, Acidente Vascular Encefálico, Trauma Raquimedular, complicações do Diabetes e da Hipertensão. Durante o período de organização do setor, os profissionais passaram por treinamentos presenciais e on-line (web-aulas), para alinhamento nas tomadas de decisão; além disso foram definidos fluxos e instituído câmaras técnicas de discussões com especialistas. POPs (Procedimentos Operacionais Padrão) foram elaborados levando em consideração o contexto mundial, nacional e local da doença. Entre os treinamentos realizados, é possível citar o uso correto de equipamentos de proteção individual (EPIs), como realizar a paramentação e a desparamentação, higienização das mãos, coleta de exame para Covid-19, como colocar o paciente em posição prona e ventilação mecânica. O hospital dispunha de um Laboratório de Simulação Realística para o treinamento e capacitação dos profissionais de saúde no atendimento a pacientes de média e alta gravidade. Com esses treinamentos, os profissionais agiriam de forma mais segura e mais eficiente,



uma vez que já haviam treinado a mesma situação em ambiente de simulação realística. Esse cenário de segurança e eficiência não foi uma realidade. Não pela falta de bons profissionais e treinamentos, pois todos que estavam ali, trabalhavam com o melhor que eles tinham a oferecer dentro das condições permitidas; mas porque a realidade era diferente de todas as que um profissional de saúde tenha vivenciado. Doença de rápida disseminação, sem tratamento específico, não existia pré-imunidade conhecida ou vacina, o tratamento baseava-se no alívio dos sintomas, com evolução para casos graves necessitando de ventilação mecânica, demora na melhora clínica, um arsenal de informações todos os dias. Diante desse contexto, o que observou-se foi uma sobrecarga tanto do sistema de saúde quanto dos profissionais. Os profissionais, que atuaram no setor, inicialmente, faziam parte do quadro efetivo da instituição, sendo remanejados dos seus locais de lotação para a ala Covid. A escala inicial de trabalho era 12 horas de trabalho por 60 horas de descanso. Esse regime de trabalho proporcionou um maior descanso aos profissionais que tinham uma jornada exaustiva durante sua permanência no setor. No entanto, essa escala não permaneceu por muito tempo. Em abril/2020, o HU-UFPI, filiado à EBSERH, iniciou a contratação de pessoal por meio de processo seletivo emergencial. Foram disponibilizadas 163 vagas temporárias, com a contratação de 119 novos profissionais para reforçar o quadro da equipe multiprofissional que prestava assistência e cuidado aos pacientes com Covid-19. Os novos contratados iniciaram a jornada de trabalho no regime dos demais setores, 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso. Poucos dos profissionais que iniciaram no setor permaneceram, retornando ao setor de origem, pois a escala tornou-se desgastante devido às condições de trabalho que a própria doença impunha: uso de máscara N95 e paramentação durante toda a permanência no setor, ausência de ar-condicionados, impossibilidade de beber ou se alimentar pelo menos durante seis horas, quando ocorria troca com colegas que dariam continuidade à assistência. Com a mudança do quadro profissional devido às contratações temporárias, novos treinamentos e capacitação precisaram ser realizados e equipes que já estavam alinhadas nos cuidados ao paciente grave da Covid-19



tiveram que se readaptar pois muitos dos profissionais contratados não tinham vivência de terapia intensiva. Faltava mão-de-obra especializada e no HU-UFPI não foi diferente.

4 CONCLUSÃO

A disponibilidade de leito de terapia intensiva foi decisiva para o manejo da Síndrome Respiratória Aguda Grave causada pelo novo coronavírus. A pandemia deixou evidente as lacunas que o nosso sistema de saúde possui, tanto na estruturação e quantitativo de leitos, quanto na mão de obra qualificada. Ter leitos de terapia intensiva não se resume em ter monitores cardíacos, ventiladores, camas, sistema de oxigenação. Além de leitos bem equipados, a assistência ao paciente grave exige uma equipe de profissionais capacitados, treinados. A terapia intensiva de qualidade passa pela formação de mais e melhores profissionais atualmente. Dessa forma, necessita-se de mais investimentos por parte do poder público.



REFERÊNCIAS

BITENCOURT, Julia Valeria de Oliveira Vargas *et al.* Protagonismo do enfermeiro na estruturação e gestão de uma unidade específica para covid-19. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. DataSUS. Coronavírus Brasil. Covid-19 painel coronavírus. Disponível online: <https://covid.saude.gov.br/> (última citação em 03 de jun de 2020). Acessado em: 04 de jun. de 2022.

COSTA, N. R.; LAGO, M. J. A Disponibilidade de Leitos em Unidade de Tratamento Intensivo no SUS e nos Planos de Saúde Diante da Epidemia da COVID-19 no Brasil. **Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ**, 2020.

DZIVIELEVSKI, Alessandra Mara Oliveira *et al.* Estruturação de um hospital de campanha na pandemia COVID-19: relato de experiência. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. COVID, p. 6983-6992, 2021.

ESTEVÃO, Amélia. COVID-19. **Acta Radiológica Portuguesa**, v. 32, n. 1, p. 5-6, 2020.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Painel da OMS COVID-19. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/> (última citação em 03 de jun.de 2022). Acesso em em: 04 de jun. de 2022.

SANTOS, Mariana Camargos dos *et al.* Enfrentamento da covid-19 em unidade de urgência e emergência de um hospital de ensino. **CuidArte, Enferm**, p. 139-147, 2021.