



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

*Analysis of process reorganization in the care of suspected covid-19 patients in an emergency care specialized in otorhinolaryngology and ophthalmology*

Sirley Lima de Mendonça<sup>1</sup>, Antônio Pires Barbosa<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde. Universidade Nove de Julho, São Paulo – SP.

### **Resumo**

Em dezembro de 2019 surgia uma nova infecção, de etiologia desconhecida e assustadoramente contagiosa, causada pelo vírus SARS-CoV-2. Diante deste cenário, otorrinolaringologistas e oftalmologistas apresentam alto risco de contágio e disseminação, pois realizam procedimentos em contato direto com mucosas que geram aerossóis e gotículas. Possíveis manifestações da COVID-19, como alterações das vias aéreas superiores, perda do olfato e paladar, além de alterações oculares, induzem os indivíduos suspeitos a procurarem estes serviços. Há ainda, pacientes assintomáticos que buscam atendimento, devido a queixas relacionadas às especialidades, levando profissionais da saúde à exposição ocupacional. Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS), ressalta a necessidade da reorganização nos estabelecimentos de saúde, como a criação de serviços de triagem, o uso de EPIs e treinamento dos profissionais de saúde. Este estudo se propôs a identificar mudanças do pronto atendimento especializado em otorrinolaringologia e oftalmologia, na reavaliação e criação de novos processos com intuito em demonstrar a competência na prática do trabalho. Para tal, conduziu-se um estudo de caso único, com abordagem qualitativa e descritivo, guiado por entrevistas semiestruturadas com 21 profissionais da saúde, além de análise de documentos internos e de um vídeo institucional. Como resultados, foram selecionados 255 trechos de narrativas, vinculadas a 21 códigos, agrupados em 7 categorias. O estudo permitiu identificar combinações de evidências relacionadas aos fluxos de pacientes suspeitos, mudanças estruturais, treinamento, dimensionamento e utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), considerados essenciais para redução da transmissão nosocomial.

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

### **Abstract**

In December 2019, a new infection appeared, of unknown etiology and frighteningly contagious, caused by the SARS-CoV-2 virus. Given this scenario, otolaryngologists and ophthalmologists are at high risk of contagion and dissemination, as they perform procedures in direct contact with mucous membranes that generate aerosols and droplets. Possible manifestations of COVID-19, such as changes in the upper airways, loss of smell and taste, in addition to ocular changes, induce suspected individuals to seek these services. There are also asymptomatic patients who seek care due to complaints related to specialties, leading health professionals to occupational exposure. Thus, the World Health Organization (WHO), highlights the need for reorganization in health establishments,



such as the creation of screening services, the use of PPE and training of health professionals. This study aimed to identify changes in emergency care specialized in otorhinolaryngology and ophthalmology, in the reevaluation and creation of new processes in order to demonstrate competence in work practice. To this end, a single case study was conducted, with a qualitative and descriptive approach, guided by semi-structured interviews with 21 health professionals, in addition to analysis of internal documents and an institutional video. As a result, 255 stretches of narratives were selected, linked to 21 codes, grouped into 7 categories. The study allowed the identification of combinations of evidence related to the flows of suspected patients, structural changes, training, dimensioning and use of Personal Protective Equipment (PPE), considered essential to reduce nosocomial transmission. **Keywords:** SARS-CoV-2; COVID-19; Otorhinolaryngology; Ophthalmology; Contingency Plans.

### **Introdução**

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de fevereiro de 2020, declarou o início de uma pandemia relacionada a uma doença surgida em 2019 na China, denominada COVID-19, causada pelo vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave - coronavírus 2 (SARS-CoV-2) (Lai et al., 2020). O Brasil foi o primeiro país da América Latina a ter confirmação da COVID-19, por meio de um brasileiro de 61 anos que havia viajado para Lombardia, na Itália, local onde ocorria um surto naquele momento (Rodríguez-Morales et al., 2020). A partir daí, a transmissão comunitária foi anunciada pelo Ministério da Saúde em 20 de março de 2020, espalhando-se rapidamente, por meio de portadores sintomáticos e assintomáticos (Sales et al., 2020).

Otorrinolaringologistas e oftalmologistas são profissionais que apresentam grande risco de contrair e disseminar a infecção gerada pelo SARS-CoV-2, por terem contato direto com mucosas, especialmente na realização de procedimentos (Ralli et al., 2020; Parke, 2020).

Alguns sintomas da COVID-19 incluem manifestações clínicas pertinentes às especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia, tais como alterações do sistema respiratório superior, perda do olfato e paladar e alterações oculares, induzindo os indivíduos suspeitos a procurarem esses serviços (Cheng et al., 2020). Disfunções no olfato, paladar e oculares estão associadas à COVID-19, são tidas como características clínicas comuns em populações ambulatoriais, e consideradas manifestações precoces no início da infecção por SARS-CoV-2. Pacientes apenas com estes sintomas, apresentam dez vezes menos chances de serem internados pela doença, visto que podem ser consideradas marcadores para casos leves de COVID-19 (Yan et al., 2020).

Diante deste contexto, gestores dos sistemas de saúde tiveram de agir rapidamente, principalmente em ações de cuidados planejados (Herrera Victor et al., 2020). Para que os serviços pudessem enfrentar esse desafio, tornou-se imperativo um planejamento nas organizações, estruturação de fluxos de trabalho, capacitação e proteção individual para as equipes de trabalho e realização de testes de diagnósticos (Fraher et al., 2020; Sales et al., 2020). Assim, o presente estudo buscou analisar a reestruturação organizacional de uma rede hospitalar especializada, avaliando seu pronto atendimento especializado em otorrinolaringologia e oftalmologia. Buscou-se identificar as novas medidas para o enfrentamento da SARS-CoV-2. O objeto desta pesquisa, é um hospital localizado na cidade de São Paulo, pertencente à rede privada, e referenciado por suas especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia. Dessa forma, foi implantada uma estrutura seguindo as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no oferecimento de serviços de acolhimento e protocolos de atendimento adequado em casos suspeitos, garantindo a capacidade de recursos materiais e humanos aptos durante a pandemia. As instituições de saúde precisaram



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

A questão que norteou esta pesquisa foi: quais mudanças ocorreram em um pronto atendimento de otorrinolaringologia e oftalmologia, durante a pandemia de SARS-CoV-2, no tocante à prestação assistencial de serviços? Diante desta questão, buscou-se detectar as ações específicas realizadas em um pronto atendimento especializado durante a pandemia, assim como em seus processos técnicos e administrativos; descrever os processos administrativos ligados à infraestrutura no pronto atendimento; identificar novas padronizações relacionadas à prestação de cuidados assistenciais aos pacientes suspeitos de COVID-19; reconhecer medidas administrativas de prevenção e controle de infecção do SARS-CoV-2, entre pacientes e profissionais de saúde e, distinguir mudanças nas especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia no pronto atendimento avaliado.

A pandemia de SARS-CoV-2 causou mudanças em todo cenário mundial. O Ministério da Saúde adotou medidas para diminuição da transmissão do vírus, como promoção de informação e comunicação à população, medidas não farmacológicas de isolamento social, distanciamento social e quarentena (Sales et al., 2020). Nos serviços de saúde, a inclusão de novos protocolos e estratégias de atendimento aos pacientes, tiveram de ser revisados. Necessitou-se de reforço na utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI), e treinamento para todos os profissionais de saúde, assim como foram necessárias adequações, por exemplo, nos serviços de limpeza constante dos ambientes (Flumignan et al., 2020). Não conformidades podem gerar desconfortos e insegurança a todos os envolvidos, por falta de alinhamento dos protocolos institucionais, falta de EPIs, trabalho com materiais de qualidade inferior, e ausência de comunicação clara sobre novos processos (Flumignan et al., 2020). Sendo assim, este trabalho propôs identificar a mudança organizacional de um pronto atendimento especializado em otorrinolaringologia e oftalmologia, voltado para uma nova realidade na área da saúde, buscando demonstrar a competência na prática do trabalho, especialmente relacionada ao oferecimento de um atendimento seguro tanto para pacientes quanto para profissionais.

### **Referencial Teórico**

Para o processo de construção das ciências, uma das principais características é a linguagem argumentativa, pressupostos teóricos que fundamentam estudos, tidos como ferramenta de análise para discussões e compreensão do processo de construção da informação (Sasseron et al., 2011). Tal fundamentação teórica tem como objetivo fornecer integração ao estudo e embasar as hipóteses estabelecidas (G. de A. Martins & Theóphilo, 2009).

### ***Pandemia de SARS-CoV-2 e sua transmissibilidade***

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

Compreender a transmissão do vírus SARS-CoV-2 em tais situações é fundamental para o desenvolvimento de ações eficazes de saúde pública, assim como na diminuição do número de casos, prevenção e controle do vírus (Ladner et al., 2020). Importante enfatizar que as políticas de distanciamento social colaboram na diminuição do número de óbitos e evitam o colapso dos sistemas



de saúde, embora não resultem na redução do número de indivíduos contaminados (Pescarini et al., 2020).

No Regulamento Sanitário Internacional de 2005 da OMS, assim como no Decreto Nº 10.212 do mesmo texto, foram preconizadas informações orientadoras (Brasil, 2020). A realização de testes é fundamental para detecção e diagnóstico de novos casos, um instrumento essencial no conhecimento da trajetória da doença e combate na propagação viral, visando a mitigação e combate à epidemia (Al-Sadeq & Nasrallah, 2020).

O teste de reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa em tempo real (RT-PCR) é a principal técnica para a confirmação da COVID-19 na fase aguda da doença. Resultados falso-negativos podem ocorrer até em 30% dos pacientes devido à coleta de amostra inadequada, condições de armazenamento incorreto e coleta de amostra tardia (Al-Sadeq & Nasrallah, 2020). A sorologia tem um papel fundamental na detecção de anticorpos, referente aos supostos casos assintomáticos, no qual o IgM indica a fase aguda da doença, e o IgG a recuperação ou imunidade da infecção (Böger et al., 2020). Antes do surgimento dos primeiros sintomas, o risco de transmissão parece ser pouco provável, mas não excluído, pois indivíduos assintomáticos podem transmitir o vírus (Wu & McGoogan, 2020).

### ***Tipos de transmissão de SARS-CoV-2***

A transmissão direta do vírus SARS-CoV-2 ocorre de pessoa para pessoa, pelo contato direto, por meio de secreções contaminadas que são expelidas junto com a saliva, como por exemplo, durante a fala e canto. Ainda, secreções respiratórias oriundas da tosse e do espirro, assim como secreções oculares, podem atingir boca, nariz e olhos de uma pessoa susceptível, resultando em infecção (Ralli et al., 2020). Aerossóis e gotículas são considerados o principal meio de transmissão do novo vírus. A OMS define que as gotículas respiratórias possuem um diâmetro  $\geq 5-10 \mu\text{m}$ , e os aerossóis são inferiores a  $5 \mu\text{m}$ . No entanto, os dois tipos de partículas se encontram na região nasofaríngea, considerada o principal reservatório do vírus SARS-CoV-2, e podem ser gerados durante várias atividades respiratórias (Ralli et al., 2020).

Procedimentos médicos que geram aerossóis, causam a transmissão aérea do vírus SARS-CoV-2, como os métodos de intubação traqueal, aspiração aberta de vias aéreas, broncoscopia e fisioterapia pulmonar (Flumignan et al., 2020). As partículas menores que carregam o vírus podem ser capturadas pelo fluxo de ar inspiratório, sendo então depositadas ao longo de todo sistema respiratório (Qu et al., 2020). Ainda, verificou-se que nebulizadores formadores de aerossóis, com lançamento de jatos de alta potência que propagam o SARS-CoV-2, permitindo que suas partículas fiquem suspensas por um período de até 16 horas (Fears et al., 2020). Sabe-se que, em ambientes com a presença de pacientes positivos para COVID-19, mesmo aqueles que não realizaram procedimentos formadores de aerossóis, existe a presença do RNA do vírus em amostras de ar, embora este dado ainda seja controverso (Fennelly, 2020).

A transmissão do vírus pode ainda ocorrer indiretamente pelo toque em superfícies contaminadas, seguido de toque na boca, nariz ou olhos (Qu et al., 2020). Fluidos corporais de indivíduos infectados podem contaminar superfícies de objetos inanimados. Neste caso, o vírus SARS-CoV-2 pode permanecer no local por horas ou dias, dependendo da temperatura e da umidade do ambiente, assim como do tipo de material utilizado em cada superfície (Qu et al., 2020). De acordo com os centros de controle de doenças (CDC), as superfícies mais manuseadas pelos profissionais de saúde são os balcões, as maçanetas, as louças sanitárias, os teclados, os *tablets*, os celulares e as mesas



de cabeceira. Nestas e em outras situações, é fato que a lavagem das mãos reduz o risco de transmissão comunitária do SARS-CoV-2 (Panigrahi et al., 2020).

### ***Atendimento em saúde especializado em otorrinolaringologia e oftalmologia***

Os atendimentos em saúde são a porta de entrada para os pacientes durante a pandemia de SARS-CoV-2. Uma triagem com reconhecimento precoce dos sintomas é essencial, sendo considerados de alto risco para COVID-19, por exemplo, no contexto de conjuntivite e infecção do trato respiratório superior (Cheng et al., 2020). O rastreamento de pacientes com sintomas leves e assintomáticos no início da doença é de difícil identificação muitas vezes, passando despercebidos pelos profissionais de saúde (Ra et al., 2020). Destarte, na assistência ambulatorial, pacientes devem ser triados por profissionais experientes e que possuem uma *expertise* na avaliação dos sinais e sintomas da COVID-19. Uma triagem eficaz facilita que esses indivíduos com suspeita da doença sejam reconhecidos e atendidos (Ma et al., 2020). A partir dessas informações, pessoas assintomáticas se tornaram uma ameaça para a saúde pública, especialmente pelo fato de desconhecerem a presença da doença, o que por sua vez gera dificuldade na adoção de medidas de isolamento e tratamento deste grupo. Sabe-se que as crianças apresentam a infecção de modo leve ou assintomático (Al-Sadeq & Nasrallah, 2020).

Sinais e sintomas heterogêneos levam os pacientes à procura de outras especialidades, como a otorrinolaringologia e a oftalmologia, pois estes sintomas se sobrepõem àqueles observados em outras doenças comuns, como a síndrome gripal, as infecções respiratórias e a conjuntivite, dificultando o diagnóstico clínico da COVID-19 (Cheng et al., 2020). Os principais sintomas, além da SG, para COVID-19 são a ausência de paladar e olfato, mialgia e fadiga. Especialmente em pacientes idosos a febre pode estar ausente, e estes podem apresentar sintomas mais graves, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência (Sakalli et al., 2020).

### ***Atendimento especializado em otorrinolaringologia durante a pandemia***

A prática da especialidade de otorrinolaringologia mudou consideravelmente diante da pandemia da SARS-CoV-2, pois há um foco especial para os atendimentos nesta área, seja em consultas, procedimentos ou cirurgias (Anagiotos & Petrikkos, 2020). Pacientes suspeitos de COVID-19 acabam procurando os serviços de otorrinolaringologia, visto que podem apresentar sintomas pertinentes à especialidade, tais como obstrução nasal, dor de ouvido e garganta, perda de olfato e paladar. Para diminuir a propagação da doença é necessária, portanto, a detecção rápida destes pacientes (Sakalli et al., 2020). Procedimentos gerais de otorrinolaringologia, realizados nas vias áreas superiores, demonstram que os profissionais desta especialidade possuem maior risco de se infectar, principalmente por estarem expostos a uma carga viral muito alta, tornando-se uma importante causa de transmissão da doença (Ralli et al., 2020).

Distúrbios na perda de olfato são considerados sintomas da COVID-19. Menciona-se que há uma variação entre 30% a 70% dos referidos distúrbios em pacientes com a doença confirmada, associados ou não com a falta de paladar. Em alguns pacientes estes são os únicos sintomas da doença que se manifestam (Anagiotos & Petrikkos, 2020). Embora a anosmia (perda completa de olfato), a hiposmia (perda parcial do olfato) e a disgeusia (perda de paladar), ainda não possam ser manifestadas por todos os pacientes no momento da avaliação do profissional de saúde, esses sintomas podem ser um indicador precoce da infecção, auxiliando no diagnóstico da maioria dos pacientes (Yan et al., 2020).



### ***Atendimento especializado em oftalmologia durante a pandemia***

Pacientes com SARS-CoV-2 podem desenvolver alterações oculares, como irritação, vermelhidão, sensação de corpo estranho, lacrimejamento ou conjuntivite, sendo esses sintomas considerados queixas iniciais ou exclusivas (Torres et al., 2020). Embora, as queixas oftalmológicas não sejam comuns, apresentam reações leves e raras. Dessa forma, os médicos especialistas devem estar atentos aos sintomas, já que algo em torno de 70% dos pacientes com conjuntivite procuram atendimento da especialidade (J & Hg, 2020). Casos assintomáticos podem apresentar conjuntivite como a única manifestação da infecção por SARS-CoV-2, mas não se sabe com que frequência ocorre. De qualquer forma, sua presença pode ser o alerta para um caso suspeito, sugerindo que o paciente realize o teste e adote o isolamento (J & Hg, 2020). Os mecanismos para transmissão da SARS-CoV-2 via ocular ocorrem pela possibilidade de as gotículas respiratórias serem drenadas para o ducto nasolacrimal, e em seguida, migrarem para trato respiratório (Ralli et al., 2020). A média de idade dos pacientes que procuram atendimento oftalmológico é elevada, sendo uma população do grupo de risco para infecção por SARS-CoV-2 (Parke, 2020; Hu et al., 2020).

### ***Profissionais da Saúde***

Profissionais da linha de frente estão mais propensos ao contágio por SARS-CoV-2, seja por reutilizar EPIs, ou mesmo utilizá-los de forma inadequada (Nguyen et al., 2020). Assim, é preciso disponibilizar e garantir a utilização desses equipamentos, de modo a garantir a realização de testes aos colaboradores que apresentarem sintomas (Hick & Biddinger, 2020; Nguyen et al., 2020). Nos atendimentos, é importante limitar o número de profissionais, mantendo sempre a mesma equipe de profissionais, com alto nível de proteção (Ralli et al., 2020). A gestão da saúde e suas equipes devem estabelecer diretrizes de vigilância, gerenciando a exposição ocupacional ao vírus e, garantir que estas diretrizes compreendam a importância dos sintomas ou qualquer outra de síndrome indicativas da COVID-19 (World Health Organization, 2020). Os estabelecimentos de saúde devem preparar seus colaboradores e proporcionar descanso adequado, educação continuada sobre suas competências e adaptações de rotinas no trabalho, compartilhando todo o conhecimento prévio que for necessário (Hick & Biddinger, 2020). Durante a pandemia, alguns setores apresentaram redução no volume de procedimentos eletivos, ocasionada pela decisão do paciente em cancelar consultas e exames, motivado pelo cenário de pandemia, o que levou algumas áreas a ficarem mais ociosas. A partir daí, os gestores remanejaram os colaboradores para setores com alta demanda (Hick & Biddinger, 2020).

### ***Processos durante o plano de contingência para SARS-CoV-2***

Após a declaração da pandemia de SARS-CoV-2 pela OMS, os estabelecimentos de saúde se viram obrigados a implantar medidas de reestruturação para adequação ao cenário. Devido à alta transmissibilidade do SARS-CoV-2, falta de tratamento eficaz e a ausência da vacina, foi necessário criar processos e medidas administrativas para garantir a segurança da equipe profissional e pacientes (World Health Organization, 2020). De acordo com a Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS), as medidas mais indicadas são o gerenciamento da exposição dos indivíduos ao patógeno; o uso racional dos EPIs com a avaliação dos procedimentos e os riscos dos fluidos gerados; a gestão de recursos humanos, aspectos clínicos e prevenção da transmissão hospitalar da COVID-19; fornecimento de insumos; adequação dos fluxos nas áreas de trabalho; e a monitorização da implantação desses processos com *feedback* efetivo (Pan American Health Organization, 2020).



As normas e rotinas na prestação de serviços aos pacientes, suspeitos ou confirmados pela doença COVID-19, devem estar de acordo com protocolos formais e disponíveis a todos os profissionais (Secretaria da Saúde, 2020). De um modo geral, todos os profissionais de saúde devem utilizar EPIs, como a utilização de proteção dos olhos e da face com máscara cirúrgica, N95 ou PFF2. São necessários novos conjuntos de EPIs para cada novo paciente, bem como também é imprescindível realizar o descarte adequado de todos os equipamentos de proteção conforme Resolução - RDC nº 356, de 23 de março de 2020 (2020).

As instituições devem monitorar a manutenção e reposição de insumos para higienização das mãos com água e sabão, ou preparação alcoólica. Devem ainda, cobrar e enfatizar a frequência da higienização das mãos dos colaboradores, principalmente antes e depois da assistência ao paciente e após a colocação e retirada dos EPIs (ANVISA, 2020). Em casos de internação, deve-se manter quarto privativo ou área segregada, com porta fechada e ambiente arejado, e com a entrada sinalizada advertindo precauções de contato e por gotículas. Quanto aos quartos de enfermaria, as camas devem ser colocadas a 1 metro de distância (World Health Organization, 2020). É necessário garantir a limpeza e a desinfecção do ambiente em sua forma correta e consistente, com o uso de água, detergentes e desinfetantes de nível hospitalar, ventilação adequada em todas as áreas do estabelecimento, lavanderia e resíduos hospitalares descartados de forma segura (World Health Organization, 2020).

## **Método**

### ***Classificação da pesquisa***

A fim de compreender a rotina do pronto atendimento durante o período da pandemia de SARS-CoV-2, o método empregado foi o de estudo de caso único, descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo de caso é um esboço mais adequado para investigação de um fenômeno contemporâneo, dentro de seu contexto real, pois o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e os indivíduos envolvidos (Meirinhos & Osório, 2010). O estudo de caso é utilizado em pesquisas na área de ciências sociais, e neste método devem ser considerados alguns dados como ações, percepções, comportamentos e interações pessoais (Sasseron et al., 2011). A pesquisa realizada é caracterizada como um estudo de caso instrumental único, e analisado em um aspecto particular profundo, sobre uma unidade, como forma de promover o entendimento de algo que interesse ao pesquisador, bem como em compreender os processos da reestruturação do pronto atendimento (G. A. Martins, 2008). A abordagem da pesquisa é qualitativa, por se caracterizar como um conjunto de práticas interpretativas com utilização de materiais que tornam visível o mundo (André, 2013). Martins (2008), ressalta um aspecto considerado central na pesquisa qualitativa, a busca do pesquisador em captar e envolver as interpretações e compreensão, por meio de entrevistas, com interações de colaboradores das organizações, coletando artefatos do processo de fazer estratégias. Este estudo também é considerado descritivo, pois tem a finalidade de proporcionar características com exatidão de determinada população, fenômeno, ou estabelecimento de relações entre variáveis.

### ***Delineamento da pesquisa***

Nesta pesquisa, a coleta de dados foi realizada com a utilização de documentos internos, um vídeo institucional e entrevistas semiestruturadas. A análise de dados foi norteada pela base de conteúdo temática de Bardin (2011), associado a recursos de um *software* para a análise de dados qualitativos. O software Atlas Ti é uma ferramenta utilizada na organização da análise de dados e



otimização do processo analítico. O *software* não analisa os dados sozinho, mas auxilia o pesquisador na técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), conforme citado por (Silva Junior et al. (2018). O Atlas Ti suporta um número elevado de documentos, em sua área de trabalho, além de manter o controle sobre todas as anotações, citações, códigos e redes realizadas durante a análise dos dados (Walter & Bach, 2015). Após a transcrição das entrevistas, o teor das mesmas foi analisado por meio do *software* em sua versão 9, visando a análise qualitativa dos dados de áudio, sendo utilizado como uma ferramenta para gerir o material de forma sistemática.

### **Procedimento de coleta de dados**

Hospital da rede privada, atende usuários de convênio e particulares, compõe um corpo clínico especializado em olhos, ouvidos, nariz e garganta. Dispõe de 12 unidades externas para atendimento ambulatorial e de pronto atendimento, funcionando de segunda a sábado em horário comercial.

Na matriz existem 100 leitos clínicos/cirúrgico, (após o anúncio da pandemia foram adaptados 2 leitos para receber pacientes com necessidades de cuidados intensivos), salas de atendimento ambulatorial e Pronto Socorro 24 horas. O centro cirúrgico possui 14 salas, e realiza cirurgias de pequeno, médio e grande porte nas especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia. O hospital possui certificação de acreditação pela ONA. No pronto atendimento, a Instituição conta com 10 consultórios para atendimento na especialidade de otorrinolaringologia, 10 consultórios para a especialidade de oftalmologia, 2 consultórios híbridos, e 3 consultórios em uma área segregada para atendimento de pacientes suspeitos e confirmados de COVID-19, para as duas especialidades.

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

As entrevistas são fontes efetivas de informações e a forma semiestruturada tem por objetivo compreender os significados que os entrevistados atribuem as situações do tema de interesse (Freitas & Jabbour, 2011). Entende-se que entrevistas semiestruturadas são questionamentos das experiências no foco principal do estudo, apoiados em teorias na elaboração do conteúdo da pesquisa (Belei et al., 2008). O estudo documental serviu como estratégia para subsidiar a entrevista, e estes documentos foram constituídos por reportagens, cartas e contratos. A análise documental foi realizada em um módulo de *software*, que considerou os títulos dos protocolos, emitidos após o anúncio da pandemia. Ainda, um vídeo institucional dos protocolos de segurança e cuidado com pacientes do hospital foi considerado. Na análise documental foram demonstrados dados gerenciais do nosocômio por meio do DOC Nix, um módulo de *software*, de sistema de gestão da qualidade, composto por um conjunto de documentos, que estabelece padrões a serem adotados na instituição. Dentre estes documentos, destacam-se as instruções de trabalho.

No hospital estudado, são comumente realizadas reuniões entre os gestores e CEO, onde são abordados assuntos de cada área, assim como são discutidas as sugestões e *insights* durante as conversas. Com a retomada das atividades, foi percebida uma certa resistência dos clientes em saírem de suas casas. Assim, constatou-se a necessidade de informar que tanto o hospital quanto as unidades estavam seguindo rígidos protocolos de segurança. A campanha se iniciou com *posts* nas redes sociais e envio de *e-mails marketing*, mas mesmo assim o retorno não estava sendo satisfatório. Estabeleceu-se então a ideia do vídeo institucional, que versava sobre os protocolos de segurança e cuidados com os pacientes do hospital, que buscou-se divulgar amplamente entre os usuários da Instituição.



### **Seleção da Amostra**

Um dos critérios utilizados em pesquisas qualitativas é a seleção de participantes, que neste caso foi intencional. Para garantir a credibilidade das amostras, é necessário um rigoroso cuidado na escolha de critérios para sustentação e garantia do cumprimento dos objetivos da pesquisa.

Dessarte, a coleta de dados foi realizada junto a 21 profissionais de saúde, com cargos de liderança e atuação no pronto atendimento do hospital, que foram escolhidos pela complexidade dos novos processos durante a pandemia. A amostra foi definida por especialidades multiprofissionais, compreendendo enfermeiros, médicos, diretores, gestores e supervisores de atendimento. Para inclusão, os funcionários deveriam trabalhar no mínimo há um ano na Organização, e não foram estabelecidos critérios com relação a sexo ou faixa etária. Os indivíduos foram convidados para participar voluntariamente. As entrevistas individuais foram realizadas com base no roteiro pré-definido, no período de novembro de 2020, com uma duração máxima 30 minutos. O convite foi realizado por contato telefônico diretamente com os profissionais.

### **Procedimento de análise de dados**

Após as transcrições das entrevistas, os dados foram inseridos no *software* Atlas Ti para análise dos dados qualitativos. Os dados documentais dos protocolos emitidos, foram demonstrados em uma tabela inserida no *software* Excel 2016, que descreve de maneira detalhada a execução da tarefa e mês da criação do documento, objetivando a triangulação de dados, buscando assim fortalecer a análise e a discussão das informações. A triangulação de dados inclui a utilização de múltiplas fontes de evidências, como entrevistas, documentos e vídeos, obtendo uma descrição rica e detalhada dos fenômenos. O processo de organização das informações coletadas, das entrevistas e vídeo institucional, foi realizado com o Atlas Ti versão 9.

A análise de conteúdo de Bardin (2011), ocorreu em três fases. Na pré-análise ocorreu a escolha dos documentos. A exploração do material se deu com a compreensão do texto, que consiste em operações de codificações, além de seleção das citações e agrupamento de códigos. Por fim, foi realizada a interpretação dos resultados, tratados de maneira a serem significativos e válidos, permitindo detalhá-los em quadros, diagramas e figuras, criando articulação entre códigos, citações e grupos (Walter & Bach, 2015).

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

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



## Resultados e Discussão

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

Três otorrinolaringologistas e dois oftalmologistas não ocupavam cargo de gestão, ambos atuando na linha de frente. O anonimato dos participantes foi garantido, sendo utilizado um código alfanumérico para representar cada participantes, utilizando as iniciais “E” para enfermeiros, “M” para médicos e “A” para supervisores.

O estudo documental, foi utilizado para extração de dados complementares colaborando para maior compreensão do fenômeno e possibilitando identificar as mudanças no pronto atendimento. A análise do vídeo realizada por meio do *software* Atlas Ti, foi possível selecionar determinadas partes, e realizar a codificação dos trechos (Gondim et al., 2018). As citações dos vídeos são demonstradas na análise, em forma de tempo. O *software* indica os segundos do trecho selecionado, sugerindo para o autor adicionar comentários aos segmentos do vídeo (Gondim et al., 2018). A Tabela 1, apresenta os protocolos emitidos pela Instituição, que serviram de base para a criação do plano de contingência em relação à pandemia de COVID-19.

Tabela 1 - Protocolos emitidos durante o plano de contingência

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



---

<b>Agosto</b>	Transferência externa de pacientes, para outros serviços; Nota técnica - 07/2020 - orientação para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde; Recomendação de utilização dos EPIs para prevenção e controle da disseminação do novo coronavírus.
---------------	--

---

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

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

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

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

Fonte: Dados coletados pela autora.

Os códigos gerados pelo *software* foram agrupados em 7 categorias, representando a reorganização do pronto atendimento, conforme observado na Figura 1.

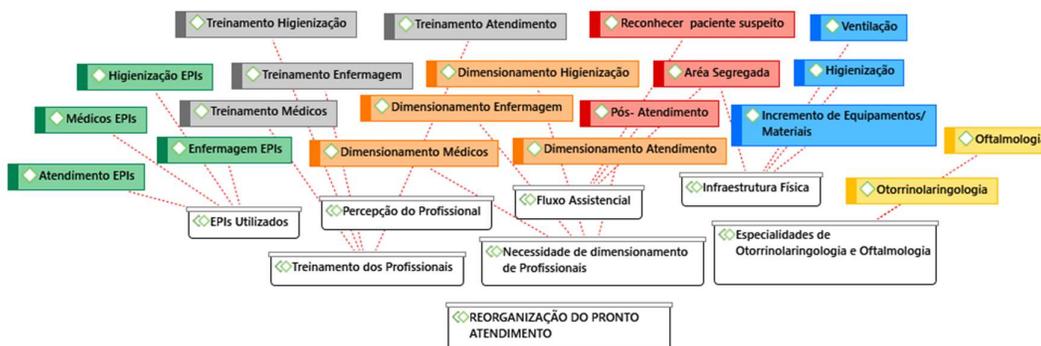


Figura 1. Grupos e códigos que representam a análise da reorganização do pronto atendimento. Fonte: Elaborado pela autora com auxílio do *software* Atlas Ti.

A análise da Figura 1, permite observar alguns pontos importantes no processo de reorganização. Primeiramente, com relação ao fluxo assistencial, podem ser citados: a) reconhecer paciente suspeito; b) área segregada; c) pós-atendimento. Com relação à infraestrutura, foram observados os seguintes pontos: a) área segregada; b) higienização; c) incremento de equipamentos, materiais e d) ventilação. Sobre os pontos relacionados aos profissionais da saúde, foram identificados: a) dimensionamento de profissionais do atendimento; b) da enfermagem; c) da higienização; d) dos médicos. Sobre os EPIs utilizados, foram citados: a) atendimento; b) enfermagem; c) higienização; d) médicos. Sobre o treinamento, foram citados: a) atendimento; b) enfermagem; c) higienização; d) médicos. Na análise das especialidades, foram incluídas: a) otorrinolaringologia; b) oftalmologia. Por fim, foi citada também a percepção dos profissionais. As informações encontradas trazem um relato da percepção dos profissionais da Instituição, de acordo com as orientações da ANVISA, por meio da Nota Técnica nº 04 de 2020 (ANVISA, 2020).

### **Reorganização do fluxo assistencial de pacientes suspeitos de COVID-19**

Nesta seção, são apresentados os grupos de códigos relacionados ao atendimento, considerando aqueles relacionados ao fluxo assistencial, que são: 1 - reconhecimento do paciente suspeito; 2 - área segregada; 3 - possíveis encaminhamentos dos pacientes após o atendimento médico. Este grupo de códigos representou 27% das citações realizadas. Sobre este tema, sabe-se que as instituições de saúde devem garantir fluxos de atendimento claros, permitindo a detecção precoce de pacientes suspeitos de COVID-19, e separando dos demais usuários aqueles que apresentem sinais e sintomas sugestivos da doença. Tal atitude, visa garantir a segurança dos usuários e profissionais da saúde, proporcionando adequado dimensionamento de recursos humanos e insumos (Oliveira et al., 2020).

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

Em algumas falas notou-se que, na chegada dos pacientes, é realizada uma triagem na entrada do hospital, conduzida pela equipe de enfermagem para detectar pacientes sugestivos de COVID-19 que procuram a instituição para atendimento, não necessariamente suspeitando que estão com a doença.



Na ação do processo, com a identificação de pacientes suspeitos, é fixada uma etiqueta com a inscrição “Triagem”, de fácil visualização. Essa atitude foi considerada essencial, permitindo que todos os colaboradores da Instituição consigam reconhecer que se trata de um possível caso de COVID-19, proporcionando ambiente correto para seu atendimento. Além disso, o hospital fornece máscaras cirúrgicas para pacientes à pacientes do grupo de risco.

O código “área segregada” trata do processo de fluxo de atendimento do hospital, exclusivamente para acolhimento de pacientes que apresentam sintomas da COVID-19. É possível identificar que, para pacientes com o código “área segregada”, são encaminhados para um fluxo único interno garantindo isolamento e propiciando segurança aos demais pacientes.

Após o reconhecimento dos usuários suspeitos, o hospital desenvolveu um fluxo distinto. Para isso, foi necessário reinventar o processo de atendimento, manejando estes casos para um setor de atendimento específico, localizado na recepção.

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

Na Instituição, o paciente que procura o atendimento ambulatorial, ou qualquer outro setor, e que por sua vez, for considerado suspeito na avaliação da triagem, é encaminhado diretamente para atendimento médico como um possível caso de COVID-19. Depois disso, o paciente só poderá prosseguir com o atendimento que o levou ao hospital após a liberação do médico responsável pelos casos suspeitos. Nestes casos, foi proposta uma avaliação conjunta feita pelo médico responsável em parceria com o médico anestesista, visando melhorar o manejo clínico até a realização de sua transferência.

O código “pós-atendimento”, referiu-se a possíveis encaminhamentos que porventura fossem gerados após o atendimento médico. Nas narrativas apresentadas, verificou-se os possíveis direcionamentos de pacientes com suspeita e confirmação da COVID-19. Tratou-se de um modelo de assistência associado à gravidade do paciente, seja ela relacionada à orientação e cuidados domiciliares, à assistência necessária de casos instáveis, até a realização da transferência para outras instituições.

### ***Infraestrutura Física***

Este grupo de códigos representam informações relacionadas às mudanças na estrutura física, perfazendo 19% das citações. O grupo foi composto pelos seguintes códigos: a) área segregada estrutural; b) higienização e ventilação do ambiente; c) aumento do quantitativo de materiais e equipamentos do pronto atendimento. Os trechos das citações da Figura 2, sustentam os aspectos relacionados à estrutura.

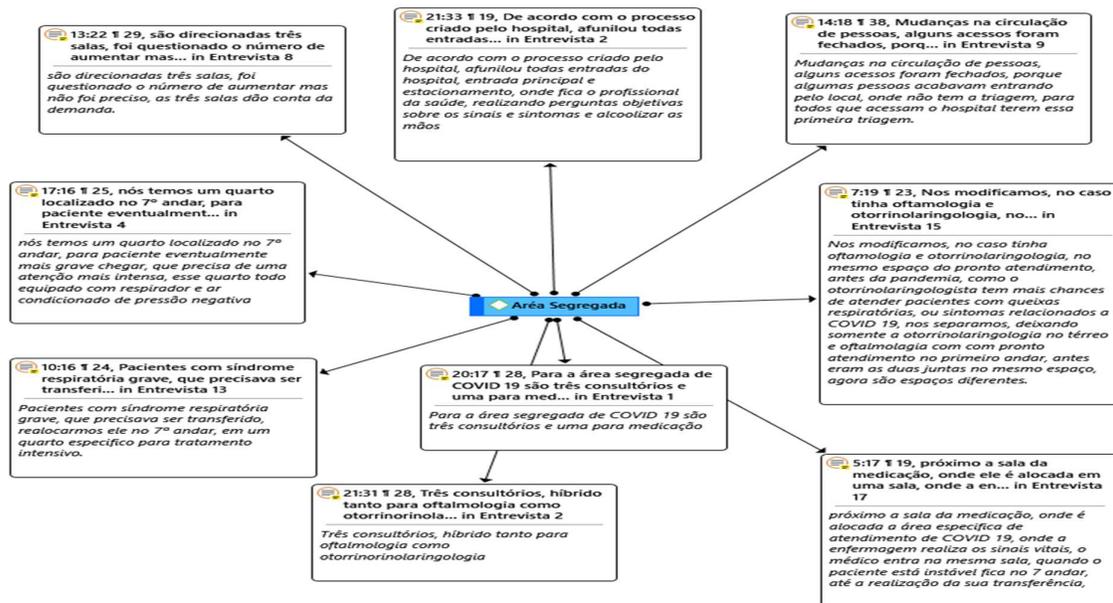


Figura 2. As mudanças e adaptações estruturais.

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

Os relatos demonstram as mudanças realizadas na circulação de pessoas, considerando que alguns acessos de entrada do hospital foram fechados, buscando facilitar a triagem de todos os usuários da Instituição. Ocorreu a separação do pronto atendimento das especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia em andares distinto. Para tal, três consultórios e uma sala para medicação, específicos para acolhimento dos pacientes suspeitos e localizados no andar térreo, foram disponibilizados.

Merece destaque, um quarto localizado no sétimo andar, disponibilizado para receber pacientes instáveis, dispondo de todos os equipamentos necessários para instalação de terapia intensiva, oferecendo suporte ao paciente até que o mesmo pudesse ser transferido para um hospital geral. Notou-se aumento no número de consultórios da área segregada, onde o indicador do número de atendimentos de casos suspeitos foi estudado, e demonstrou que os três consultórios se mostravam capazes de atender a demanda.

O código “incremento de equipamento e materiais” (Figura 3), demonstra o aumento no quantitativo e mudanças em equipamentos.

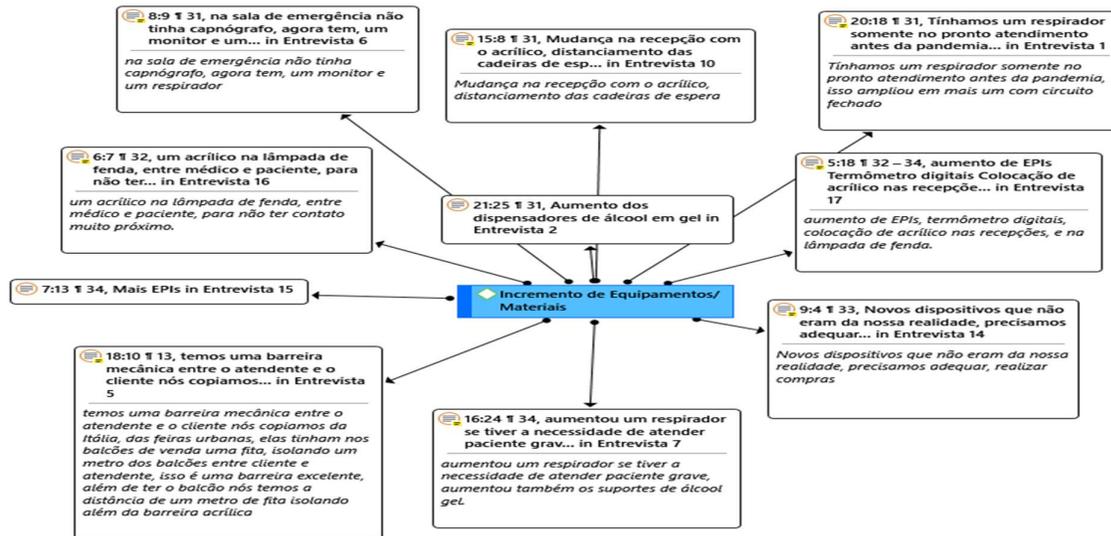


Figura 3. Incremento de equipamentos e materiais.

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

Os relatos demonstraram aumento na disponibilização de materiais e equipamentos, destacando os EPIs e dispensadores de álcool em gel. A higienização das mãos foi um dos pilares (Sequinel et al., 2020). O hospital desempenhou um papel fundamental para atender aos pacientes graves, com equipamentos e materiais adequados, duplicando o número de respiradores e monitores multiparâmetro com capnógrafo. Destaca-se que, não era uma realidade da Instituição o atendimento a pacientes graves, e mesmo sendo um hospital especializado, conseguiu atender a demanda emergencial extraordinária.

Barreira de acrílico foram adaptadas nos balcões das recepções, e uma fita para manter o espaço de distanciamento entre pacientes e recepcionistas foi instalada. Além do uso de máscaras de proteção, foram adaptadas pela engenharia clínica, lâmpadas de fendas com uma barreira de proteção em acrílico, dada a proximidade do paciente com o médico oftalmologista, durante a realização do exame.

O código “higienização” (Figura 4), demonstra como foi realizada a higienização no hospital estudado.

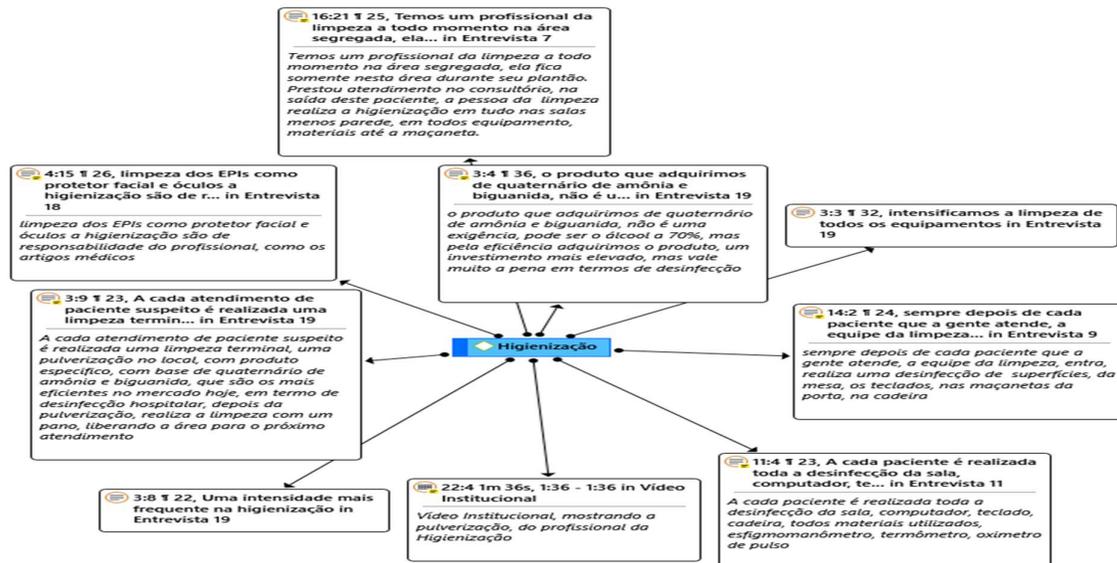


Figura 4. Higienização.

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

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

Algumas recomendações citadas no referencial teórico discorrem sobre a desinfecção de lentes, utilizadas na oftalmologia para realização de exames, e que entram em contato direto com a mucosa ocular de pacientes. Todavia, estas não foram citadas, visto que esta prática de higienização já era realizada rotineiramente antes da pandemia. Cabe ressaltar que todos os produtos padronizados pelo hospital para realização de assepsia e antisepsia são regularizados junto à ANVISA. Os procedimentos de higienização são divididos em duas etapas, sendo elas a limpeza e a desinfecção. A limpeza é o processo de remoção da sujidade e resíduos, presentes na superfície. Já a desinfecção se refere à ação de agentes químicos sobre microrganismos presentes nestas mesmas superfícies (Avancini, 2020).

Destaca-se que uma das fontes de transmissão do SARS-CoV-2 pode ocorrer a partir de contato com superfícies contaminada. Sendo assim, órgãos competentes recomendam a limpeza e desinfecção com agentes desinfetantes próprios de uso hospitalar de todos os ambientes que prestam serviços em saúde (Shabto et al., 2020). É importante enfatizar que a desinfecção eficiente de superfícies requer um produto adequado, juntamente com a prática correta, com vistas à inativação do vírus (Avancini, 2020).

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

O código “ventilação” demonstra o tipo de ventilação do ambiente no hospital estudado. Nas narrativas, foi possível identificar que o hospital dispõe de ar condicionado central, renovando e filtrando o ar de forma adequada, mas não em todo o hospital, agregando o ar respirado por pacientes suspeitos ou confirmados ao ar disponibilizado para pacientes com necessidades de tratamento intensivo.



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

### Profissionais de Saúde

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

A exposição prolongada de profissionais está associada ao aumento da infecção ocupacional, e evidências relatam que ações adequadas reduzem o risco de transmissão do vírus SARS-CoV-2. Dentre elas, destacam-se EPI para toda equipe, categorização de pacientes, e realização de procedimentos considerados de alto risco em ambientes adequados (Tran et al., 2012). O Grupo de Códigos relacionados à “necessidade de dimensionar profissionais da saúde”, sendo eles enfermeiros, médicos e funcionários do atendimento, encontram-se representados na Figura 5.

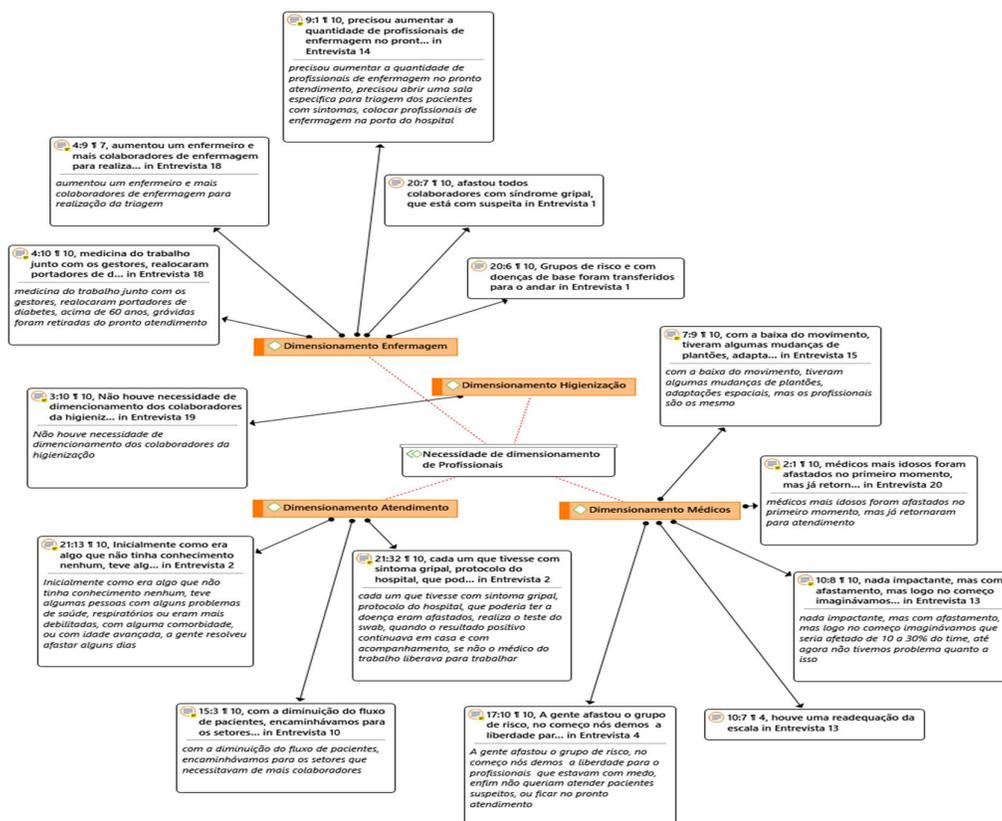


Figura 5. Grupo Dimensionamento: Atendimento, Enfermagem, Médicos e Higienização

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



Os trechos das narrativas mencionadas na Figura 5, demonstram o dimensionamento realizado junto aos colaboradores, enfatizando a necessidade de remoção de pacientes considerados do grupo de risco do local de pronto atendimento, visto que estes são potenciais fontes de infecção e podem contaminar os funcionários do setor.

Outro fator importante é a realização dos testes nos colaboradores com sinais de síndrome gripal, já que esta caracteriza um conjunto de sintomas relacionados à COVID-19. Em caso de resultado positivo, os funcionários são afastados e passam por acompanhamento junto ao médico do trabalho, até que sua retomada à função fosse permitida.

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

Os próximos dois códigos são relacionados aos “treinamentos realizados” e à “utilização dos EPIs” pelos profissionais de saúde no pronto atendimento (Figuras 6 e 7).

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

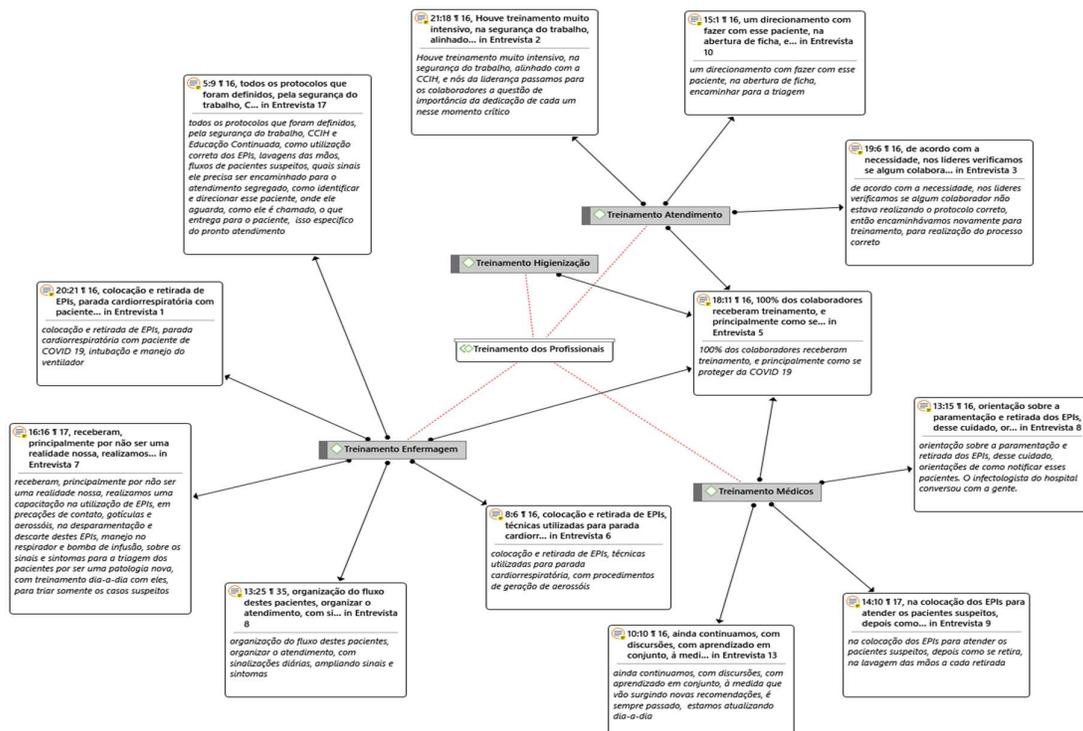


Figura 6. Treinamento dos Profissionais: Atendimento, Enfermagem, Higienização e Médicos. Fonte: Construído pela Autora com auxílio do software Atlas Ti.

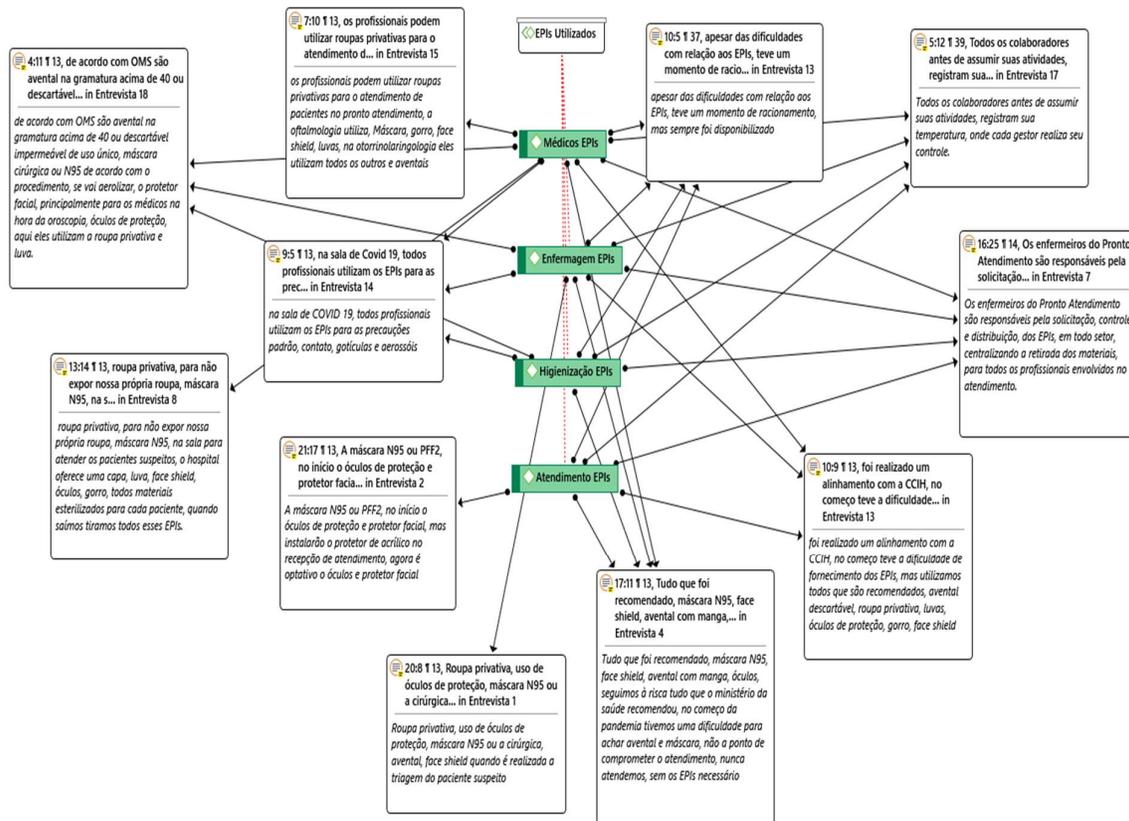


Figura 7. EPIs utilizados pelas equipes

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

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

O resultado das narrações demonstrou que o hospital garantiu todos equipamentos de proteção individual e treinamentos essenciais para o trabalho das equipes multidisciplinares, corroborando com os documentos internos.

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

Ocorreram diversos treinamentos permitindo que os profissionais tivessem tempo suficiente para capacitação da prática, adquirindo conhecimentos e habilidades necessárias para o exercício de novas atribuições. Estes elementos envolveram a gestão dos colaboradores, com realização constante de treinamentos a cada mudança, garantia do rastreamento precoce dos sintomas, e orientação sobre como

informar ao superior sobre qualquer sintoma relacionado à COVID-19, como por exemplo, a verificação da temperatura corporal no início do plantão.

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

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

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

### Específicos da otorrinolaringologia e oftalmologia

Os grupos de códigos específicos das especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia representaram 8% das citações, e demonstraram as modificações realizadas no pronto atendimento (Figuras 8 e 9).

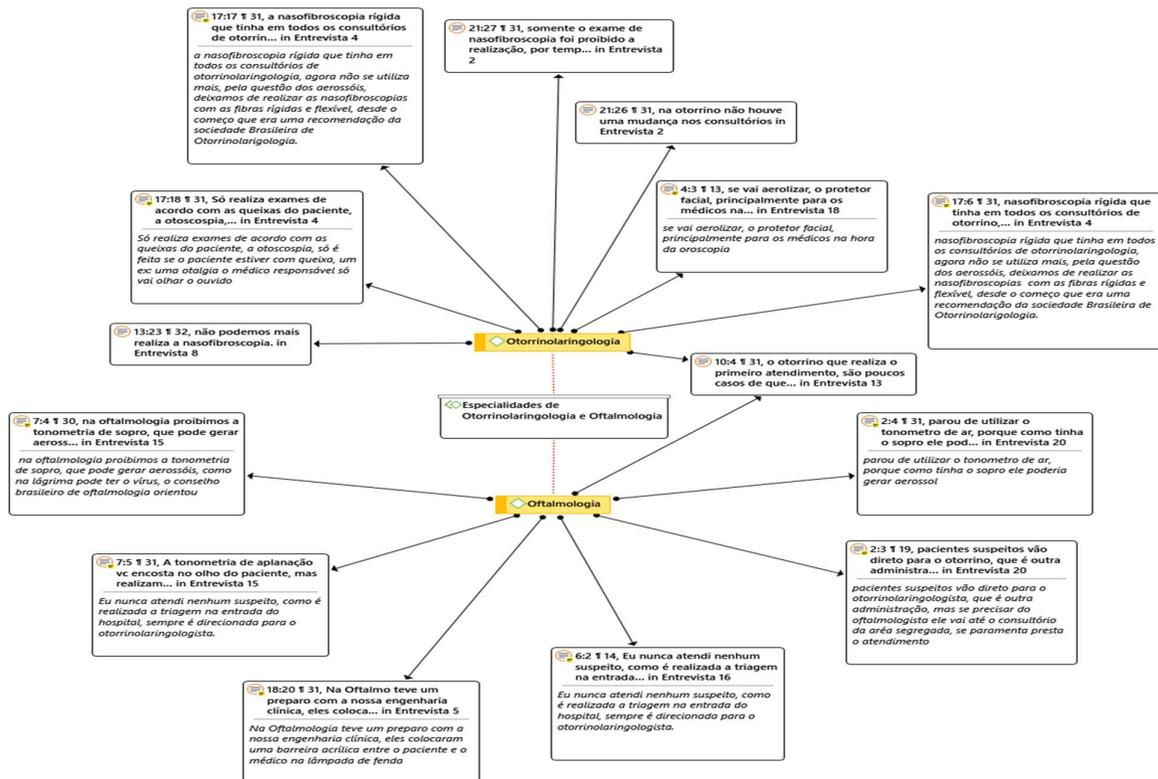


Figura 8. Especialidades de Otorrinolaringologia e Oftalmologia. Fonte: Construído pela Autora com auxílio do software Atlas Ti.

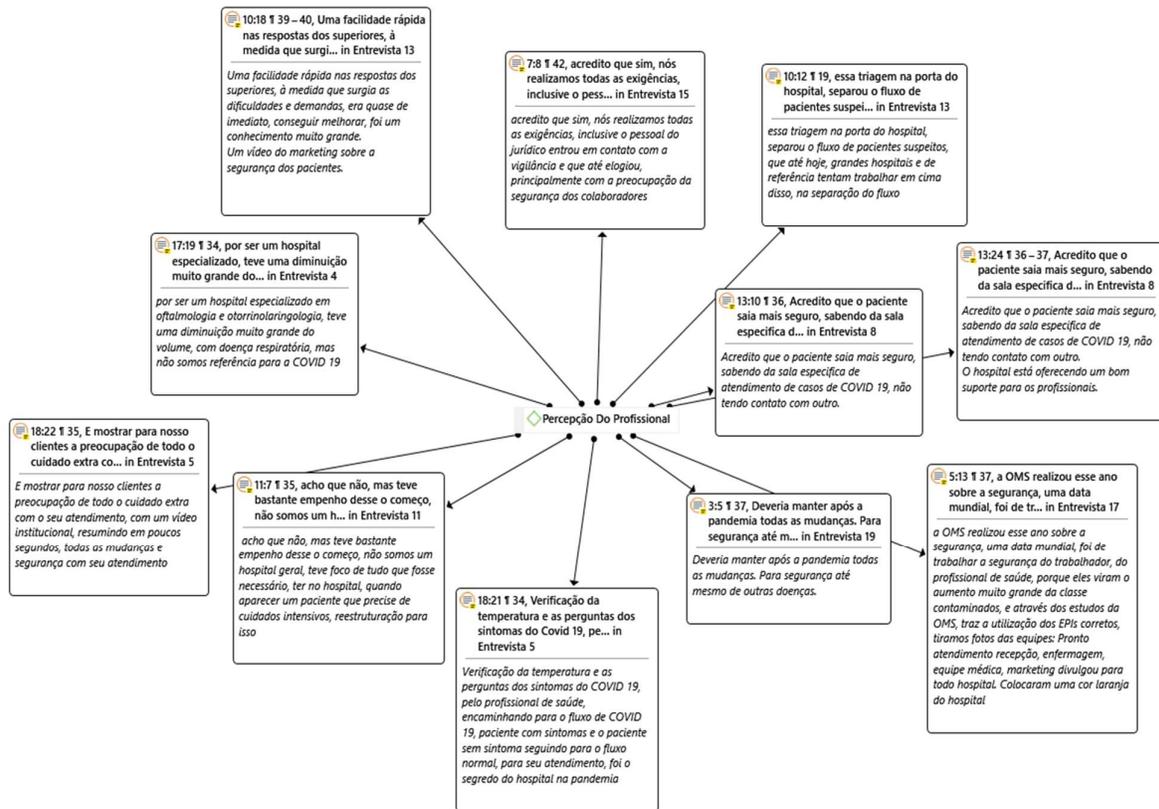


Figura 9. A Percepção dos Profissionais de Saúde.

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

As narrativas observadas na Figura 9, apontam as especificidades no processo de trabalho das duas especialidades estudadas. Foi possível verificar que alguns procedimentos deixaram de ser realizados durante a pandemia, como a nasofibroscopia rígida e flexível, e o tonômetro de sopro, seguindo as recomendações das Sociedades Brasileiras de Otorrinolaringologia e Oftalmologia.

No atendimento, as duas especialidades foram orientadas sobre a continuidade na realização de procedimentos, de acordo com a queixa dos pacientes, todavia limitando o contato próximo e por período longos, adaptando suas práticas em busca de uma menor exposição ao vírus SARS-CoV-2. Basicamente, o protocolo da Instituição previa que o primeiro atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 fosse realizado pelo otorrinolaringologista, e se houvesse necessidade, o mesmo solicitaria a presença do oftalmologista.

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

A nuvem de palavra, apresentada na Figura 10, é uma representação da frequência das palavras utilizadas em um texto. Nela, quanto mais a palavra for citada, mais chamativa será a sua apresentação na nuvem (Vilela et al., 2020). A ferramenta foi utilizada na análise dos dados





sujeitos a um maior risco de contaminação devido ao contato próximo com indivíduos infectados. A capacitação dos profissionais da saúde da instituição em atender pacientes que necessitam de cuidados intensivos foi essencial, pois não é uma realidade do hospital especializado, como a realização e manuseio adequado de alguns equipamentos e procedimentos. A observação do desempenho e falha dos novos processos, executados pelos profissionais da saúde são de responsabilidade de cada liderança, na identificação de uma não conformidade do colaborador, a liderança encaminhava para um novo treinamento, onde houve grande resistência no início da colocação, retirada e descarte apropriado dos EPIs.

A aderência dos colaboradores aos novos processos contribuiu para melhorar a reorganização do pronto atendimento. Com base na experiência da instituição, todas as medidas criadas forneceram suporte para a prevenção e controle da transmissão hospitalar da COVID-19. Com o necessário cuidado e envolvimento dos profissionais, e com base no alinhamento dos novos protocolos institucionais, foi possível identificar fluxos de pacientes com suspeita de contaminação, realizar mudanças estruturais, treinamento de profissionais, dimensionamento e utilização dos EPIs, dentre outros, que acabaram por se tornar de grande valia para redução da transmissão nosocomial da COVID-19. Consultas ambulatoriais, eletivas e procedimentos cirúrgicos vêm sendo gradualmente reestruturados, especialmente com a criação de áreas seguras para colaboradores e pacientes, garantindo a segurança durante o atendimento.

Este trabalho descreveu as medidas cautelares excepcionais, adotadas para enfrentar a pandemia no pronto atendimento de um hospital especializado em otorrinolaringologia e oftalmologia, limitando o risco de infecção pelo vírus SARS-CoV-2. Apesar da realização em apenas uma instituição, por um período curto de tempo, e com um número reduzido de entrevistas, chama a atenção para os resultados positivos observados no estabelecimento estudado. A descrição da experiência dos processos, assim como dos resultados oriundos de toda a reorganização, propiciou uma frutífera troca de informações que pode contribuir para a reorganização de outras instituições de saúde, além de fomentar pesquisas futuras sobre a eficácia das referidas mudanças. Neste sentido, espera-se que este estudo possa contribuir, inclusive, como base para implantação de novos modelos de reorganização em futuras pandemias.

### **Referências**

- Al-Sadeq, D. W., & Nasrallah, G. K. (2020). The incidence of the novel coronavirus SARS-CoV-2 among asymptomatic patients: A systematic review. *International Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.06.098>
- Anagiotos, A., & Petrikos, G. (2020). Otolaryngology in the COVID-19 pandemic era: The impact on our clinical practice. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06161-x>
- André, M. (2013). O que é um estudo de caso qualitativo em educação? *Revista da FAEBA - Educação e Contemporaneidade*, 22(40). <https://doi.org/10.21879/faeeba2358-0194.2013.v22.n40.p%0p>
- ANVISA. (2020a). *Agência Nacional de Vigilância em Saúde. Resolução—RDC nº 356, de 23 de março de 2020.*
- ANVISA. (2020b). *Nota Técnica n 04-2020 GVIMS-GGTES, que trata sobre as medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19).*



- <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/noticias/176-nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada>
- Avancini, C. A. M. (2020). Disinfectants for use in the sanitary context of COVID-19. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, 6(0), Ahead of print. <https://doi.org/10.26694/repis.v6i0.10333>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Rev. E ampl (Vol. 70). Edições.
- Bastos, S. B., & Cajueiro, D. O. (2020). Modeling and forecasting the early evolution of the Covid-19 pandemic in Brazil. *arXiv:2003.14288 [q-bio]*. <http://arxiv.org/abs/2003.14288>
- Belei, R. A., Gimenez-Paschoal, S. R., Nascimento, E. N., & Matsumono, P. H. V. R. (2008). O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. *Cadernos de Educação*, 0(30). <https://doi.org/10.15210/caduc.v0i30.1770>
- Böger, B., Fachi, M. M., Vilhena, R. O., Cobre, A. de F., Tonin, F. S., & Pontarolo, R. (2020). Systematic review with meta-analysis of the accuracy of diagnostic tests for COVID-19. *American Journal of Infection Control*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.07.011>
- Brasil. (2020). *Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/Decreto/D10212.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Decreto/D10212.htm)
- Cheng, X., Liu, J., Li, N., Nisenbaum, E., Sun, Q., Chen, B., Casiano, R., Weed, D., Telischi, F., Denny, J. C., Liu, X., & Shu, Y. (2020). Otolaryngology Providers Must Be Alert for Patients with Mild and Asymptomatic COVID-19. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 162(6), 809–810.
- Fears, A. C., Klimstra, W. B., Duprex, P., Hartman, A., Weaver, S. C., Plante, K. S., Mirchandani, D., Plante, J. A., Aguilar, P. V., Fernández, D., Nalca, A., Totura, A., Dyer, D., Kearney, B., Lackemeyer, M., Bohannon, J. K., Johnson, R., Garry, R. F., Reed, D. S., & Roy, C. J. (2020). Persistence of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Aerosol Suspensions. *Emerging Infectious Diseases*, 26(9), 2168–2171. <https://doi.org/10.3201/eid2609.201806>
- Fennelly, K. P. (2020). Particle sizes of infectious aerosols: Implications for infection control. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(9), 914–924. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30323-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30323-4)
- Feroli, M., Cisternino, C., Leo, V., Pisani, L., Palange, P., & Nava, S. (2020). Protecting healthcare workers from SARS-CoV-2 infection: Practical indications. *European Respiratory Review*, 29(155). <https://doi.org/10.1183/16000617.0068-2020>
- Flumignan, R., Nakano, L., Pascoal, P., Santos, B., Correia, R., Silveira, B., Takihi, F., Flumignan, C., Amorim, J., & Atallah, A. (2020). *Evidence from cochrane systematic reviews for the dissemination control of the Covid-19 infection*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.709>
- Fraher, E. P., Pittman, P., Frogner, B. K., Spetz, J., Moore, J., Beck, A. J., Armstrong, D., & Buerhaus, P. I. (2020). Ensuring and Sustaining a Pandemic Workforce. *New England Journal of Medicine*, 0(0), null. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2006376>
- Freitas, W. R. S., & Jabbour, C. J. C. (2011). Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: Boas práticas e sugestões. *Revista Estudo & Debate*, 18(2). <http://www.meep.univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/560>
- Gondim, S. M. G., Techio, E. M., Carias, I. A., Becker, J., Magalhães, L., & Lima, D. C. R. de. (2018). Análise de vídeo e imagens com suporte do ATLAS.ti: Exemplo de aplicação. *Psicologia em Pesquisa*, 12(2), 47–56. <https://doi.org/10.24879/2018001200200463>
- Herrera Victor, Finkler Neil, & Vincent Julie. (2020). Innovation and Transformation in the Response to Covid-19: Seven Areas Where Clinicians Need to Lead. *Catalyst non-issue content*, 1(2). <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0087>



- Hick, J. L., & Biddinger, P. D. (2020). Novel Coronavirus and Old Lessons—Preparing the Health System for the Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 0(0), null. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005118>
- Hu, K., Patel, J., & Patel, B. C. (2020). Ophthalmic manifestations of coronavirus (COVID-19). In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556093/>
- J, K., & Hg, M. (2020, outubro). *Management of conjunctivitis and other causes of red eye during the COVID-19 pandemic*. Australian Journal of General Practice; Aust J Gen Pract. <https://doi.org/10.31128/AJGP-04-20-5356>
- Ladner, J. T., Larsen, B. B., Bowers, J. R., Hepp, C. M., Bolyen, E., Folkerts, M., Sheridan, K., Pfeiffer, A., Yaglom, H., Lemmer, D., Sahl, J. W., Kaelin, E. A., Maqsood, R., Bokulich, N. A., Quirk, G., Watts, T. D., Komatsu, K. K., Waddell, V., Lim, E. S., ... Keim, P. (2020). An Early Pandemic Analysis of SARS-CoV-2 Population Structure and Dynamics in Arizona. *MBio*, 11(5). <https://doi.org/10.1128/mBio.02107-20>
- Lai, C.-C., Shih, T.-P., Ko, W.-C., Tang, H.-J., & Hsueh, P.-R. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(3), 105924. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>
- Ma, X., Lin, J., & Fang, S. (2020). Precautions in ophthalmic practice in a hospital with the risk of COVID-19: Experience from China. *Acta Ophthalmologica*, 98(4), e520–e521. <https://doi.org/10.1111/aos.14436>
- Martins, G. A. (2008). Estudo de caso: Uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 2(2), 12.
- Martins, G. de A., & Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas* (2ª). Atlas S.A.
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). *O estudo de caso como estratégia de investigação em educação*. 2(2). <http://dx.doi.org/10.34620/eduser.v2i2.24>
- Resolução—RDC nº 356, de 23 de março de 2020, nº RDC nº 356, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 5 (2020). <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-356-de-23-de-marco-de-2020-249317437>
- Nguyen, L. H., Drew, D. A., Graham, M. S., Joshi, A. D., Guo, C.-G., Ma, W., Mehta, R. S., Warner, E. T., Sikavi, D. R., Lo, C.-H., Kwon, S., Song, M., Mucci, L. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Eliassen, A. H., Hart, J. E., Chavarro, J. E., Rich-Edwards, J. W., ... Zhang, F. (2020). Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: A prospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(9), e475–e483. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)
- Oliveira, B. D. D., Khoury, S. H., Martins, V. G., Arnaud, F. C. de S., Gaspardi, A. C., & Rabêlo, D. R. V. (2020). Triagem e adequação do fluxo de pacientes no departamento de emergência de um hospital terciário durante a pandemia de COVID-19: Relato de experiência. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology) – Visa em Debate*, 8(3), 185–189. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01632>
- Pan American Health Organization. (2020). *Controles administrativos para garantizar la implementación de las medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de COVID19*. <file:///C:/Users/sirle/AppData/Local/Temp/Controles-administrativos-IPC-covid-19.pdf>
- Panigrahi, S. K., Pathak, V. K., Kumar, M. M., Raj, U., & Priya P, K. (2020). Covid-19 and mobile phone hygiene in healthcare settings. *BMJ Glob Health*, e002505–e002505.



- Parke, D. W. (2020). COVID-19 Era Impacts on the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology*. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2020.07.056>
- Pescarini, J., Aquino, E., Silveira, I., Aquino, R., & Souza-Filho, J. (2020). *Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: Potenciais impactos e desafios no Brasil*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.116>
- Qu, G., Li, X., Hu, L., & Jiang, G. (2020). An Imperative Need for Research on the Role of Environmental Factors in Transmission of Novel Coronavirus (COVID-19). *Environmental Science & Technology*. <https://doi.org/10.1021/acs.est.0c01102>
- Ra, S. H., Lim, J. S., Kim, G., Kim, M. J., Jung, J., & Kim, S.-H. (2020). Upper respiratory viral load in asymptomatic individuals and mildly symptomatic patients with SARS-CoV-2 infection. *Thorax*. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-215042>
- Ralli, M., Candelori, F., Cambria, F., Greco, A., Angeletti, D., Lambiase, A., Campo, F., Minni, A., Polimeni, A., & de Vincentiis, M. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on otolaryngology, ophthalmology and dental clinical activity and future perspectives. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 24(18), 9705–9711.
- Rodriguez-Morales, A. J., Gallego, V., Escalera-Antezana, J. P., Méndez, C. A., Zambrano, L. I., Franco-Paredes, C., Suárez, J. A., Rodriguez-Enciso, H. D., Balbin-Ramon, G. J., Savio-Larriera, E., Risquez, A., & Cimerman, S. (2020). COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Medicine and Infectious Disease*. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101613>
- Sakalli, E., Temirbekov, D., Bayri, E., Alis, E. E., Erdurak, S. C., & Bayraktaroglu, M. (2020). Ear nose throat-related symptoms with a focus on loss of smell and/or taste in COVID-19 patients. *American Journal of Otolaryngology*, 41(6), 102622. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102622>
- Sales, C. M. M., Silva, A. I. da, Maciel, E. L. N., Sales, C. M. M., Silva, A. I. da, & Maciel, E. L. N. (2020). Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: Investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4). <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000400011>
- Saran, S., Gurjar, M., & Garg, A. (2020). Identifying and implementing strategies to reduce the risk of self-contamination of healthcare workers caused by doffing of PPE during COVID-19 pandemic. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1–12. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.396>
- Sasseron, L. H., Carvalho, A. M. P. de, Sasseron, L. H., & Carvalho, A. M. P. de. (2011). Uma análise de referenciais teóricos sobre a estrutura do argumento para estudos de argumentação no ensino de ciências. *Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências (Belo Horizonte)*, 13(3), 243–262. <https://doi.org/10.1590/1983-21172011130315>
- Secretaria da Saúde, S. P. (2020). *Plano de contingência do estado de São Paulo para infecção humana pelo novo coronavírus-2019-nCoV*. [http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus/covid19\\_plano\\_contigencia\\_esp.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus/covid19_plano_contigencia_esp.pdf)
- Sequinel, R., Lenz, G. F., Silva, F. J. L. B. da, Silva, F. R. da, Sequinel, R., Lenz, G. F., Silva, F. J. L. B. da, & Silva, F. R. da. (2020). Soluções a base de álcool para higienização das mãos e superfícies na prevenção da COVID-19: Compêndio informativo sob o ponto de vista da química envolvida. *Química Nova*, 43(5), 679–684. <https://doi.org/10.21577/0100-4042.20170553>



- Shabto, J. M., De Moraes, C. G., Cioffi, G. A., & Liebmann, J. M. (2020). Review of Hygiene and Disinfection Recommendations for Outpatient Glaucoma Care: A COVID Era Update. *Journal of Glaucoma*, 29. <https://doi.org/10.1097/IJG.0000000000001540>
- Silva Junior, L. A., Leão, M. B. C., Silva Junior, L. A., & Leão, M. B. C. (2018). Atlas.ti software as a resource for content analysis: Analyzing robotics in science teaching in Brazilian theses. *Ciência & Educação (Bauru)*, 24(3), 715–728. <https://doi.org/10.1590/1516-731320180030011>
- Silva, R. C. de M., Silva, M. C. de M., & Costa, C. R. B. (2020). Segurança do trabalho no ambiente hospitalar frente à pandemia da COVID-19. *Revista de Atenção à Saúde*, 18(65). [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/7071](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7071)
- Torres, B. R. S., Cunha, C. E. X. da, Castro, L. R., Brito, L. M. P. de, Ferreira, C. V. O., Ribeiro, M. V. M. R., Torres, B. R. S., Cunha, C. E. X. da, Castro, L. R., Brito, L. M. P. de, Ferreira, C. V. O., & Ribeiro, M. V. M. R. (2020). Ocular manifestations of COVID-19: A literature review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66(9), 1296–1300. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.9.1296>
- Tran, K., Cimon, K., Severn, M., Pessoa-Silva, C. L., & Conly, J. (2012). Aerosol Generating Procedures and Risk of Transmission of Acute Respiratory Infections to Healthcare Workers: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 7(4), e35797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0035797>
- Vilela, R. B., Ribeiro, A., & Batista, N. A. (2020). Nuvem de palavras como ferramenta de análise de conteúdo: *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(11), 29–36. <https://doi.org/10.29352/mill0211.03.00230>
- Walter, S. A., & Bach, T. M. (2015). Adeus papel, marca-textos, tesoura e cola: Inovando o processo de análise de conteúdo por meio do atlas.ti. *Administração: Ensino e Pesquisa*, 16(2), 275–308. <https://doi.org/10.13058/raep.2015.v16n2.236>
- World Health Organization, W. (2020). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected*. [https://www.who.int/publications/i/item/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications/i/item/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
- Yan, C. H., Faraji, F., Prajapati, D. P., Ostrander, B. T., & DeConde, A. S. (2020). Self-reported olfactory loss associates with outpatient clinical course in COVID-19. *International Forum of Allergy & Rhinology*, 10(7), 821–831. <https://doi.org/10.1002/alr.22592>