

Protocolo assistencial de acolhimento em unidade de pronto atendimento no contexto da Covid-19 (2020-2021)

Mayara Fálco Faria¹ (Orcid: 0000-0001-8532-2073) (mayara.faria@usp.br)

Barbara Casarin Henrique-Sanches² (Orcid: 0000-0002-6531-8250) (barbara.henrique@usp.br)

Adson Hugo Gonçalves Soares² (Orcid: 0000-0002-2135-6968) (adsonhugo@usp.br)

Alessandra Mazzo¹ (Orcid: 0000-0001-5074-8939) (amazzo@usp.br)

¹ Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais- USP, Bauru-SP, Brasil.

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Resumo: Pesquisa qualitativa tipo pesquisa-ação cujo objetivo foi descrever o processo de reorganização do fluxo assistencial de uma UPA para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, a partir da implantação de protocolos assistenciais. O problema coletivo foi a organização do fluxo de atendimento de pessoas com síndrome gripal (SG). O estudo considerou os ciclos da pesquisa-ação propostos por Tripp (2005). Na fase de planejamento foi desenvolvido o fluxo de atendimentos de pacientes com SG mediante análise de normativas, estrutura física e recursos disponíveis. Durante a implementação, foram estabelecidas parcerias intersetoriais para adequação física, capacitação dos profissionais e redimensionamento da equipe. A descrição do processo de planejamento e implementação deu-se por meio de relatórios e dados coletados dos equipamentos de gestão da unidade e da Secretaria Municipal de Saúde. A avaliação foi realizada de forma contínua, com base na retroalimentação da literatura e da prática refletida. A reorganização da unidade com implantação de protocolos assistenciais e divisão de fluxos evidenciou pontos positivos, como participação e envolvimento da equipe, revisão de processos, busca por evidências e parcerias intersetoriais; e negativos, como a dificuldade na segregação do paciente com SG dentro da estrutura física da UPA.

► **Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Administração de Serviços de Saúde. Protocolos. Covid-19. Sistema Único de Saúde.

Recebido em: 13/12/2022

Revisado em: 12/12/2023

Aprovado em: 14/12/2023

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434057pt>

Editora responsável: Tatiana Vargas

Pareceristas: Aline Patrícia dos Santos Bezerra e Brigida Carvalho

Introdução

Em 31 dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recebeu uma notificação sobre os casos de “pneumonia viral” proveniente da Comissão Municipal de Saúde de Wuhan, República Popular da China. Em 9 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas declararam que os casos de pneumonia de Wuhan possivelmente foram causados pelo coronavírus (CoV). Ainda no mês de janeiro de 2020, autoridades da Tailândia, Japão, Estados Unidos e França relataram a notificação do mesmo vírus em seus países (WHO, 2022).

A expansão geográfica de casos e a análise da curva epidêmica da doença causada pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-Cov2), também mencionado como novo coronavírus 2019 (Covid-19), indicaram que se tratava de uma doença de transmissão humano-a-humano cuja infecção ocorre por contato próximo e exposição ao vírus. Dessa forma, em 11 de março de 2020, diante de dados alarmantes relacionados aos níveis de disseminação da doença e da severidade dos casos clínicos apresentados pelos infectados, a OMS considerou que a Covid-19 caracterizava uma pandemia (WHO, 2022). A grande preocupação decorrente da situação epidemiológica da pandemia - visto o que ocorrera, em especial, com China e Itália – era a sobrecarga dos serviços de saúde nos territórios acometidos (Wu; McGoogan, 2020).

Frente à nova realidade mundial com a Covid-19, medidas de enfrentamento para o manejo da pandemia se fizeram necessárias, especialmente no setor saúde. Foram realizadas mudanças estratégicas para garantir que recursos oferecessem o máximo de benefícios para a população, o que incorreu na necessidade de planejamento estratégico e na ação coordenada para manter a prestação essencial de serviços de saúde, mitigando o risco de colapso do sistema (WHO, 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil enfrenta uma dificuldade crônica na oferta de ações e serviços de saúde de média e de alta complexidade que varia de acordo com a realidade socioeconômica de cada região do país (Portela; Grabois; Travassos, 2020). Apesar das orientações no nível federal e em meio a todo o contexto mundial, o plano de contingência para o enfrentamento da Covid-19 necessitou respeitar a realidade local regional das unidades de pronto atendimento (UPA), estruturas hospitalares e os leitos de unidades de terapia intensiva disponíveis, o que levou cada região a analisar seu contexto e prover as adequações necessárias para o enfrentamento da doença (Gleriano *et al.*, 2020).

As UPAs podem ser descritas como estruturas de saúde intermediárias e de funcionamento ininterrupto, que prestam atendimento em diversos níveis de complexidade assistencial (Brasil, 2017). No cenário da Covid-19, proporcionaram em níveis locais cuidados destinados a pacientes que apresentavam desde quadros típicos de síndrome gripal (SG) a casos graves que evoluíram para insuficiência respiratória. Desse modo, o acolhimento aos pacientes e o planejamento de fluxos assistenciais se tornaram prioridade de gestão, aliados à organização para essa nova situação, e foi necessária a capacitação da equipe técnica, tanto nas questões de biossegurança como no atendimento aos casos respiratórios.

Protocolos assistenciais são relevantes ferramentas de gestão em saúde, uma vez que direcionam a organização do trabalho, garantindo a qualidade e segurança aos usuários (Vecina Neto, 2016; Quadrado; Tronchin, 2012; Krauzer *et al.*, 2018). Para a organização das unidades de saúde, o uso de protocolos assistenciais consistiu em uma estratégia viável para orientação das condutas assistenciais e as práticas institucionais com foco no cuidado com qualidade e centrado no paciente. Ademais, apoiaram a capacitação dos profissionais em relação a conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados à biossegurança para o desenvolvimento das práticas assistenciais.

Assim, o objetivo deste estudo foi descrever o processo de reorganização do fluxo assistencial de uma UPA para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, a partir da implantação de protocolos assistenciais.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo de pesquisa-ação realizado em um município do interior paulista.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social que considera a resolução de um problema coletivo, na qual pesquisadores e participantes se envolvem de modo cooperativo e participativo objetivando efetuar transformações em suas próprias práticas por meio da pesquisa científica (Tripp, 2005). É caracterizada por um processo sistematizado no qual o aprimoramento da prática se dá pela oscilação sistemática entre o agir no campo da prática e o pesquisar acerca dela. Esse tipo de pesquisa obedece a um ciclo clássico: planejar, implementar, descrever e avaliar (Tripp, 2005). Nesse sentido, o problema coletivo, foco dessa fase do estudo, foi a

organização do fluxo de atendimento de pessoas com SG em uma UPA da rede pública do município.

A rede de urgência do município corresponde à atenção intermediária de saúde, estabelecendo uma ponte entre a atenção básica e a atenção hospitalar. Em suas unidades a estrutura mantém atendimento ininterrupto para os agravos de saúde clínicos, ginecológicos, pediátricos, cirúrgicos, ortopédicos e odontológicos. Tem como suporte aos atendimentos o serviço de radiologia e contratualiza exames laboratoriais.

No município, existem cinco unidades de pronto atendimento distribuídas em quatro bairros, com atendimento pediátrico concentrado em duas destas unidades. A rede de urgência municipal ainda conta com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que objetiva ordenar o fluxo assistencial por meio de uma central de regulação e disponibilizar atendimento precoce às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada. O município conta com sete unidades de Suporte Básico (USB) descentralizadas em bases anexas às UPAS, além de duas Unidade de Suporte Avançado (USA) e duas Motolâncias, motocicletas com material para suporte básico de vida.

A UPA foco deste estudo faz parte da Rede de Atenção às Urgências do município. Inaugurada em 2013 na região leste, atendia uma população estimada em 2016 de 79.656 habitantes. Seu objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária articulada com rede de Atenção Básica, tendo em sua área de abrangência quatro unidades básicas de saúde, SAMU 192, apoio diagnóstico e terapêutico, além dos hospitais cujo encaminhamento ocorre pelas Centrais de Regulação e ou Complexo Regulador.

Atende em média 389 pacientes por dia (ano de 2019), destacando que, ao longo dos últimos anos, observa-se uma crescente busca por atendimento na unidade, uma vez que em 2017 foram realizados 84.975 atendimentos, enquanto no ano de 2019 registraram-se 139.921 atendimentos.

Participaram do estudo os profissionais que desempenhavam suas atividades de trabalho nessa UPA no período de realização do estudo, sendo eles: gestor da unidade, 8 enfermeiros, 31 técnicos de enfermagem, 8 médicos, 1 farmacêutico, 4 técnicos de farmácia, 2 assistentes sociais, 2 auxiliares de cozinha, 8 atendentes de recepção, 6 auxiliares de serviços de limpeza, 8 seguranças e 3 auxiliares administrativos, além

de membros da equipe diretiva do Departamento de Urgência do município, sendo 3 médicos e 2 enfermeiros.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética o Hospital de Anomalias Crânio-Faciais da Universidade de São Paulo, com parecer número 4.312.394 e CAAE:35133020.3.0000.5441

Desenvolvimento do estudo

Respeitando os ciclos da pesquisa ação propostos por Tripp (2005), a **Fase de Planejamento** se deu a partir do: a) levantamento da literatura e das normativas disponíveis pelos órgãos sanitários brasileiro, que vinham sendo construídas e disponibilizadas durante o atendimento aos pacientes de Covid-19; b) levantamento e descrição de como era realizado o fluxo de atendimento aos pacientes não Covid-19; c) levantamento minucioso dos recursos físicos, materiais e humanos da unidade (quantidade, conservação, disponibilidade de uso e formação); d) levantamento dos itens necessários e do conhecimento dos profissionais atuantes na unidade quanto a biossegurança.

Na sequência, de posse dos dados levantados, foram realizadas: a) reuniões da equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), b) reuniões com a equipe gestora da SMS e gestores da unidade e em conjunto estabelecidos os fluxos possíveis para o local e c) identificação da necessidade de parcerias para empréstimo de materiais e equipamentos.

Durante a **Fase de Implementação**, foram estabelecidas parcerias com o setor de informática e secretaria de educação do município para o empréstimo de materiais e equipamentos. Na sequência o fluxo foi apresentado ao gestor e chefia de enfermagem e clínica da unidade. Nesse processo, foi discutido a necessidade da elaboração de uma representação gráfica do fluxo que seria implantado na unidade, para visualização por toda equipe.

A **Descrição** do processo de planejamento e implementação foi realizada ao longo do processo por meio de relatórios e dados coletados dos equipamentos de gestão da unidade e da SMS e a **Avaliação** foi feita de forma contínua, com base na retroalimentação da literatura e da prática refletida e ao final deste estudo de forma somatória.

Os resultados deste estudo foram apresentados na forma de quadro, figuras e relatório discursivo, e discutidos com base na revisão de literatura sobre o assunto.

Resultados

Planejamento

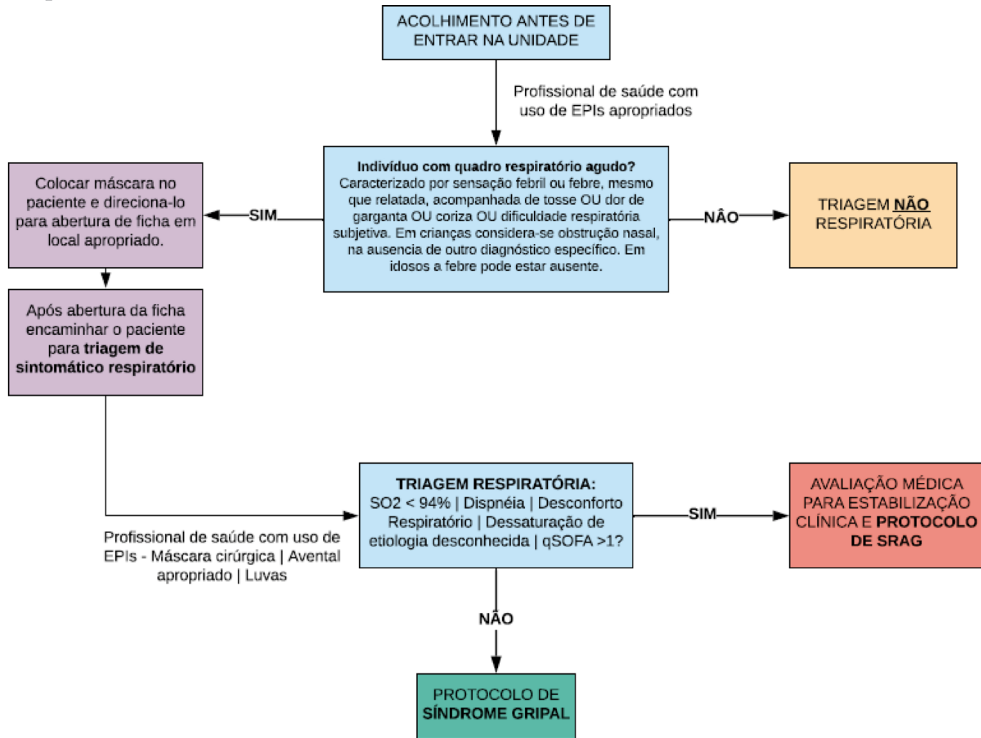
Com base no levantamento da literatura e das normativas disponíveis pelos órgãos sanitários e de saúde brasileiro (Santos *et al.*, 2020a), foi realizado o desenho de uma matriz de divisão do fluxo assistencial a ser implantado na UPA. Tal etapa, foi realizada pela equipe diretiva do Departamento de Urgência do município, que partiu do princípio de que as UPAS possuem particularidades e demandam estratégias distintas de organização para o atendimento oportuno e seguro aos pacientes, além de serem unidades de porta aberta para o atendimento de quaisquer níveis de gravidade clínica.

Estabeleceu-se, portanto, que o planejamento frente a uma pandemia deveria considerar, além do atendimento dos quadros respiratórios típicos da Covid-19, que as unidades continuariam recebendo os pacientes das demais especialidades de saúde e em diferentes gravidades.

A gestão municipal definiu que seria necessário criar um fluxo extra em cada unidade de urgência. Além disso, partindo do pressuposto que a circulação das pessoas pelo município deveria ser minimizada, objetivou que cada unidade deveria acolher e dar vazão com fluxo rápido aos pacientes com SG, focada no imediato acolhimento, na detecção dos casos suspeitos, no atendimento precoce e na prescrição do isolamento social. Dessa forma, o primeiro passo para o planejamento tático-operacional para a organização das unidades de urgência e emergência municipal foi definir que todas as unidades deveriam adotar dois fluxos assistenciais internos. O primeiro para pacientes que apresentam sintomas respiratórios/gripais e o segundo para o público geral de atendimento.

Nesse contexto, a equipe diretiva elaborou um protocolo assistencial de acolhimento com fluxograma matriz (Figura 1) para a segregação dos pacientes e o disponibilizou às unidades de saúde para que cada uma delas pudesse adaptá-lo frente a sua realidade, considerando sua estrutura física e os recursos humanos disponíveis.

Figura 1. Protocolo assistencial de acolhimento com fluxograma matriz para a segregação dos pacientes, Bauru-SP, 2020



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Bauru-SP, 2020.

Com base nesse pressuposto, para o planejamento foram realizadas três etapas distintas, a saber: visitas às unidades, levantamento de recursos e, por último, reuniões entre a equipe gestora da SMS e os gestores da unidade. As visitas e a avaliação in loco para adequação do fluxograma matriz à realidade estrutural da unidade, foram realizadas em consonância com as sugestões da chefia e dos enfermeiros. As visitas eram registradas em um diário de campo pela equipe diretiva.

Em reunião entre a equipe assistencial atuante na UPA cenário deste estudo e a equipe diretiva, firmou-se que a melhor opção para a unidade naquele momento, era a adaptação da estrutura física já existente para a divisão dos fluxos. Assim, foi criada uma entrada de pacientes pela parte posterior da unidade, no local onde, antes dessa ação, entravam as ambulâncias do SAMU. A guarita do segurança deste local foi adaptada e se tornou uma recepção para abertura da ficha de atendimento. O

estacionamento das ambulâncias, também contido no local, foi dividido e parte dele recebeu cadeiras para que os pacientes com SG pudessem aguardar o atendimento. Optou-se por essa estrutura observando como vantagem ser um ambiente com cobertura, mas sem paredes, com ótima ventilação.

No local, havia ainda uma porta de vidro que separava o estacionamento das ambulâncias do interior da unidade, do qual foram retirados materiais sem utilização e onde foi realizada a adaptação do espaço físico para receber a triagem dos pacientes no acolhimento e o consultório médico. O ambiente ganhou mobília e repartições com auxílio de biombos.

Definiu-se ainda que o paciente que necessitasse de medicação endovenosa seguiria para o interior da unidade e seria medicado em uma sala exclusiva para os casos de SG. Foi também determinado que os casos graves seriam encaminhados para sala de emergência.

Implementação

Para a implementação, foram estabelecidas parcerias entre a equipe diretiva, equipe assistencial, setor de informática e setor de manutenção da SMS e Secretaria Municipal de Educação, o que colaborou com a adaptação da unidade por meio dos empréstimos de móveis e tendas, da adequação elétrica para a instalação de computadores e consequente prontuário eletrônico. Ainda sobre as parcerias, buscou-se uma Instituição de Ensino Superior Pública e Estadual, alocada no município, para auxílio na capacitação dos profissionais.

Após a adequação física para receber os pacientes com SG em um ambiente isolado, iniciou-se o processo de adaptação interna da unidade para o funcionamento dos dois fluxos. Neste processo, o maior incômodo verbalizado pelo gestor e profissionais da unidade foi a quantidade de profissionais disponíveis frente a adaptação da nova realidade. Para minimizar o cruzamento dos fluxos entre os pacientes com SG e sem SG, o gestor indicou a necessidade de duas equipes nos plantões. A partir dessa questão, foi definido que era necessário reavaliar o dimensionamento da equipe.

Antes do atendimento aos pacientes com SG, a unidade em questão comportava por plantão dois médicos clínicos, dois médicos pediatras, dois enfermeiros (sendo um destinado à classificação de risco e o outro destinado à assistência aos pacientes), nove técnicos de enfermagem (divididos entre triagem, sala de medicação, enfermaria, sala de emergência e central de materiais), um farmacêutico, um técnico

de farmácia, um técnico de Raio X, dois recepcionistas, dois seguranças e duas auxiliares de serviço de limpeza.

Mantendo a equipe inicial, a equipe médica não conseguiu suprir mais um consultório, o que acarretou um único profissional revezando o atendimento em ambos os fluxos (gripal e não gripal), da mesma forma se deu com os enfermeiros, os quais acabaram desempenhando funções em ambos os fluxos. Além disso, o quantitativo de técnicos de enfermagem se mostrou insuficiente para prestar assistência de forma segregada.

Frente a essa perspectiva, um novo ciclo de adaptações foi iniciado, motivado por uma reunião da equipe assistencial com a equipe diretiva que apontou tais considerações e apresentou um planejamento de profissionais que pudesse atender as atividades impostas pela divisão dos fluxos de atendimento. No que tange à equipe médica, foi solicitado a inclusão de mais um profissional em todos os plantões, para que esse fosse exclusivo para os atendimentos de suspeitos de SG. Quanto à equipe de enfermagem, um novo dimensionamento foi calculado conforme a determinação da Resolução 543/2017 (COFEN, 2017).

Para o dimensionamento do pessoal de enfermagem, considerando a legislação vigente à época, ampliou-se os sítios funcionais da unidade, incluindo para os casos gripais uma triagem com um enfermeiro e um técnico de enfermagem, uma sala de aplicação de medicação com dois técnicos de enfermagem, um leito de emergência com um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Considerando o índice de segurança técnica de 15,0%, o novo dimensionamento significou um acréscimo de 16 enfermeiros e 27 técnicos de enfermagem para manter os sítios distintos e funcionais nas 24 horas do dia, todos os dias na semana, mediante um período de trabalho de 36 horas semanais (COFEN, 2017).

A equipe diretiva do Departamento de Urgência recebendo essa solicitação de adequação do dimensionamento de pessoal, deu início junto à Secretaria Municipal de Saúde, ao processo de contratação de equipe em caráter emergencial. O processo não ocorreu de forma imediata, mas foi se dando ao longo do tempo. No total, foram contratados em caráter temporário 11 enfermeiros, 18 técnicos de enfermagem e dois técnicos de farmácia com início das contratações em abril de 2020. Foi disponibilizado ainda, um médico a mais por plantão, com vínculo empregatício de forma terceirizada, como já ocorria com essa categoria profissional.

Os quantitativos de técnico de raio x, seguranças, auxiliares de limpeza, médicos pediatras e recepcionista não foram aumentados.

A falta de previsão da necessidade do aumento do número de profissionais repercutiu em um atraso no provimento de pessoal, o que atrelado ao congelamento dos gastos públicos pela lei complementar 173/2020 (Brasil, 2020), deixou como alternativa os contratos emergenciais e temporários.

A solução encontrada do provimento de pessoal minimizou as dificuldades ocasionadas pela escassez de profissionais na unidade, no entanto, provocou o treinamento no local de trabalho, o que junto a rotina modificada e sobrecarregada do ambiente, ocasionou importunos. Dessa forma, foi discutido a necessidade de implementar programas de capacitação, com enfoque em novos profissionais e a necessidade de educação permanente, ação que até então não era desenvolvida na UPA em questão.

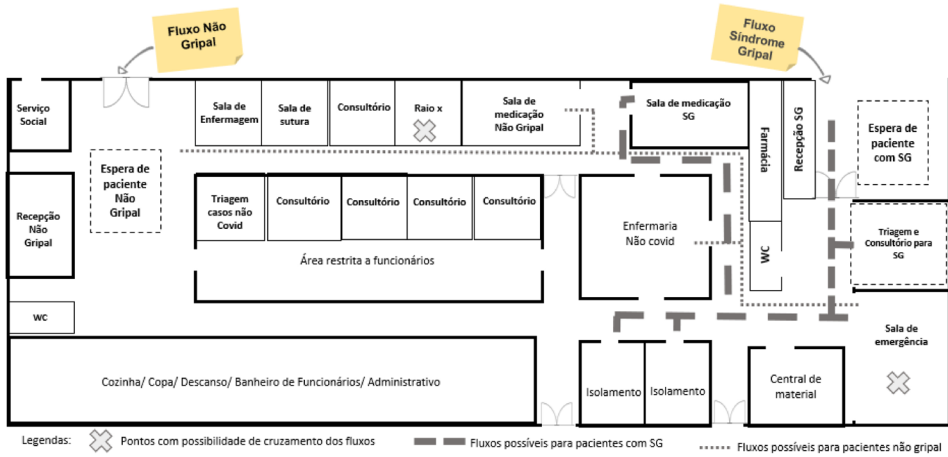
Descrição

Embora seja complexo separar as fases de planejamento, implementação, descrição e avaliação, os quais foram contínuos e retroalimentados entre si, foi possível observar o crescente número de atendimentos registrados, as parcerias efetuadas e número de profissionais capacitados, a produção de documentos, as reuniões historiadas em diário de campo e a busca de legislação e literatura frequentes. Estes dados, possibilitaram de forma contínua a documentação, descrição e análise de todo o processo. Nesse contexto, neste estudo destacam-se dois registros, um relacionado ao desenho do fluxo de pacientes e outro ao dimensionamento da equipe associado ao número de atendimentos que ocorreu no período.

O fluxograma de atendimento foi desenhado pelos enfermeiros assistenciais, usando a planta baixa da unidade, com o intuito de esclarecer os pontos de dúvidas e demonstrar para o restante da equipe como se daria a efetiva implantação do protocolo assistencial.

Alguns itens ajudaram a esclarecer de forma lúdica, como a preocupação com o uso da sala de raio-X e a sala de emergência que, ocasionalmente, poderiam cruzar os fluxos de atendimento gripal e não gripal. Essa ação repercutiu entre a equipe, desencadeando atividades que fortaleciam o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e a limpeza e desinfecção do local. Para o desenho foi utilizado o apoio do *software* PowerPoint® (Figura 2).

Figura 2. Planta baixa da unidade e descrição do fluxo de atendimento aos pacientes com SG, confeccionada pelos enfermeiros da unidade. Bauru-SP, 2021



Fonte: Acervo interno da unidade de saúde.

A descrição do número de profissionais e do número de atendimentos realizados pela unidade ao longo do período em que o protocolo assistencial esteve implantado encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1. Número de profissionais e número de atendimentos realizados na unidade ao longo do período. Bauru-SP, 2021Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Mês	Número de equipe assistencial por plantão												Número de atendimentos na UPA				Realidade epidemiológica do município				
	Enfermeiro			Téc. de enfermagem			médico clínico			Técnico de farmácia			Farmacêutico		Casos de síndrome gripal	Casos Gerais	Casos Graves (classificação vermelha)	Nº Casos Notificados no município Covid-19	Nº Casos confirmados por Covid-19	Nº de óbitos por Covid-19	
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	e							T
03/20	2	2	2	9	8	7	2	2	2	1	1	1	0	1	1	6.362 (24,7%)	34		144	2	0
04/20	2	2	2	12	8	8	2	2	2	x	1	1	0	1	1	774 (22,8%)	22		465	106	7
05/20	3	2	2	12	11	8	3	3	3	1	1	1	0	1	1	609 (16,7%)	43		546	177	8
06/20	3	3	2	11	11	8	3	3	3	2	2	1	0	1	1	1.431 (27,4%)	51		4.499	1.276	15
07/20	3	2	2	12	12	8	3	3	3	1	1	1	0	1	1	2.045 (31,9%)	62		16.423	2.503	43
08/20	4	4	3	10	12	9	3	3	3	2	2	1	0	1	1	1.788 (28,6%)	60		15.695	3.201	67
09/20	4	3	3	13	14	10	3	3	3	1	1	1	0	1	1	2.200 (29,6%)	61		15.322	4.195	56
10/20	4	4	3	13	14	10	3	3	3	1	1	1	0	1	1	1.852 (24,6%)	77		9.660	4.327	51
11/20	4	4	3	13	13	10	3	3	3	1	1	1	0	1	1	1.824 (24,0%)	72		7.110	2.143	23
12/20	5	3	3	13	13	10	3	3	3	1	1	1	0	1	1	2.133 (25,7%)	72		8.095	2.794	29
01/21	5	3	3	10	11	10	3	3	3	1	1	1	0	1	1	3.556 (34,2%)	93		12.137	4.516	55
02/21	4	4	3	14	14	10	3	3	3	1	1	1	0	1	1	1.601 (19,4%)	92		8.907	3.022	63
03/21	4	3	2	13	14	10	3	3	3	1	1	1	0	1	1	2.493 (28,1%)	124		12.202	4.701	162

Avaliação

A avaliação do processo de implantação do protocolo assistencial foi realizada de forma contínua, com base na retroalimentação da literatura, da prática refletida e análise dos dados e registros existentes e produzidos. Iniciou-se, assim, mais um ciclo de constantes diálogos entre a equipe diretiva da SMS, chefia da unidade e profissionais da linha de frente, cabendo destacar a dificuldade de manutenção dos fluxos segregados sem quantitativo de equipe adequada.

Ressalta-se ainda que atrelado a um quadro já cronicamente reduzido de profissionais de saúde na unidade, acresceram-se as dificuldades de diagnóstico (laboratórios estavam se adequando para receber uma quantidade aumentada de testes para detecção de antígeno viral, o que ocasionava longa espera para liberação dos laudos) durante o afastamento daqueles que desenvolviam sinais e sintomas de SG.

Além disso, as contratações geraram novos desafios para a equipe da unidade, uma vez que houve a chegada simultânea de vários profissionais de categorias diferentes e sem treinamento prévio dos contratados. Assim, coube à equipe assistencial treinar os recém-chegados ao mesmo tempo que prestavam assistência. Ao longo dos meses em que o protocolo assistencial se manteve na unidade observou-se grande rotatividade das contratações temporárias, o que em alguns momentos, deixou a equipe fixa desgastada pela responsabilidade de treinar os colegas sem a certeza do quantitativo de tempo que estes profissionais desempenhariam suas funções na unidade.

Apesar dos desafios, a contratação de profissionais foi essencial para a unidade conseguir fluidez nos atendimentos, em especial, nos meses com aumento expressivo, tanto na demanda de pacientes gripais, quanto na quantidade de pacientes graves, como ocorreu em janeiro a março de 2021.

O gargalo das contratações se deu nas equipes de apoio que se mantiveram inalteradas, em especial na equipe de limpeza, que por vezes era insuficiente para toda a demanda da unidade, dificultando o cumprimento de normas de biossegurança e atrasando atendimentos devido a necessidade da execução de limpeza terminal de alguns sítios funcionais. A dificuldade de atualizar contratos terceirizados como os da limpeza e segurança na mesma velocidade que a Covid-19 demandou sua evolução e os aspectos financeiros para isso, foram questões negativas gerenciais enfrentadas pela equipe diretiva.

Esse protocolo assistencial operou de março de 2020 até março de 2021, quando houve alteração no cenário epidemiológico da doença, bem como na gestão

municipal, com a implantação de novas estratégias de enfrentamento da pandemia no município.

Durante o período em que esteve em curso, ocorreram constantes ações de educação permanente, em especial para demonstrar que as atividades propostas estavam em consonância com as determinações sanitárias e embasadas em preceitos científicos disponíveis até o momento sobre a Covid-19, focando na criação de vínculo e de um clima organizacional de confiança para que houvesse adesão dos funcionários aos protocolos assistenciais que foram sugeridos. Durante o período, foi também produzida pela equipe mundial de cientistas uma grande quantidade de literatura sobre o assunto, observando-se a gravidade dos casos e ocorreu o início da vacinação.

Discussão

A pandemia trouxe à tona diversos desafios à sociedade, aos profissionais de saúde em todas as complexidades e em especial aos de linha de frente, sendo aos gestores imposto a necessidade do planejamento e da organização de unidades para o cuidado da essa nova demanda. Em um cenário incerto, com avanços científicos em curso e exposições de informações por organizações de saúde e sanitárias de forma quase que concomitante as anteriores, a agilidade de resposta da ciência e, conseqüentemente, das agências regulatórias nacionais, apesar de considerada uma conquista no enfrentamento da pandemia (Guerra; Salinas; Gomes, 2020), muitas vezes, ocasionou enigmas para a identificação, compreensão e translação para a prática das informações recebidas.

Para além dos novos desafios de organização das unidades de saúde para receber a demanda dos pacientes com Covid-19, foi possível vivenciar a pressão do sistema de saúde, o agravamento dos pacientes, os cuidados incertos, a demanda por novas tecnologias na assistência à saúde e a importância dada a biossegurança. Tais fatos associados ao pânico mundial com a incerteza de obtenção de insumos para os atendimentos de saúde necessários (Burki, 2020), um constante medo da contaminação por parte dos profissionais de linha de frente e uma tempestade de informações sem fundamentação vinculadas por mídias sociais replicadas pela sociedade, refletiu na requisição de ações pelas equipes diretivas responsáveis por todos os níveis de complexidade de atenção a saúde, não sendo diferente nas unidades de pronto atendimento.

Dado o contexto imediato, foi necessário que a gestão e a organização interna das unidades que respondessem às demandas sociais e assistenciais da população usuária, bem como da equipe multiprofissional que atuava no serviço de saúde. Na unidade deste estudo, optou-se pela organização de fluxos assistenciais por meio de planejamento e de implementação de protocolos assistenciais que incluíram distintos seguimentos entre os pacientes com SG e não gripal. Naquele momento, pouco se sabia do transcorrer e das medidas de enfrentamento da pandemia e na avaliação atual do fato ocorrido, pode-se observar que esta divisão demonstrou potencialidades e fragilidades onde este estudo foi realizado.

Dentre as potencialidades, a de grande destaque foi o fortalecimento do trabalho em equipe, multiprofissional, as vezes interprofissional e da prática colaborativa, enquanto estratégia de gestão. Com o enfoque de colocar o paciente na centralidade do cuidado, a prática colaborativa atualmente é apontada como ferramenta de fortalecimento e qualificação da assistência à saúde no âmbito nacional e internacional (Peduzzi; Agreli, 2018; OMS, 2010).

Dessa forma, a inserção da equipe de trabalho na tomada de decisão durante a implantação do protocolo assistencial na UPA pode ser considerada o diferencial para sua efetiva implantação. A participação dos profissionais atuantes na unidade, no planejamento e na implementação dos fluxos foi oriunda do fruto de um clima organizacional baseado na confiança e na participação dos sujeitos. Tal fato proporcionou uma gestão em consonância com a realidade da unidade, atenuando as dificuldades e estimulando a equipe a colaborar com a efetivação do protocolo assistencial.

A literatura tem apontado que processos decisórios que compreendem a participação do grupo envolvido, a responsabilidade pelas ações, quando diluídas entre os membros da equipe, motiva e qualifica, a criatividade, a inovação e o envolvimento dos profissionais. Além disso, tais ações fazem com que as informações sejam mais abrangentes, diversificadas e legítimas, o que implica com que as questões deliberadas serão aceitas com maior tranquilidade e incorporadas ao cotidiano da prática clínica (Hayashida *et al.*, 2014; Amaral *et al.*, 2021).

Ainda no contexto das potencialidades, esse protocolo assistencial demonstrou que o trabalho intersetorial para além dos serviços públicos do setor saúde, o diálogo entre setores públicos municipais, por meio de um processo colaborativo entre Secretarias de Educação e de Saúde, bem como a articulação com instituição pública

de educação superior no mesmo município, corroborou para superar os desafios impostos pelo cenário inédito e caótico da Covid-19, o que demonstra que é possível um trabalho coletivo em prol de um objetivo comum entre setores distintos na administração pública (Conceição *et al.*, 2020; Gleriano *et al.*, 2020; Souza, 2022).

O uso do fluxograma repercutiu em um diálogo claro e conciso com a equipe de saúde, proporcionando uma visão global do processo e a indicação das responsabilidades de cada ator da unidade. Fluxograma é um instrumento torna possível em protocolos assistenciais, otimizar resultados e minimizar conflitos (Pimenta *et al.* 2015), tal como foi percebido pelos enfermeiros deste estudo, impulsionando a representação artística da unidade (Figura 2).

Entre os fatores que ainda podem ser considerados positivos no percurso deste processo, destaca-se o conjunto de resultados alcançados durante a implantação do protocolo assistencial. Tal fato permitiu melhor visualizar as áreas e dos pontos críticos da unidade, em um contexto de racionamento e de uso inadequado de EPIs; escassez de insumos e equipamentos na área da saúde, preparo dos profissionais, entre outros; cenário encontrado também em outros serviços e discutidos de forma esporádica até então (Burki, 2020; Machado *et al.*, 2016; O'Dwyer *et al.*, 2017; Cook, 2020). Reconhecer fragilidades como exposição da equipe a patógenos, uso de novos fármacos, técnicas mais apuradas de acesso a vias aéreas, incorporação e adequação de tecnologias, evitam o desperdício, asseguram e qualifica a assistência, tanto ao usuário quanto ao profissional de saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente (Brasil, 2018) tem como um de seus objetivos a formação e o desenvolvimento dos profissionais com base nos problemas cotidianos, que fortaleçam a organização do trabalho. No contexto da pandemia de Covid-19, as questões de biossegurança foram expostas, respeitadas e consideradas. Além disso, as dificuldades nas habilidades em várias situações, os cuidados avançados e a translação de evidências científica motivaram a intervenção no próprio ambiente de trabalho de diversos profissionais, de forma interprofissional, numa prática colaborativa que tinha como objetivo atender melhor o paciente e proteger os profissionais (Peduzzi *et al.*, 2020). Tais fatos, reforçam a relevância de programas de parcerias ensino e serviço de sucesso, como por exemplo o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) (Garcia *et al.*, 2019).

No período de desenvolvimento deste estudo, estava em andamento no município o PET Saúde, com foco na interprofissionalidade. Com o apoio do

projeto em andamento, docentes, profissionais e estudantes que o integravam, além de profissionais da rede de assistência pública e privada no município, realizaram diversas ações voltadas à capacitação de profissionais, além de assessorias na busca de evidências, apoio a saúde mental, entre muitos outros (Bastos; Lopes, 2021).

Ao mesmo tempo que emergiram questões positivas frente a proposta de segregação dos fluxos aqui descritas, no decorrer, emergiram fragilidades do processo implantado na UPA, como falta de recursos humanos e a impossível missão de segregar o ser humano que naquele momento buscava atendimento em saúde (Moriya *et al.*, 1995).

Os recursos humanos limitados nos serviços públicos, em especial no setor saúde e nos serviços de UPA (Machado *et al.*, 2016), vem sendo alvo de discussão há tempos na literatura nacional (Morici; Barbosa, 2013; Morais *et al.*, 2018) e o enfrentamento à pandemia agravou tal situação. Tal fato ocorreu devido ao afastamento dos profissionais, por ventura contaminados e adoecidos pelo vírus, ou dos que apresentaram sinais e sintomas clínicos que levavam a suspeita de sua contaminação (Teixeira *et al.*, 2020). No mesmo período, observou-se um aumento expressivo no número de casos (Brasil, 2022) e o agravamento do estado clínico dos pacientes, o que demandou maior espaço físico para atendimento, recursos humanos capacitados e uma quantidade maior de insumos materiais, o que também ocorreu na UPA deste estudo (Quadro 1).

Nesse contexto, uma ampla discussão de órgãos públicos e sanitários sobre as modificações e o adoecimento da força de trabalho em saúde passou a ser realizada (WHO, 2020). No entanto, pouco avanço se obteve no que diz respeito aos planos de reposição dos profissionais e a qualificação dos profissionais em um curto período (Santos *et al.*, 2021), o que pode ter sido agravado pela inexperiência dos gestores e das autoridades públicas e privadas no enfrentamento de uma pandemia. Neste contexto, foi possível observar os contratos emergenciais e temporários (Santos *et al.*, 2020b; Pinho *et al.*, 2020) o que gerou dificuldades ocasionadas pela capacitação intensa e necessária nos locais de trabalho (Santos *et al.*, 2020b), devido a rotina modificada e a sobrecarregada que vivenciam os profissionais.

Além de tais fatos, o aumento no número de casos graves revelou outra debilidade no protocolo assistencial implementado. No município, no início da pandemia, os dados epidemiológicos demonstravam que uma única sala de emergência para a estabilização clínica dos casos e o posterior encaminhamento do paciente para

leito hospitalar, seria o suficiente para a demanda que vinha sendo apresentada, mas a dinâmica epidemiológica da doença mostrou ser muito mais agressiva, e muitos pacientes acabaram permanecendo na unidade de pronto atendimento por longo período, devido ao número insuficiente de leitos hospitalares (Noronha *et al.*, 2020). Concomitante a este fato, que diretamente impactou na diminuição dos profissionais para a manutenção da sala de emergência, a nova realidade demandou o replanejamento das ações de mitigação, controle e organização dos serviços de Saúde, colocando fim aos fluxos segregados e instituindo novas estratégias de gestão para o atendimento da demanda.

Considerações finais

Embora esta pesquisa se relacione com a análise de um caso específico, o que pode ser apontado como um fator de limitação, a reorganização de uma UPA por meio da formulação e implantação de protocolos assistenciais, além da divisão de fluxos durante a pandemia de Covid-19, evidenciou pontos positivos e frágeis que podem ser minimizados ou potencializados em novos desafios.

Entre os pontos a serem potencializados, podemos destacar a participação e o envolvimento da equipe, a revisão de processos, a criação e revisão de protocolos assistências e materiais, a busca por evidências, as parcerias com outras unidades e com outros serviços públicos, o trabalho multiprofissional e interprofissional e a revisão das rotinas. Entre os pontos a serem melhorados, destacam-se as dificuldades na segregação do paciente contaminado, a necessidade de educação permanente durante uma intensa atividade de trabalho e a constatação do número insuficiente de profissionais. Junte-se a isso que, nesse período, houve intensa produção de evidências e sua difícil translação para a prática assistencial e o curso imprevisível da doença associado a comportamentos da população.

Nesse contexto, o uso da pesquisa-ação demonstrou ser uma importante ferramenta. Oportunizou com arcabouço metodológico uma análise e avaliação das fases planejadas, descritas, implementadas, no sentido de confrontar o problema, indicando com rigoroso processo de envolvimento e avaliação, que pode ser utilizado para outras experiências.¹

Referências

- AMARAL, V. S. *et al.* Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 1, 2021, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>. Acesso em: 22 jun. 2022.
- BASTOS, R.S.; LOPES, A. C. (Org.). *Pandemia de Covid-19: trabalhando juntos por um futuro melhor*. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru-USP, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel Coronavírus*. 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Presidência da República Federativa do Brasil. Lei complementar nº 173, de 27 de maio de 2020. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19). *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 maio 2020.
- BURKI, T. Global shortage of personal protective equipment. *The Lancet*, v. 20, n. 7, p. 785-786, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30501-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30501-6). Acesso em: 22 jun. 2022.
- CONCEIÇÃO, M. R. *et al.* Covid-19-um exercício de coordenação e articulação municipal efetiva: a experiência de Niterói. *Saúde em Debate*, v. 44, n. esp. 4, p. 281-292, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E419>. Acesso em: 22 jun. 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. *Resolução COFEN 543/2017*, de 18 de abril de 2017. Brasília, 12 maio 2017.
- COOK, T. M. Personal protective equipment during the coronavirus disease (COVID) 2019 pandemic: a narrative review. *Anaesthesia*, v. 75, n. 7, p. 920-927, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/anae.15071>. Acesso em: 22 jun. 2022.
- GARCIA, S. D. O. *et al.* Integração ensino-serviço: experiência potencializada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Eixo Educação Permanente. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180540>. Acesso em: 22 jun. 2022.
- GLERIANO, J. S. *et al.* Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da Covid-19. *Escola Anna Nery*, v. 24, n. esp., 2020. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0188>. Acesso em: 22 jun. 2022.

GUERRA, S.; SALINAS, N. S. C.; GOMES, L. T. As agências reguladoras em resposta à crise da COVID-19. *Revista de Administração Pública*, v. 54, n. 4, p. 874-897, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200321>. Acesso em: 22 jun. 2022.

HAYASHIDA, K. Y. *et al.* Decision-making of the nursing team after the revitalization of a decentralized management model. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 23, n. 2, p. 286-293, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001190013>. Acesso em: 22 jun. 2022.

KRAUZER, I. M. *et al.* A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. *REME Rev. Min. Enferm.*, v. 22, n. e-1087, 2018. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180017>. Acesso em: 22 jun. 2022.

MACHADO, C. V. *et al.* Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170614>. Acesso em: 22 jun. 2022.

MORAIS, H. M. M. D. *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102311X00194916>. Acesso em: 22 jun. 2022.

MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista de Administração Pública*, v. 47, n. 1, p. 205-225, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000100009>. Acesso em: 22 jun. 2022.

MORIYA, T. M. *et al.* Doenças transmissíveis e isolamento: a percepção de aluno de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 29, n. 3, p. 286-296, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0080-6234199502900300286>. Acesso em: 22 jun. 2022.

NORONHA, K. V. M. D. S. *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, n. 6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>. Acesso em: 22 jun. 2022.

O'DWYER, G. *et al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. 125, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000072>. Acesso em: 22 de jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS, 2010.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. supl. 18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em: 22 jun. 2022.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. Suppl 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 22 jun. 2022.

PIMENTA, C. A. D. M. *et al.* Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.

PINHO, J. A. G. *et al.* Transparência governamental em capitais dos estados no Brasil nas contratações emergenciais para o combate da Covid-19. *Revista da CGU*, v. 12, n. 22, p. 260-274, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36428/revistadacgu.v12i22.330>. Acesso em: 22 jun. 2022.

PORTELA, M. C.; GRABOIS, V.; TRAVASSOS, C. Matriz linha de cuidado Covid-19 na rede de atenção à saúde. *FIOCRUZ*. Jun. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/matriz-linha-de-cuidado-covid-19-na-rede-de-atencao-saude>. Acesso em: 22 jun. 2022.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R. Evaluation of the identification protocol for newborns in a private hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 20, n. 4, p. 659-66, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400005>. Acesso em: 22 jun. 2022.

SANTOS, M. N. *et al.* Recomendações para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados Covid-19, pelas equipes de enfermagem de serviços de emergência (pré-hospitalar fixo e intra-hospitalar). Departamento de Enfermagem da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), 2020a.

SANTOS, J. L. G. D. *et al.* How are university hospitals coping with the COVID-19 pandemic in Brazil? *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 33, n. eAPE20200175, 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01755>. Acesso em: 22 jun. 2022.

SANTOS, T. B. S. *et al.* Contingência hospitalar no enfrentamento da Covid-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1407-1418, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.43472020>. Acesso em: 22 jun. 2022.

SOUZA, T. G. Atuação da Defensoria Pública na Pandemia: a luta por melhor organização e priorização da assistência à saúde. In: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022.

TEIXEIRA, C. F. D. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 22 jun. 2022.

TRIPP, D. Action research: a methodological introduction. *Educação e Pesquisa*, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S151797022005000300009>. Acesso em: 22 jun. 2022.

VECINA NETO, G. Serviços de assistência direta ao paciente. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. (Org.). *Gestão em Saúde*. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Critical preparedness, readiness and response actions for Covid-19*. Interim Guidance, 22 March 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-forcovid-19>. Acesso em: 22 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Timeline of WHO's response to COVID-19. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>. Acesso em: 22 jun. 2022.

WU, Z.; MCGOOGAN, J. M. 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*, v. 323, n. 13, p. 1239-1242, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>. Acesso em: 22 jun. 2022.

Nota

¹ M. F. Faria: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final a ser publicada. B. C. H. Sanches: revisão crítica e revisão final do manuscrito a ser publicado. A. H. G. Soares: revisão crítica e revisão final do manuscrito a ser publicada. A. Mazzo: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final a ser publicada.

Abstract

Care protocol for reception in an emergency care unit in the context of COVID-19 (2020-2021)

Qualitative action-research research aimed to describe the process of reorganizing the care flow of a UPA to face the COVID-19 pandemic, based on the implementation of care protocols. The collective problem was the organization of the care flow for people with the flu syndrome (FS). The study considered the action-research cycles proposed by Tripp (2005). In the planning phase, the flow of care for patients with FS was developed through the analysis of regulations, physical structure, and available resources. During implementation, intersectoral partnerships were established for physical adaptation, training of professionals, and resizing of the team. The planning and implementation process was described based on reports and data were collected from the unit's management equipment and the Municipal Health Department. The evaluation was carried out continuously, based on feedback from the literature and reflected practice. The reorganization of the unit with the implementation of protocols and division of flows showed positive points, such as participation and involvement of the team, review of processes, search for evidence, and intersectoral partnerships; and negative, such as the difficulty in separating FS patients within the physical structure of the UPA.

► **Keywords:** Health Management. Health Services Administration. Protocols. COVID-19. Unified Health System.

