

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vigilância intra-hospitalar no controle de transmissão da COVID-19*Intra-hospital surveillance on COVID-19 transmission control**Vigilancia hospitalaria en el control de transmisión de COVID-19*

Thaissa Pinto de Melo,¹ Patricia Amanda Pereira Vieira,¹ Evarilda Maia Nobre Feitosa,¹ Luciana Pinto Bandeira,² Daniela Maria Freire Marinho,³ Maria Sônia Rocha,¹ Marciano Gonçalves de Sousa,¹ Larissa Taumaturgo Baltazar,⁴ Luciana Auxi Teixeira Josino da Costa.²

¹Professor de Infectologia, Departamento de Biologia e Farmácia, Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc). Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar. Hospital Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Recebido em: 17/06/2020

Aceito em: 18/06/2020

Disponível online: 18/06/2020

Autor correspondente:

Thaissa Pinto de Melo

thaissapintodemelo@outlook.com

RESUMO

Objetivos: relatar a criação e a operacionalização de um instrumento de vigilância para controle de infecção intra-hospitalar da COVID-19 em um hospital terciário de alta complexidade em Fortaleza-CE, Brasil. **Descrição do caso:** relato de experiência sobre a criação e a operacionalização de um instrumento de vigilância intra-hospitalar denominado Ronda, produzido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Foi desenvolvido um instrumento em que era possível a identificação precoce de casos suspeitos de COVID-19 intra-hospitalar. **Conclusão:** as informações obtidas pelo Projeto Ronda da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar desta instituição traçarão diretrizes assistenciais direcionadas. O hospital mantém vivas suas responsabilidades institucionais de assistência, pesquisa e ensino. Estamos certos de que, a partir da ciência e da cooperação, será possível vislumbrar um período de otimismo e superação nos próximos anos.

Descritores: Infecções por Coronavirus; Controle de Infecções; Pandemias

INTRODUÇÃO

No final de dezembro de 2019, foi relatado em Wuhan, China, o surto de uma nova doença causada pelo Coronavírus

2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) e que, posteriormente, afetaria o mundo como uma nova pandemia.^{1,2} O insuficiente conhecimento científico sobre o novo coronavírus e sua alta capacidade de disseminação geraram incertezas sobre as melhores estratégias utilizadas para o seu enfrentamento em diferentes partes do mundo.³ Sabe-se que cada região tem suas particularidades que poderiam provocar mudanças no comportamento da doença. Questões relacionadas à desigualdade social, densidade demográfica com formação de aglomerações e capacidade do sistema de saúde são determinantes para delinear as melhores estratégias para cada local.⁴

A disseminação da doença é rápida, já que a transmissão ocorre de pessoa para pessoa por meio direto ou por gotículas, sendo assim, o enfrentamento ao COVID-19 requer cuidados como lavagem frequente das mãos, evitar contato mais próximo e consequentemente adotar medidas de afastamento social e isolamento. Porém, sabe-se que muitos fatores podem interferir positivamente e negativamente para que práticas eficazes de controle de doenças sejam implementadas, tais como campanhas de informação, práticas locais de saúde, comportamento social e crenças.^{4,5}

Nesse contexto, o Brasil, no dia 3 de fevereiro de 2020, declarou, por meio da Portaria nº 188 do Ministério da Saúde, Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, em decorrência da do Sars-CoV-2, correspondendo a uma classi-

ficação de risco em nível 3. Essa medida teve o intuito de favorecer que medidas administrativas fossem tomadas com maior agilidade e para que o país se preparasse para o enfrentamento da pandemia.⁶

A resposta a COVID-19 foi subdividida de forma didática em quatro fases: contenção, que inicia antes do registro de casos em um país ou região; a mitigação que inicia quando já existe uma transmissão sustentada da infecção, tendo como objetivo diminuir os níveis de transmissão, adotando medidas para redução da circulação de pessoas; a supressão que é necessária quando nenhuma das medidas anteriores conseguiram alcançar sua efetividade, sendo fundamental a implantação de medidas mais radicais de distanciamento social de toda a população; e, por fim, a fase de recuperação, que é observada quando há sinal consistente de involução da epidemia, sendo também o momento de alguns cuidados para a reestruturação social e econômica do país.³

Para se ter uma ideia da capacidade de disseminação da doença, no mundo, até o dia 18 de maio de 2020, foram confirmados 4.618.821 casos de COVID-19 e 311.847 óbitos com taxa de letalidade em torno de 6,7%. Já o Brasil apresentou, até a mesma data, o total de 254.220 casos confirmados com 16.792 óbitos causados pela doença, o que representa 5,5% do total de casos confirmados e de 5,4% do total de óbitos no mundo durante o mesmo período. Enquanto isso, no Ceará, até dia 19 de maio de 2020 às 14h, houve a confirmação de 26.951 casos, sendo que destes, 55,5% (14.950) são provenientes de Fortaleza. Neste ínterim, ainda, a taxa de letalidade do estado ficou em torno de 6,8% com 1.847 óbitos no total.⁷

Foi necessário, então, observar algumas experiências exitosas que seriam cruciais para que as ações estratégicas de enfrentamento do vírus fossem tomadas a fim de reduzir o número de óbitos. A exemplo, o Japão realizou uma vigilância rigorosa entre o tempo da doença em um caso primário (suspeito) até sua manifestação em um caso secundário (infectado) para entender a transmissibilidade da doença. Nesse ponto, observa-se que a vigilância precoce foi fundamental para controlar a disseminação e transmissão do vírus, realizando o mapeamento dos casos suspeitos/infectados e realizando o isolamento precoce das pessoas reagentes para COVID-19.^{8,9}

Dado a isso, o Governo do Ceará a partir da criação do plano de contingência, protocolos, fluxos, decretos e educação permanente de seus profissionais, vem realizando inúmeras ações para o enfrentamento da doença. A partir do dia 20 de março de 2020, o estado determinou medidas mais duras, visando conter a propagação da COVID-19, que até aquele momento contava com 20 casos notificados.¹⁰ Para suportar a demanda crescente, cada serviço de saúde ficou responsável por estruturar as políticas e estratégias necessárias para o enfrentamento da pandemia do Sars-CoV-2, incluindo o gerenciamento dos recursos humanos e materiais.¹¹

É importante que o serviço monitore a implementação de adesão às ações que foram elaboradas estrategicamente para o enfrentamento da pandemia do Sars-CoV-2, haja vista que esse monitoramento favorecerá a detecção dos nós críticos, assim como auxiliará o melhor manejo do paciente, de acordo com a realidade de cada serviço. Como exemplo pode ser necessário reforçar orientações para um grupo de profissionais, direcionando melhor sua capacitação conforme a necessidade, readequar fluxos e realizar ações emergenciais em casos de escassez de recursos materiais e humanos.^{11,12}

Um dos pontos mais importantes a se discutir são quais estratégias adotadas para identificação de casos suspeitos, confirmados e contactantes de COVID-19 de forma a prevenir, controlar ou impedir a transmissão do vírus dentro dos serviços de saúde. É necessário um reforço especial quanto a isso,

de forma que os pacientes suspeitos ou confirmados sejam identificados o mais rápido possível e as ações sejam realizadas de forma ágil para evitar danos aos demais pacientes e profissionais da instituição.¹¹

Diante do exposto, o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), criou o Projeto Ronda COVID-19 com o intuito de realizar a vigilância diária dos pacientes, buscando estratégias para a reorganização das unidades, estabelecidas por critérios determinados pelo início dos sintomas, solicitação de exames, acompanhamento de casos confirmados, suspeitos e seus contactantes. Tal experiência tem proporcionado excelentes resultados na busca ativa dos pacientes, sendo um instrumento eficiente para monitoramento das ações relacionadas ao COVID-19 e para a tomada de decisão no âmbito estratégico e operacional.

Dessa forma, o nosso objetivo foi relatar a criação e a operacionalização de um instrumento de vigilância para controle de infecção intra-hospitalar da COVID-19 em um hospital terciário de alta complexidade em Fortaleza-CE, Brasil.

RELATO DO CASO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a criação e a operacionalização de um instrumento de vigilância intra-hospitalar denominado Ronda, produzido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). O escopo de tal estratégia é a identificação precoce de sinais e sintomas da COVID-19 em pacientes internados em um centro de referência para as regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Dessa forma, para a elaboração do relato, foram utilizados registros memográficos dos profissionais da referida comissão envolvidos na construção do instrumento. Em seguida, fez-se uma análise crítica e sintéticas das ações de trabalho.

Contexto de criação

As atividades do Projeto Ronda tiveram início no mês de março de 2020, período que se iniciaram as admissões de pacientes com suspeita de COVID-19 na instituição. O primeiro caso confirmado foi em um paciente assintomático em seguimento por transplante hepático. Posteriormente, outros casos suspeitos foram pacientes atendidos com suspeita de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no serviço de urgência e emergência do hospital. No decorrer da evolução da pandemia, observou-se também uma crescentetransmissão do vírus entre os diversos setores do hospital, incluindo enfermarias, centro cirúrgico e unidades de terapia intensiva. Nosso sistema de Ronda de vigilância foi uma estratégia encontrada pela equipe para identificação ativa e precoce da infecção nos pacientes internados e nos profissionais de saúde que prestam serviço no hospital.

Atualmente, o hospital conta com aproximadamente 600 leitos e mais de 4500 profissionais em geral, sendo a CCIH composta por 08 enfermeiros, 05 médicos e 01 farmacêutico. Com a chegada da pandemia ao Ceará, essa atividade precisou ser incorporada à nossa rotina de forma a não interferir nas ações já existentes. Dessa forma, foi realizada uma escala semanal na qual o time foi dividido em equipes de 3 componentes: dois enfermeiros e um médico infectologista, com escalas de trabalho definidas e atribuições específicas.

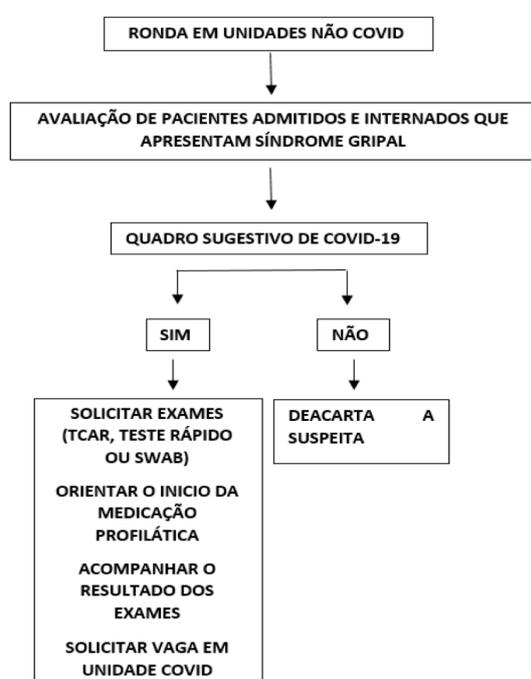
O hospital foi redimensionado em áreas COVID e não COVID, separando pacientes saudáveis daqueles infectados pelo vírus, visto que o cuidado de saúde também eram individualizados. No Ronda de busca ativa, 7 setores foram os alvos, reunindo desde locais de internações breves até setores com pacientes que precisavam de suporte de alta complexidade, como a UTI (unidade de terapia intensiva). Até a primeira quinzena

do mês de maio, aproximadamente 261 pacientes foram identificados e avaliados, sendo classificados como casos suspeitos, sejam eles contactantes sintomáticos ou assintomáticos.

Instrumento construído

De repente, deparamo-nos com a árdua missão de entender a transmissão do vírus, mapear e acompanhar os casos suspeitos a despeito da grandiosidade do hospital. Mantivemos o mesmo número de profissionais da CCIH e, dessa forma, tínhamos que construir algo que fosse operacionalmente racional.

Nossa rotina consistia em abordar a enfermeira do setor questionando-a sobre a existência de algum paciente com síndrome gripal. Adicionado a isso, fazíamos a abordagem dos pacientes já internados e recém admitidos no respectivo setor. Quando havia a sinalização da existência de algum paciente com quadro sugestivo de COVID-19, esse indivíduo era avaliado sobre sintomas, data de início dos sintomas e possíveis contatos com outros indivíduos, como mostra o fluxograma a seguir:



Fluxograma 1. Fluxograma de abordagem de pacientes com síndrome gripal em um hospital terciário de Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

A identificação da síndrome gripal e outros sintomas abordavam: febre, tosse, espirro, dispneia, diarreia, cefaleia e anosmia, além de pormenorizada a data de início dos sintomas. Então o paciente era classificado em quadro sugestivo ou não sugestivo de COVID-19. Caso não fosse, esse paciente tinha sua suspeita descartada. Caso fosse, a equipe de enfermagem era sinalizada em contatar a equipe do hospital para fazer o segmento desses pacientes, sendo possível para a mesma solicitação de vaga em unidade COVID, solicitação de exames (tomografia computadorizada de alta resolução de tórax, teste rápido ou swab de nasofaringe), continuar em observação por ser fraca suspeita ou, ainda, mais tarde descartar a suspeita, com o fluxo acontecendo de maneira sistemática.

Somando-se a isso, esses dados eram também encaminhados ao setor de regulação de leitos para que eles pudessem otimizar o quantitativo de vagas disponíveis no hospital com

realocação de pacientes. Adicionalmente, ao longo do processo da ronda, notou-se a necessidade de educação em saúde dos profissionais, onde mecanismos de transmissão e os métodos diagnósticos sobre a doença eram discutidos em conjunto. Portanto, a visita estava para além da identificação de possíveis doentes, mas também contemplava aspectos de educação permanente sobre a doença, mesmo que informal.

Observamos que a CCIH, diante da situação de pandemia pelo SARS-Cov-2, precisou ressignificar suas ações. Isso implicou a incorporação de novas tecnologias, a ampliação de vigilância contínua em setores que, até então, não eram prioritários e a responsabilização, dentro da instituição de saúde, de projetos de educação permanente. A ronda foi uma ação que conseguiu contemplar todos esses aspectos.¹³

Nossa atividade, no prisma da vigilância em saúde, possibilitou a coleta de dados e a construção de informações sólidas para a tomada de decisão do corpo clínico do hospital. Isso culminou em ações que abrangeram desde a reorganização de setores até a readaptação de rotinas e costumes da instituição. Todas essas mudanças foram respaldadas em evidências sobre a cadeia de transmissão do vírus, a saber: medidas ambientais, medidas de isolamento de doentes, suspeitos e contactantes, e medidas de atendimento longitudinal.^{13,14}

Quanto à criação do instrumento, os critérios de seleção de casos suspeitos foi um assunto bastante explorado pela equipe. Evidências mostram que 88,7% dos pacientes internados desenvolvem febre, 67,8% apresentam tosse, 3,8% diarreia. Uma revisão que avaliou diversos aspectos da doença já traz outros sintomas, como: dor de cabeça, dispneia com esforços leves, mialgia, fadiga e anosmia.¹⁵ Outro achado importante foi o radiológico: a presença de imagem em “vidro fosco” na tomografia de tórax estava presente em 56,3% dos pacientes.¹⁶ Dessa forma, tais achados clínico-radiológicos foram os escolhidos pela CCIH para compor o instrumento.

Outro aspecto importante que se tornou evidente durante a operacionalização da ronda foi o aumento do vínculo entre profissionais da assistência com a equipe da CCIH, já que a interlocução era diária. Percebe-se que essa prática possibilitou a construção de trabalho multiprofissional e intersectorial, que culminou em uma verdadeira longitudinalidade do cuidado. Isso mostra que o trabalho multiprofissional em saúde possibilita ultrapassar barreiras que o modelo medicalocêntrico impõe e que, nitidamente, quando se fala em controle de infecção, não é efetivo.¹⁷ Notamos também a importância da equipe de enfermagem em todo esse processo, pois, devido a sua constante atuação à beira leito, ela tem a capacidade de identificar mais rapidamente e precocemente novos sinais, sintomas ou complicações da doença.¹⁸

O papel da CCIH como instrumento de educação permanente nesse cenário ficou bastante evidente. A cada visita aos setores, orientações eram feitas com a finalidade de desenvolver, na equipe, competências inerentes ao cuidado em saúde para a COVID-19, desde de orientações sobre sintomas até métodos diagnósticos. Processos educativos são transformadores, pois aprimora os recursos humanos da instituição valendo-se do próprio local da atividade laboral, aproveitando das situações cotidianas e reais como ambiente de aprendizagem.¹⁹

Outro impacto importante do projeto foi a possibilidade de parceria com o setor de regulação de leitos. Pois, com o levantamento dos casos, era possível a reorganização dos leitos de forma a fazer uma coorte de contactantes assintomáticos, contactantes sintomáticos e casos confirmados.

Por fim, surto hospitalar por SARS-CoV-2 ainda é pouco descrito, mais ainda quando se associa à infecção intra-hospitalar. Na ronda, já identificamos a necessidade dessa análise. Um estudo feito em Wuhan avaliou a taxa de infecção hospita-

lar em pacientes com COVID-19 constatando que houve uma taxa de infecção hospitalar de 7,1%, tal fato também aumentou a mortalidade desse paciente que adquiriram infecção hospitalar. Dessa forma, esse prisma precisará ser abordado nas ações futura.

CONCLUSÃO

Sabemos que a COVID-19 irá impactar em diversas esferas da sociedade. O entendimento dos detalhes da doença fortalecerá nosso combate a essa pandemia que assola a humanidade. As informações obtidas pelo Projeto Ronda da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar desta instituição traçarão diretrizes assistenciais direcionadas. O hospital mantém vivas suas responsabilidades institucionais de assistência, pesquisa e ensino. Estamos certos de que, a partir da ciência e da cooperação, será possível vislumbrar um período de otimismo e superação nos próximos anos.

REFERÊNCIAS

- Xu Z, Shi L, Wang Y, et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *Lancet Respir Med* 2020;8(4):420-422. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30076-X.
- Wu F, Zhao S, Yu B, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. 2020;579(7798):265-269. doi: 10.1038/s41586-020-2008-3
- Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso 2020 May 22];36(5):e00068820. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000500101&lng=en. Epub May 08, 2020. doi: 10.1590/0102-311x00068820
- Freimuth V, Linnan HW, Potter P. Communicating the threat of emerging infections to the public. *Emerg Infect Dis* 2000;6(4):337-347. doi:10.3201/eid0604.000403
- Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun* 2020;109:102433. doi: 10.1016/j.jaut.2020.102433
- Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020 fev 4; Seção Extra:1. Available from: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
- Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde do Estado. Doença pelo novo coronavírus. COVID-19. Boletim Epidemiológico, Ceará, n.26, Maio. 2020. Available from: <https://coronavirus.ceara.gov.br/>
- Nakazawa E, Ino H, Akabayashi A. Chronology of COVID-19 cases on the Diamond Princess cruise ship and ethical considerations: a report from Japan. *Disaster Med Public Health Prep* [Internet]. 2020 Mar 24 [cited 2020 May 20]. doi: 10.1017/dmp.2020.50
- Kakimoto K, Kamiya H, Yamagishi T, Matsui T, Suzuki M, Wakita T. Initial investigation of transmission of COVID-19 among crew members during quarantine of a cruise ship: Yokohama, Japan, February 2020. *MMWR Surveill-Summ.* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 21];69(11):312-3. doi: 10.15585/mmwr.mm6911e2
- Governo do Estado do Ceará. Decreto nº 33.519, de 19 de março de 2020. Intensifica as medidas para enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus. Diário Oficial do Estado do Ceará 2020; 19 mar.
- Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 7/2020: Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde. Brasília. 2020.
- Oliveira WK et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 29, n. 2 [cited 22 May 2020], e2020044. doi: 10.5123/S1679-49742020000200023
- Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. O que a pandemia da covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? Texto contexto - enferm. [Internet]. 2020; 29(1). <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0106>.
- Lacerda RA. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem hoje e perspectivas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2002;10(1):55-63. doi: 10.1590/S0104-11692002000100009.
- Guan W, Ni Z, Hu Y. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020 doi: 10.1056/NEJMoa2002032. Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, Davenport C, Leeftang MMG, Spijker R, Hoof L, Bruel AVD, Emperador D, Dittich S. Diagnosis of SARS-CoV-2 infection and COVID-19: accuracy of signs and symptoms; molecular, antigen, and antibody tests; and routine laboratory markers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020;4(1):1-15. doi: 10.1002/14651858.cd013596
- Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface Comun Saúde Educ* 2017;21(62):589-99.
- Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006;14(6):837-42.
- Horr L, Oro IM, Lorenzini A, Silva LM. Comissão de controle de infecção hospitalar. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet] 1978; 31(2):182-192. doi: 10.1590/0034-716719780002000005