

Tenda COVID-19: serviço de triagem especializado, uma análise temporal do perfil de pacientes atendidos

COVID-19 tents: specialized triage service, a temporal analysis of the patients' profile

Tienda COVID-19: servicio de triaje especializado, un análisis temporal del perfil de pacientes atendidos

Daniele Brasil¹

ORCID: 0000-0002-1250-1975

Luciana Julek¹

ORCID: 0000-0001-6898-6839

Luciane Patrícia Andreani Cabral¹

ORCID: 0000-0001-9424-7431

Guilherme Arcaro¹

ORCID: 0000-0003-1855-9091

Mirian Cristina Ribas¹

ORCID: 0000-0002-2583-8577

Maria Dagmar da Rocha Gaspar¹

ORCID: 0000-0002-9368-6544

Danielle Bordin¹

ORCID: 0000-0001-7861-0384

¹Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

Como citar este artigo:

Brasil D, Julek L, Cabral LPA, Arcaro G, Ribas MC, Gaspar MDR, et al. COVID-19 tents: specialized triage service, a temporal analysis of the patients' profile. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 1):e20200687. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0687>

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0687>

Autor Correspondente:

Danielle Bordin

E-mail: daniellebordin@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 30-06-2020

Aprovação: 03-10-2020

RESUMO

Objetivo: Analisar a mudança no perfil clínico-epidemiológico de pacientes atendidos no serviço de triagem especializado para COVID-19 (Tenda COVID-19) nos três primeiros meses de funcionamento. **Métodos:** Estudo transversal, com usuários atendidos de março a maio de 2020 (n=379) na Tenda COVID-19 de Ponta Grossa, Paraná. Foram coletados dados de formulário eletrônico alimentado por profissionais da Tenda, contemplando características sociodemográficas, sintomatologia, fatores de risco de exposição, meio de busca e conduta clínica, e realizados teste de tendência e qui-quadrado. **Resultados:** Houve maior procura em março (n=197), motivada por sintomatologia leve e busca direta (p<0,05). Nos meses subsequentes, a procura diminuiu (n=93; n=89), mas aumentou a busca de forma referenciada, ambulância e quadros que requereram atendimento médico, observação e internação (p<0,05). A busca decorrente de exposição a fatores de riscos não sofreu mudanças (p>0,05). **Conclusão:** o perfil mudou ao longo do tempo, refletindo, ao final, quadros sintomatológicos graves e críticos, demandando intervenção.

Descritores: Perfil de Saúde; Triagem; Serviço Hospitalar de Admissão de Pacientes; Atenção Secundária à Saúde; Infecções por Coronavírus.

ABSTRACT

Objective: To analyze the change in the clinical-epidemiological profile of patients attended at the specialized triage service for COVID-19 (COVID-19 tent) in the first three months of operation. **Methods:** Cross-sectional study, with users attended from March 2020 to May 2020 (n=379) at the COVID-19 tent in the city of Ponta Grossa, Paraná. Data collection was retrieved from an electronic form fed by tent professionals, which included sociodemographic characteristics, symptoms, risk factors of exposure, means of search and clinical conduct. Trend tests and chi-square tests were performed. **Results:** March showed a greater demand (n=197), motivated by mild symptoms and direct search (p<0.05). In the following months, there was a decrease in demand (n=93; n=89), however the search for referrals, ambulances and conditions that required medical attention, observation and hospitalization increased (p<0.05). The search resulting from exposure to risk factors has not changed (p>0.05). **Conclusion:** the profile has changed over time, reflecting, in the end, severe and critical symptoms, requiring intervention.

Descriptors: Health Profile; Triage; Admitting Department, Hospital; Secondary Care; Coronavirus Infections.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el cambio del perfil clínico-epidemiológico de pacientes atendidos en el servicio de triaje especializado para COVID-19 (Tienda COVID-19) en sus primeros tres meses de funcionamiento. **Métodos:** Estudio transversal, con usuarios atendidos de marzo a mayo de 2020 (n=379) en la Tienda COVID-19 de Ponta Grossa, Paraná. Datos recolectados de formulario electrónico completado por profesionales de la Tienda, contemplando características sociodemográficas, sintomatología, factores de riesgo de exposición, medio de búsqueda y conducta clínica. Se aplicaron tests de tendencia y Chi-cuadrado. **Resultados:** Hubo mayor concurrencia en marzo (n=197), con sintomatología leve y búsqueda directa (p<0,05). En los meses siguientes se redujo la concurrencia (n=93; n=89) aumentando igualmente la búsqueda referenciada, ambulancia y cuadros requiriendo atención médica, observación e internación (p<0,05). La búsqueda derivada de exposición a factores de riesgo no cambió (p>0,05). **Conclusión:** El perfil cambió con el tiempo, reflejando finalmente cuadros sintomatológicos graves y críticos, demandando intervención.

Descritores: Perfil de Salud; Triaje; Servicio de Admisión en Hospital; Atención Secundaria de Salud; Infecciones por Coronavírus.

INTRODUÇÃO

A pandemia ocasionada pelo novo coronavírus ou SARS-CoV-2, causadora da doença intitulada COVID-19, tem causado grandes abalos sociais e econômicos, impondo-se como um desastre de saúde mundial⁽¹⁾.

A transmissibilidade do vírus é alta e acontece de um indivíduo infectado para outro livre por meio de gotículas respiratórias⁽²⁾. A doença afeta principalmente o pulmão e nota-se variação de sintomas, desde quadros assintomáticos ou leves que se apresentam como uma síndrome gripal até casos graves, sendo a falência respiratória e o choque as principais complicações⁽³⁾.

Diante deste cenário assolador, os sistemas de saúde, em âmbito global, precisaram implementar rápidas mudanças na organização dos serviços e nos atendimentos. O Ministério de Saúde brasileiro criou fluxos próprios de atendimento, conforme sua estrutura para prestação de serviços nos diferentes níveis de atenção e de acordo com a gravidade do paciente, ficando aqueles graves e críticos sob competência do âmbito hospitalar⁽⁴⁾.

O Ministério da Saúde também recomendou que as instituições hospitalares organizassem um espaço externo à instituição exclusivo para triagem de pacientes com sintomas respiratórios, com ou sem febre, e suspeitos ou confirmados para COVID-19. Em seguida, se necessário, eles seriam encaminhados para internação⁽⁵⁾.

Assim, para atender a essa diretriz, evitar o colapso do Sistema Único de Saúde na região e garantir maior segurança ao paciente e eficiência no atendimento, o HU-UEPG (Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, da Universidade Estadual de Ponta Grossa) montou a "Tenda COVID-19". Trata-se de uma infraestrutura externa às instalações do hospital, especializada para receber todos os pacientes suspeitos e confirmados para COVID-19, de forma referenciada ou direta, por meio de um fluxo de atendimento sistematizado.

Vale destacar que, mesmo com ampla divulgação nas mídias sociais e diversos cuidados com novos fluxos de atendimento mais efetivos, a população ainda tem dúvidas sobre a doença, medidas de prevenção e demais contextos a ela relacionadas. Vários fatores levam a comunidade a buscar pelo serviço, como apresentação de sinais clínicos ou mesmo por medo e ansiedade que, se somados às dúvidas em relação aos novos fluxos de atendimento, motivam a busca pelo serviço, muitas vezes sem a indicação necessária.

Desse modo, são imprescindíveis estudos para dimensionar o comportamento e perfil de indivíduos expostos e afetados pela doença, no sentido de subsidiar medidas mais eficazes em relação ao enfrentamento da COVID-19, bem como conhecer as estratégias em evidência, a exemplo da elencada no presente estudo.

OBJETIVO

Analisar a mudança no perfil clínico-epidemiológico de usuários atendidos no serviço de triagem especializado para a COVID-19 (Tenda COVID-19) do município de Ponta Grossa, Paraná nos três primeiros meses de funcionamento.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos de uma Instituição de Ensino Superior, respeitando-se os ditames da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a Declaração de Helsinki.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal norteado pela ferramenta STROBE, realizado no período de março a maio de 2020, no serviço de referência especializado para atendimento da COVID-19, a tenda COVID-19, localizada no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

No início da pandemia da COVID-19, o HU-UEPG montou uma comissão de enfrentamento à doença, formada pelos diretores, gestores, coordenadores de área, especialistas nas diversas áreas do conhecimento e equipe do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar (NUCIH). Essa comissão fomentou todas as estratégias, protocolos e fluxos para atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados da doença.

Uma das estratégias foi a implementação da Tenda COVID-19, uma estrutura externa à instituição, montada com o apoio do Exército brasileiro, que funciona 24 horas, apresenta espaço para acolhimento, consultas, coleta de exame laboratorial e oito leitos de observação. Conta ainda com uma equipe capacitada para o atendimento, composta por 02 enfermeiros e 01 médico em cada plantão de 24 horas. De forma complementar, há uma equipe de técnicos e enfermeiros denominada "Posso Ajudar", alocados nas portas de entrada da instituição para verificar a temperatura, questionar presença de sintomas gripais e direcionar para a tenda os casos suspeitos.

O serviço é referência para atendimento de 12 municípios que integram a terceira regional de saúde do estado do Paraná. O serviço ofertado, além de funcionar como porta aberta (busca direta), trabalha junto com a regulação (busca referenciada), de modo que os pacientes podem ser encaminhados de unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento e hospitais de pequeno porte da região, seguindo o fluxo ordenado pela organização da Rede de Atenção à Saúde da regional de saúde em questão.

Na Tenda COVID-19, os pacientes passam por uma triagem, conforme os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde Brasileiro⁽⁵⁾. Com base no quadro clínico, adentram no hospital apenas os pacientes que requerem internação hospitalar, a fim de evitar interferências no fluxo habitual da instituição e prevenir possíveis riscos de contaminação. Os pacientes com sintomatologia leve recebem orientação de cuidados domiciliares e são monitorados por serviço telefônico do tipo Telessaúde durante 14 dias⁽⁴⁾.

Todos os pacientes atendidos na tenda têm seus dados registrados em um formulário eletrônico do HU-UEPG, criado especialmente para alimentar informações inerentes aos atendimentos. Essas informações ficam disponíveis para a equipe do telessaúde e auxiliam no monitoramento dos sujeitos.

Vale destacar que a enfermagem desempenha papel fundamental na inovação e gerenciamento das estratégias para

controle da disseminação do novo coronavírus na instituição, atuando como protagonista do processo. Ela atua desde a gestão da logística, passando pela linha de frente para avaliar as queixas e auxiliar na tomada de decisão para cuidado do paciente até nas orientações de cuidados para isolamento social e na execução do teleatendimento.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Considerou-se como população do estudo a totalidade de sujeitos atendidos na Tenda COVID-19, desde o primeiro dia de funcionamento do serviço (16 de março) até 31 maio de 2020 (n=688).

Constituíram critérios de inclusão: passar pelo atendimento da tenda COVID-19 e ter suas informações cadastradas no formulário eletrônico de monitoramento do serviço. Funcionários da instituição foram excluídos, visto que a maioria buscou o serviço por solicitação do NUCIH para realização de exame diagnóstico de COVID-19 (n=309). Compuseram a amostra final 379 sujeitos elegíveis.

Protocolo do estudo

Os dados foram coletados por meio do formulário eletrônico do HU-UEPG, criado especialmente para alimentar informações inerentes ao atendimento de pacientes suspeitos e confirmados para COVID-19 que passaram pela tenda, baseado nas recomendações do Ministério da Saúde⁽⁵⁾. O formulário é contemplado preenchido durante o atendimento na tenda, sendo as perguntas dirigidas ao paciente ou acompanhante, quando na impossibilidade de o paciente responder. Conta com identificação do paciente, telefone e endereço, data e hora que ingressou no serviço, características sociodemográficas, estilo de vida, histórico de doenças crônicas, histórico de viagens recentes a regiões com grande número de casos, contato prévio com caso suspeito ou confirmado para COVID, forma de busca ao serviço especializado, busca a outros serviços de saúde, presença de sinais e sintomas da COVID-19, descrição de sinais vitais aferidos pela enfermagem, descrição do atendimento de enfermagem e medicina e conduta clínica de atendimento desenvolvido pela equipe.

Uma vez que os dados foram coletados em meio eletrônico, as características sociodemográficas ficaram ausentes, principalmente no mês de março, início das atividades, sendo alimentadas de forma mais sistematizada nos meses subsequentes.

Análise de dados e estatística

Os dados foram tabulados no *software Microsoft Excel 2013*[®] e as análises realizadas no *software estatístico SPSS*[®] (*Statistical Package for the Social Sciences*) 18.

Realizou-se, inicialmente, análise de tendência linear e polinomial com valores de R-quadrado (R^2) junto aos dados diários de número de atendimentos, para avaliar a tendência de distribuição de atendimentos ao longo do tempo, que foram apresentados de forma gráfica. Considera-se que quanto mais próximo ou igual a 1 for o valor de R^2 mais confiável é a linha de tendência.

Na sequência, os dados foram categorizados e analisados descritivamente por meio de frequência absoluta e relativa, e

pelo teste Qui-quadrado ao nível de significância de 5%. Considerou-se, como variável dependente, o mês em que o sujeito buscou o serviço (março, abril e maio). Optou-se pelo mês e não pela conformação de 30 dias, em virtude da flutuação de estratégias governamentais e da mudança de comportamento das pessoas terem sido mais intensas no mês de março, no início da pandemia. Foram consideradas variáveis independentes: histórico de viagens e acesso a outros serviços de saúde, forma de busca, contato com suspeitos da COVID 19, sinais e sintomas da COVID-19 e conduta clínica de atendimento desenvolvido.

RESULTADOS

A amostra final do estudo foi composta por 379 sujeitos. Verificou-se que o primeiro mês foi o que apresentou maior número de sujeitos triados, com declínio de 50% nos meses subsequentes. Conforme observado na figura 1, na análise de tendência linear há um declínio de atendimentos ao longo do tempo, contudo com grande distanciamento dos dados da linha ($R^2=0,312$). Isso demonstra que o comportamento da busca por serviços de saúde apresenta uma tendência mais polinomial ($R^2=0,507$), ou seja, mais variante e flutuante, com declínios e acréscimos.

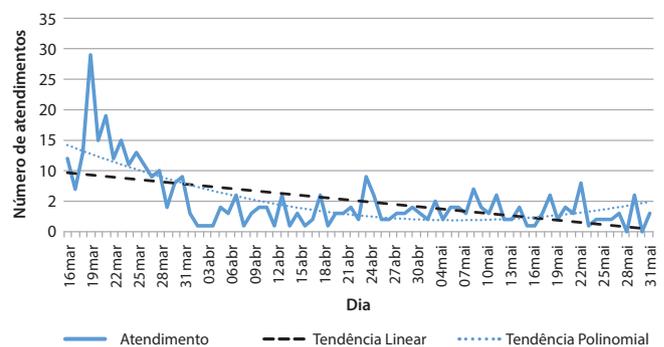


Figura 1 – Análise de série temporal de atendimentos realizados na Tenda COVID-19, entre os meses de março e maio de 2020

Predominou o seguinte perfil de pacientes atendidos: sexo feminino, adultos, casados ou união estável, brancos, renda de até 02 salários mínimos, residentes no município da instituição, não tabagistas e com uma ou mais doença crônica (Tabela 1).

Em relação aos fatores de risco de exposição para COVID-19, a grande maioria que buscou o serviço não realizou viagem ao exterior ou para as regiões mais endêmicas da doença, tampouco teve contato com suspeito ou confirmado para COVID-19, sem diferença significativa em relação aos meses avaliados ($p>0,05$) (tabela 2).

No que tange aos sintomas motivacionais da busca pelo serviço, constatou-se que a busca foi significativamente aumentada no segundo e no terceiro mês por pessoas com sintoma de febre em detrimento do primeiro mês da instalação do serviço ($p=0,03$). Já em relação ao número de sintomas e aos sintomas respiratórios tosse, batimento de asas nasais, dor de garganta, escarro, congestão nasal, congestão conjuntival, coriza, verificou-se relação inversa. Indivíduos com esses sintomas apresentaram maior busca no primeiro mês, com queda significativa nos meses subsequentes ($p<0,05$) (Tabela 2).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e de saúde dos pacientes atendidos no serviço especializado da Tenda COVID-19, segundo mês de atendimento. Ponta Grossa, Paraná, 2020, (N=379)

	Março n (%)	Abril n (%)	Maió n (%)	Total n (%)
Número de atendimentos	197 (52,0)	93 (24,5)	89 (23,5)	379 (100)
Sexo				
Masculino	87(44,2)	44(47,3)	32(36,0)	163(43,0)
Feminino	110(55,8)	49(52,7)	57(64,0)	216(57,0)
Idade				
Até 59 anos	173(87,8)	77(82,7)	66(74,2)	316(83,3)
60 anos ou mais	24(12,2)	16(17,3)	23(25,8)	63(16,7)
Estado Civil				
Casado/União estável	28(14,2)	54(58,1)	41(46,1)	123(32,5)
Solteiro	10(5,1)	22(23,7)	27(30,3)	59(15,6)
Outros	5(2,5)	11(11,8)	20(22,5)	36(9,5)
Não informado	154(78,2)	6(6,5)	1(1,1)	161(42,5)
Escolaridade				
Analfabeto	0(0,0)	2(2,2)	16(18)	18 (4,7)
Ensino Fundamental Incompleto	4(2,0)	18(19,4)	24(27,0)	46(12,1)
Ensino Fundamental Completo	7(3,6)	16(17,2)	9(8,0)	32(8,4)
Ensino Médio completo	18(9,1)	35(37,6)	31(34,8)	84 (22,2)
Superior e ou Pós-Graduação	5(2,5)	10(10,8)	7(7,9)	22(5,8)
Não informado	163(82,74)	12(12,9)	2(2,2)	177(46,7)
Cor				
Branco	35(17,8)	66(71)	74(79,6)	175(46,17)
Outros	11(5,6)	12(12,9)	14(15,7)	37(9,8)
Não informado	151(76,6)	15(16,1)	1(1,12)	167(44,1)
Renda familiar				
Até 2 salários	4(0,3)	38(40,8)	42(47,2)	84(22,2)
Mais de 2 salários	3(0,2)	26(28,0)	27(30,3)	56(14,7)
Não informado	190(96,5)	29(31,2)	20(22,5)	239(63,1)
Município				
Mesmo da Instituição	179(90,9)	83(89,2)	77(85,5)	338(89,2)
Outro município	18(9,1)	10(10,8)	12(13,5)	40(10,6)
Doença crônica não transmissível (DCNT)				
Nenhuma	9 (4,6)	38 (40,9)	40 (44,9)	87 (23,0)
Uma	6 (3,1)	20 (21,5)	27 (30,4)	53 (14,0)
Duas ou mais	5 (2,5)	20 (21,5)	21 (23,6)	46 (12,1)
Não informado	177 (89,8)	15 (16,1)	1 (1,1)	193 (50,9)
Tabagista				
Não	24 (12,2)	47 (50,5)	51 (57,3)	122 (32,2)
Sim	3 (1,5)	24 (25,8)	23 (25,9)	50 (13,2)
Ex-tabagista	0 (0,0)	12 (12,9)	14 (15,7)	26 (6,8)
Não respondeu	170 (86,3)	10 (10,8)	1 (1,1)	181 (47,8)

Tabela 2 – Exposição, sinais e sintomas referidos por pacientes atendidos no serviço especializado da Tenda COVID-19, segundo forma de busca. Ponta Grossa, Paraná, 2020, (N=379)

	Março n (%)	Abril n (%)	Maió n (%)	Total n (%)	Valor de p
Realizou viagem para o exterior ou zona de alto risco					
Não	166 (84,3)	82 (88,2)	77 (86,5)	325 (85,8)	0,655
Sim	31 (15,7)	11 (11,8)	12 (13,5)	54 (14,2)	
Contato com suspeito ou confirmado					
Não	181 (91,9)	86 (92,5)	77 (86,5)	344 (90,8)	0,282
Sim	16 (8,1)	7 (7,5)	12 (13,5)	35 (9,2)	
Febre					
Não	128 (65,0)	46 (49,5)	50 (56,2)	224 (59,1)	0,033
Sim	69 (35,0)	47 (50,5)	39 (43,8)	155 (40,9)	
Sintomas respiratórios					
Não	37 (18,8)	28 (30,1)	39 (43,8)	104 (27,4)	p<0,001
Sim	160 (81,2)	65 (69,9)	49 (56,2)	275 (72,6)	
Tosse					
Não	37 (18,8)	38 (40,9)	47 (52,8)	122 (32,2)	p<0,001
Sim	160 (81,2)	55 (59,1)	42 (47,2)	257 (67,8)	
Dispneia					
Não	127 (64,5)	49 (52,7)	59 (66,3)	235 (62,0)	0,099
Sim	70 (35,5)	44 (47,3)	30 (33,7)	144 (38,0)	

Continua

Continuação da Tabela 2

	Março n (%)	Abril n (%)	Maió n (%)	Total n (%)	Valor de p
Batimento de asas nasais					
Não	180 (91,4)	89 (95,7)	89 (100,0)	358 (94,5)	0,011
Sim	17 (8,6)	4 (4,3)	0 (0,0)	21 (5,5)	
Dor de garganta					
Não	100 (50,8)	59 (63,4)	62 (69,7)	221 (58,3)	0,006
Sim	97 (49,2)	34 (36,6)	27 (30,3)	158 (41,7)	
Escarro					
Não	107 (54,0)	67 (72,0)	66 (74,2)	240 (63,3)	0,001
Sim	90 (45,7)	26 (28,0)	23 (25,8)	139 (36,7)	
Congestão nasal					
Não	103 (52,3)	70 (75,3)	75 (84,3)	248 (65,4)	p<0,001
Sim	94 (47,7)	23 (24,7)	14 (15,7)	131 (34,6)	
Congestão conjuntival					
Não	162 (82,2)	80 (86,0)	85 (95,5)	327 (86,3)	0,010
Sim	35 (17,8)	13 (14,0)	4 (4,5)	52 (13,7)	
Dificuldade de deglutição					
Não	156 (79,2)	70 (75,3)	72 (80,9)	298 (78,6)	0,627
Sim	41 (20,8)	23 (24,7)	17 (19,1)	81 (21,4)	
Coriza					
Não	92 (46,7)	65 (69,9)	67 (75,3)	224 (59,1)	p<0,001
Sim	105 (53,3)	28 (30,1)	22 (24,7)	155 (40,9)	
Tiragem intercostal					
Não	184 (93,4)	88 (94,6)	84 (94,4)	356 (93,9)	0,902
Sim	13 (6,6)	5 (5,4)	5 (5,6)	23 (6,1)	
Número de sintomas					
Nenhum	5 (2,5)	7 (7,5)	12 (13,5)	24 (6,3)	p<0,001
Até três	49 (24,9)	36(38,7)	44 (49,4)	129 (34)	
4 a 6	100 (50,8)	36 (38,7)	24 (27)	160 (42,2)	
Mais de 6	43 (21,8)	14 (15,1)	9 (10,1)	66 (17,4)	

Tabela 3 – Perfil de acesso e conduta clínica tomada junto aos pacientes atendidos no serviço especializado da Tenda COVID-19, segundo mês de atendimento, Ponta Grossa, Paraná, 2020, (N=379)

	Março n (%)	Abril n (%)	Maió n (%)	Total n (%)	valor de p
Horário de busca					
0h00 às 5h59	3(1,5)	5(5,4)	4(4,5)	12(3,2)	0,371
6h00 às 11h59	64(32,5)	21(22,6)	23(25,8)	108(28,5)	
12h00 às 17h59	78(39,6)	40(43,0)	38(42,7)	156(41,2)	
18h00 às 23h59	52(26,4)	27(29,0)	24(27)	103(27,2)	
Forma de Busca					
Transporte próprio	156(79,2)	59(63,4)	46(51,7)	261(68,8)	p<0,001
Ambulância	11(5,6)	25(26,9)	29(32,6)	65(17,2)	
Outros*	30(15,2)	9(9,7)	14(15,7)	53(14,0)	
Avaliação médica					
Não	146(74,1)	51(54,8)	26(29,2)	223(58,9)	p<0,001
Sim	38(19,3)	41(44,1)	25(28,1)	104(27,4)	
Não informado	13(6,6)	1(1,1)	38(42,7)	52(13,7)	
Conduta clínica					
Orientação e alta	177(89,8)	67(72,0)	61(68,5)	305(80,5)	p<0,001
Observação por 4 horas	16(7,1)	12(12,9)	10(11,2)	36(9,5)	
Internação	6(3,0)	14(15,1)	18(20,2)	38(10,0)	

Nota: * Aplicativo/Transporte Coletivo/Deambulando.

De forma geral, o período da tarde concentrou o maior fluxo de atendimento da população. A principal forma de acesso foi o transporte próprio e a principal conduta clínica da equipe a orientação com alta (tabela 3). Vale destacar que poucos foram os sujeitos que requereram passar por avaliação médica, permanecer em observação ou serem internados. No entanto, com o passar dos meses, esses serviços foram mais requeridos. O acesso por meio de ambulância, necessidade de atendimento médico e condutas clínicas como observação por horas e internamento

cresceu significativamente no segundo e terceiro meses da implantação do serviço quando comparado ao primeiro mês ($p<0,001$). (Tabela 3).

DISCUSSÃO

No Brasil, no final do mês de março, primeiro mês de investigação do presente estudo e mês em que a Organização Mundial da Saúde declarou a COVID-19 como pandemia, havia um total

de 5.717 casos confirmados da doença⁽⁶⁾. O Paraná, por sua vez, contabilizava 179 casos e a 3ª Regional de Saúde 04 casos⁽⁷⁾. Nos dois meses subsequentes, esses números subiram para 87.187 e 514.849 casos, respectivamente, no Brasil⁽⁶⁾, para 1.407 e 4.687 no Paraná e para 19 e 92 na 3ª Regional⁽⁷⁾.

No entanto, no presente estudo verificou-se que a demanda por atendimento no serviço de referência a pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19 foi maior no mês de março, caindo para a metade nos meses seguintes, condição inversa ao esperado pelo crescimento exponencial da doença. Tal situação pode ser justificada pelo medo e ansiedade gerados inicialmente pelo novo vírus e pela falta de informações sobre o fluxo correto do atendimento.

Estudo identificou que o medo de contágio com o SARS-CoV-2 pode ampliar os danos da própria doença, pois indivíduos com medo tendem a entrar em pânico e não pensar de forma clara e racional, e desencadear até mesmo condições psicossomáticas⁽⁸⁾. Em alguns casos, a incerteza sobre o contágio, risco de morte, em especial aumentado em indivíduos com DCNT, maioria da amostra do presente estudo, ou a possibilidade de infectar familiares e amigos pode potencializar estados de sofrimento mental e emocional, condição que tende a ser exacerbada em indivíduos em quarentena⁽⁹⁻¹⁰⁾. Infere-se que essas incertezas tenham sido o estopim motivacional para busca de serviços de referência, sobretudo no início da pandemia, como um aporte de respostas aos seus anseios.

Ainda, a propagação de falsas notícias, teorias e curas mágicas pela internet e mídias sociais também pode ser um obstáculo aos serviços de saúde⁽¹¹⁻¹²⁾. O distanciamento social e a sobrecarga de informações sobre a pandemia pela mídia geraram grande alarde na população^(10,13) e o serviço de referência para COVID-19 pode ter sido procurado para fornecimento de informações corretas sobre a doença. E também, por estar lotado em um ambiente hospitalar, traz maior sensação de resolubilidade, pelo aporte de tecnologias densas e recursos humanos especializados.

A supervalorização de serviços especializados e hospitalares em detrimento da Atenção Primária em Saúde (APS), somada ao desconhecimento da estruturação das redes de atenção em saúde e princípio da hierarquização, é desafio bastante consolidado nos sistemas de saúde, em especial no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁴⁾. Isso traz impactos díspares na efetivação e capacidade de resolubilidade de todo o sistema e custos econômicos e sociais⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Desse modo, é fundamental que se invistam em estratégias, para além da organização de fluxos de atendimentos e referenciamentos na rede, em estratégias empoderadoras de conhecimento popular no que tange ao funcionamento deste fluxo e etiologia, sintomatologia e prevenção da doença. Uma população esclarecida buscará o atendimento de maneira correta e, por conseguinte, fará melhor uso destes serviços, otimizando recursos, e terá seus direitos assistidos de forma integralizada⁽¹⁷⁾. Merecem destaque nos desdobramentos e garantia de efetivação deste contexto os enfermeiros que, para além de outros profissionais da saúde, permanecem na linha de frente, em maior contato com o paciente, e têm em sua profissão bem consolidado o papel de educação em saúde.

O Estado promoveu ações nesse sentido, o que gerou repercussão direta na busca de forma mais consciente a partir do segundo mês da implantação do serviço, conforme observado

nos resultados. Houve queda na busca por sintomatologias leves e aumento da busca referenciada e de condutas clínicas como observação por 4 horas e internamento.

Vale enfatizar que logo no início da pandemia, o governo brasileiro determinou o fluxo de atendimento dos pacientes segundo sintomatologia⁽⁴⁾. Ficou definido que indivíduos com sintomas respiratórios de vias aéreas superiores, febre, sem critérios de gravidade devem buscar atendimento na APS⁽³⁾. Já pacientes com agravamento dos sintomas respiratórios devem ser encaminhados, preferencialmente de forma referenciada, aos serviços de urgência hospitalar e não hospitalar, como a Tenda COVID-19 da instituição em estudo⁽⁵⁾.

Além disso, o governo estadual, em parceria com as universidades públicas, implantou o teleatendimento. Trata-se de uma ferramenta importante para o manejo de casos de sujeitos com níveis de ansiedade elevados, assim como sintomas sugestivos da COVID-19 leves ou com gravidade moderada, que amplia o acesso a orientações qualificadas por profissionais especializados.

Pode-se, portanto, inferir que a busca mais efetiva e consciente decorrido o primeiro mês de atendimento está relacionada também à melhor ambientação das equipes de saúde a este fluxo e ao apoio do teleatendimento. Isso permitiu maior capilaridade de funcionamento do serviço e difusão do conhecimento da rede junto aos seus usuários.

Sob esta ótica, a estratégia do fluxo sistematizado de atendimento dos pacientes é promissora e pode ser uma ferramenta de grande potencial para o enfrentamento desta conjuntura de pandemia. Novos modelos de atendimento para manter os serviços de saúde funcionantes e mais seguros podem ser úteis e espaços de atuação da Telessaúde são utilizados nos planos de contingência de enfrentamento em vários países⁽¹⁸⁾.

Em relação aos fatores de risco de exposição para COVID-19, vale destacar que, apesar de relevantes para o contágio, não foram os que mais motivaram a busca dos sujeitos ao serviço da tenda. De modo geral, a busca pelo atendimento foi motivada, sobretudo, por apresentação de sinais e sintomas relacionados ao sistema respiratório e elevação da temperatura corporal.

O coronavírus causa infecções respiratórias com sintomas semelhantes à síndrome gripal. As manifestações clínicas mais comuns são febre superior a 37,8°C e de início súbito, acompanhada de tosse (com ou sem secreção) ou dor de garganta, podendo ocorrer também dispneia, congestão nasal, fadiga, mialgia e cefaleia. Sintomas gastrointestinais como diarreia e vômitos são mais raros⁽³⁾.

Ademais, os sintomas verificados neste estudo são semelhantes aos demonstrados na literatura⁽¹⁹⁻²¹⁾. Estudo prospectivo com pacientes chineses também identificou a presença de sintomas respiratórios como tosse em 76% dos casos, dispneia em 55%, escarro em 28% e febre em 98%⁽¹⁹⁾. Estudo de coorte realizado na Espanha com indivíduos que foram hospitalizados verificou a presença de febre em 72% dos pacientes, tosse em 67% e dispneia em cerca de 50%⁽²⁰⁾. Da mesma forma, estudo descritivo com pacientes Nova Iorqueiros mostrou que cerca de 31% apresentaram febre e 28% alteração respiratória, necessitando de suporte com oxigenioterapia durante triagem⁽²¹⁾.

Esses quadros sintomatológicos apresentados em maior frequência pelos indivíduos que buscaram os serviços resultaram,

em sua maioria, na conduta clínica de orientação e alta. Nesta, fomentou-se recomendação expressa de que indivíduos com os sintomas da COVID-19 permanecessem em casa por 14 dias de forma isolada, sem receber visitas, seguindo medidas específicas como o uso restrito de objetos pessoais (talheres, restrição de uso de cômodos e materiais da casa) e mantendo distância mínima de 2 metros dos demais moradores. Além disso, deveriam adotar os cuidados de etiqueta de saúde, tais como uso de máscara, higiene das mãos e higienização adequada de superfícies^(3,22).

Apesar do perfil de busca ter mudado nos dois últimos meses, ainda é elevado o número de sujeitos que buscam o serviço de forma direta, com sintomatologia leve, sem necessidade de passar por avaliação médica e com desfecho de conduta clínica de orientação e alta. Faz-se, portanto, necessária maior mobilização da população para uma busca consciente, assertiva, a fim de garantir que os serviços hospitalares e de referência para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19 tenham condições de atender adequadamente a todos, sem superlotações ou necessidade de dispensar recursos humanos e materiais especializados de forma inadequada, evitando o colapso do sistema de saúde.

Diante do exposto, destaca-se a importância de maior provimento e divulgação em estruturas e serviços de orientação e educação em saúde, por meio do telessaúde. Necessário também o fortalecimento dos fluxos e protocolos em que a APS seja protagonista no processo de gestão da atenção de pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19, com identificação precoce, estratificação de risco e encaminhamentos corretos de casos. Estratégias como essas garantem maior eficiência do sistema e otimizam os custos econômicos e sociais causados pela pandemia da COVID-19.

Limitações do Estudo

Tem-se como limitação do estudo a perda de dados socio-demográficos do primeiro mês de investigação, o que impede a realização de análise estatística neste contexto de perfil. Contudo, a proposta do presente estudo era voltada a investigar as mudanças no acesso ao serviço no que tange à sintomatologia,

aos fatores de risco de exposição e ao meio de busca, de modo que tal limitação não impacta no escopo do estudo.

Uma vez que a exposição ao SARS-CoV-2 apresenta-se de forma bastante peculiar em cada região e que o cenário tem-se alterado de forma abrupta dia a dia, é necessário o fomento de mais pesquisas voltadas às investigações que explorem o funcionamento dos serviços, com elucidação de perfil em séries temporais em diversas regiões e serviços de saúde.

Contribuições para a área

No que tange ao perfil de busca pelo atendimento especializado, aqui elucidado, vale destacar que a estratégia de montar uma tenda externa ao ambiente hospitalar, para realização de triagem clínica, é promissora, pois garante a organização mais adequada do fluxo de pacientes. Dessa forma, adentram no serviço hospitalar apenas pacientes com demandas que, de fato, requerem intervenções de maior nível de complexidade, o que favorece a atenção integral, hierarquizada e regionalizada, princípios básicos do sistema de saúde brasileiro, sendo o profissional enfermeiro o protagonista principal no êxito desta proposta.

O estudo traz um aporte inédito sobre a temática e poderá servir como subsídio para nortear os gestores na elaboração de estratégias cada vez mais assertivas no enfrentamento da pandemia da COVID-19.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a procura pelo serviço de referência a pacientes suspeitos ou confirmados para COVID 19 foi maior no primeiro mês de implantação, motivada por quadros sintomatológicos leves, caindo nos meses seguintes, mesmo com o aumento expressivo do número de casos notificados. No entanto, as buscas nos meses subsequentes à implantação foram mais conscientes e eficientes, de forma referenciada, concernentes a quadros sintomatológicos que requerem significativamente mais condutas clínicas como observação e internação, condizentes aos protocolos de fluxos de atendimento implantados para atenção a pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. Lim WS, Liang CK, Assantachai P, Auyeung TW, Kang L, Lee WJ, et al. COVID-19 and Older People in Asia: AWGS Calls to Actions. *Geriatr Gerontol Int.* 2020;20(6):547–58. doi: 10.1111 / ggi.13939
2. Harapan H, Itoh N, Yufika A, Winardi W, Keam S, Te H, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. *J Infect Public Health.* 2020;13(5):667–73. doi: 10.1016/j.jiph.2020.03.019
3. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus: COVID-19 [Internet]. 2020[cited 2020 Jun 30]. Available from: <https://coronavirus.saude.gov.br/>
4. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde [Internet]. versão 9. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 Jun 30]. 1–41 p. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200504_ProtocoloManejo_ver09.pdf
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica No 04/2020 GVIMS / GGTES/ANVISA. Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que Devem Ser Adotadas Durante a Assistência aos Casos Suspeitos ou Confirmados de Infecção pelo novo coronavírus (2019- nCoV). [Internet]. Agência Nac Vigilância Sanitária – Anvisa. 2020 [cited 2020 Jun 30];1–92. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>

6. World Health Organization. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---25-may-2020>
7. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Informe Epidemiológico: COVID-19 [Internet]. Curitiba: Secretária de Saúde; 2020[cited 2020 Jun 30]. 17 p. Available from: <http://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>
8. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: development and initial validation. *Int J Ment Health Addict*. 2020. doi: 10.1007/s11469-020-00270-8
9. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;74(4):281–2. doi: 10.1111/pcn.12988
10. Faro A, Bahiano MA, Nakano TC, Reis C, Silva BFP, Vitti LS. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estud Psicol*. 2020;37:e200074. doi:10.1590/1982-0275202037e200074
11. Rathore F, Farooq F. Information Overload and Infodemic in the COVID-19 Pandemic. *J Pak Med Assoc*. 2020;70(5):S-162-65. doi:10.5455 / JPMA.38
12. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med*. 2020;27(2):1–4. doi:10.1093/jtm/taaa020
13. Garcia Filho C, Vieira LJS, Silva RM. Internet searches for measures to address COVID-19 in Brazil: a description of searches in the first 100 days of 2020. *Epidemiol Serv saude*. 2020;29(3):e2020191. doi: 10.5123/s1679-49742020000300011
14. Pitilin EB, Lentsck MH. Primary Health Care from the perception of women living in a rural area. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(5):725–31. doi: 10.1590/S0080-62342015000500003
15. Tesser CD, Poli Neto P. Specialized outpatient care in the unified health system: how to fill a void. *Cien Saude Coletiva*. 2017;22(3):941–51. doi: 10.1590/1413-81232017223.18842016
16. Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(2):333–8. doi: 10.1590/0034-7167.2015680221i
17. Silva ACS, Soares IRB, Campos KFC, Castro MCS. Primary Care from the perspective of the users of the Unified Health System: a bibliographic review. *Rev Sustinere [Internet]*. 2019[cited 2020 Jun 30];7(1):46–72. Available from: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA603411082&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=23590424&p=AONE&sw=w>
18. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN, Ribeiro GR, Santos DL, et al. Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. *Rep Public Heal*. 2020;36(5):e00088920. doi: 10.1590/0102-311x00088920
19. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5
20. Borobia AM, Carcas AJ, Arnalich F, Alvarez-Sala R, Montserrat J, Quintana M, et al. A cohort of patients with COVID-19 in a major teaching hospital in Europe. *J Clin Med*. 2020;9(6):1733–43. doi: 10.1101/2020.04.29.20080853
21. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes among 5700 Patients Hospitalized with COVID-19 in the New York City Area. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;323(20):2052–9. doi: 10.1001/jama.2020.6775
22. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. What Has the Covid-19 Pandemic taught us about adopting preventive measures? *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20200106. doi: 10.1590/1980-265x-tce-2020-0106