



# Global Clinical Journal

Conectando e desenvolvendo a nossa comunidade de médicos para melhor atender as pessoas



## Reações e lições diante da COVID-19

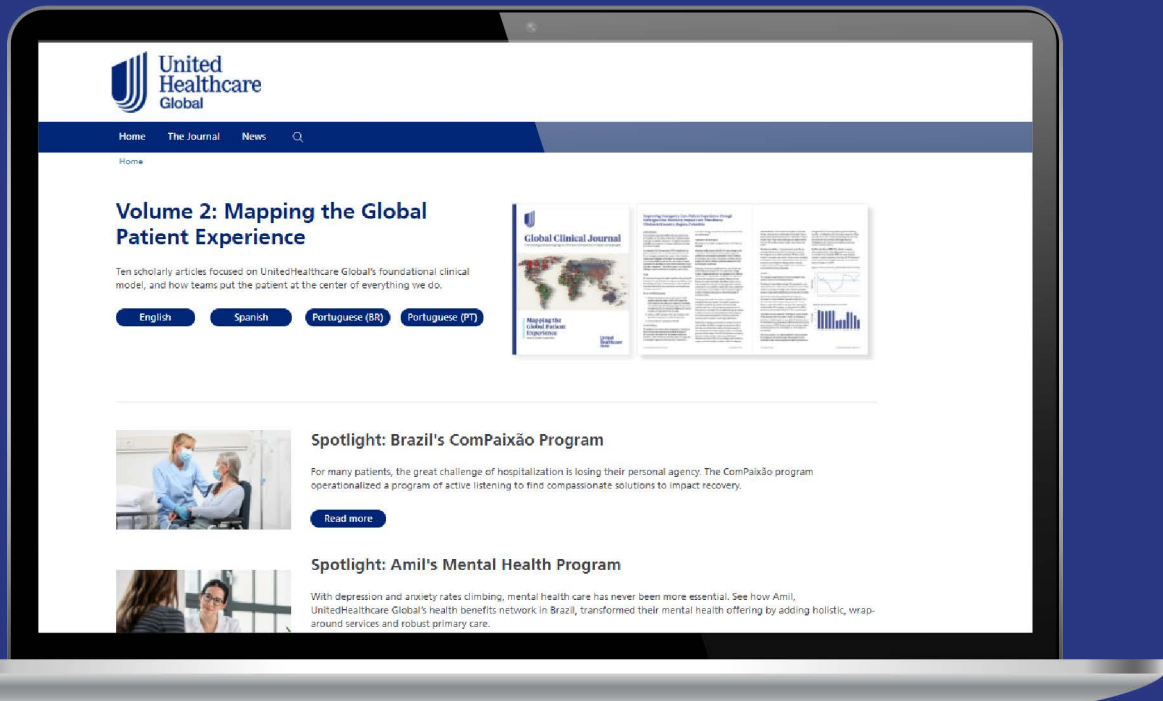
Volume 3, dezembro de 2020 - Edição em Português

United  
Healthcare®  
Global



# Novidade! Site do Global Clinical Journal

[www.uhcglobalclinicaljournal.com](http://www.uhcglobalclinicaljournal.com)



O novo site do Global Clinical Journal dinamiza essa publicação. Obtenha mais detalhes sobre os artigos, leia as edições anteriores, veja declarações dos autores e do diretor médico, e muito mais! **Escaneie o código QR usando a câmera do seu smartphone ou visite [www.uhcglobalclinicaljournal.com](http://www.uhcglobalclinicaljournal.com)**



## Capa:

**Médicos da UnitedHealthcare Global (da esq.): Johana Caballero**, Enfermeira de Serviços Ambulatoriais, Clínica del Country, Empresas Banmédica, Colômbia; **Rosane do Carmo**, Enfermeira, Americas Medical City, Americas Serviços Médicos, Brasil; **Dr. Isidora Arregui Lehuedé**, Médico de Emergência Pediátrica, Clínica Dávila, Empresas Banmédica, Chile; **Dr. Josue Monteiro**, Médico de Emergência, Hospital de Cascais, Lusíadas Saúde, Portugal; **Jorge Troncoso**, Técnico de Laboratório, Precisa, Empresas Banmédica, Peru.

**Visite [www.uhcglobalclinicaljournal.com](http://www.uhcglobalclinicaljournal.com)** para ver mais fotos dos nossos médicos que estão cuidando de pacientes com COVID-19 em todo o mundo.

# Mensagem da **Diretora Médica**

Talvez não seja surpresa a 3a. edição do *Global Clinical Journal* ser dedicada às nossas reações, respostas e lições aprendidas durante a pandemia da COVID-19. Com os países de todo o mundo em fases diferentes da pandemia, adquirimos conhecimento e experiências valiosas nesses últimos 12 meses. Esta publicação é uma compilação desses aprendizados: Como os nossos profissionais de saúde se adaptaram rapidamente para cuidar dos nossos pacientes e afiliados? Quais estratégias foram desenvolvidas e adotadas para proporcionar assistência médica de qualidade durante tempos incertos?

Antes de começar sua leitura, queria expressar a minha sincera gratidão a todas as equipes que uniram forças durante esta pandemia. Sua resiliência, seu pensamento inovador e dedicação em levar a nossa missão adiante foram inabaláveis.

Ao fechar os olhos e colocar em imagens os artigos deste *Global Clinical Journal*, espero que imaginem mais do que um único médico trabalhando individualmente com um paciente. Desafio vocês a enxergarem além desse médico. Espero que vejam as milhares de pessoas, tanto dentro como fora do ambiente clínico, que desempenham um papel fundamental na reação da UnitedHealthcare Global diante da pandemia. Vocês enxergam as equipes de enfermagem, os técnicos laboratoriais, o pessoal administrativo? Vocês enxergam as equipes da cadeia de fornecimento que garantiram a entrega dos equipamentos de proteção individual e dos materiais essenciais, ou como as equipes de vendas divulgaram entre clientes e afiliados as opções de cobertura e políticas dos planos? Vocês enxergam as equipes de comunicação e marketing criando a literatura de apoio e os temas de debate para manter todos informados?

Cada um desses indivíduos afeta a assistência médica. Talvez essa seja uma das lições mais importantes que aprendemos durante este período sem precedentes: cada um de nós em todas as equipes, nas unidades empresariais, nos países e nos continentes desempenhou um papel fundamental na superação deste desafio. Apesar de termos profissões diferentes, desempenharmos funções distintas e falarmos diversos idiomas, é por meio do nosso compromisso com as pessoas que atendemos, e perante uns aos outros, que continuaremos seguindo em frente.

Estamos todos nessa jornada. Eu não poderia estar mais orgulhosa do que estou em fazer parte desta equipe.

*Estamos juntos.*



**Margaret-Mary G. Wilson, M.D., MBA, MRCP, FNMCP**

Diretora Médica e Vice-presidente Sênior

UnitedHealthcare Global



# Índice

Como se adaptar à COVID-19: a perspectiva de um líder na linha de frente . . . . .	4
Implantação pontual de um laboratório molecular no Brasil para detectar a SARS-CoV-2 por teste RT-PCR . . . . .	6
Tratamento ambulatorial e resultados clínicos dos pacientes com COVID-19 na Clínica Dávila, no Chile. . . . .	8
Prontidão operacional em vários mercados, continuidade do atendimento e gestão da cadeia de fornecimento diante da COVID-19 . . . . .	10
Reconstrução do modelo de gestão médica em um ambiente com recursos limitados diante de uma pandemia: a experiência da Clínica San Felipe no Peru . . . . .	12
Oportunidades educacionais e recursos clínicos . . . . .	15
Preparação, estratégias e reação das Unidades de Tratamento Intensivo nos Hospitais da Amil diante da COVID-19 . . . . .	16
Monitoramento domiciliar de pacientes com COVID-19 no Peru . . . . .	18
Publicações recentes selecionadas . . . . .	21
COVID-19: Assistência Médica Virtual da UnitedHealthcare Global apóia a indústria de Petróleo, Gás e Exploração Sísmica . . . . .	22
Plasma convalescente: a experiência dos provedores nas Empresas Banmédica . . . . .	24
Os desafios de reabrir uma clínica ambulatorial durante a pandemia da COVID-19 . . . . .	25
Adaptação do Protocolo de Alocação de Respiradores do Departamento de Saúde de Nova Iorque a fim de apoiar o uso dos recursos diante da COVID-19 na Clínica San Felipe, no Peru . . . . .	26
Painel de Risco e Previsão de Tendências da COVID-19: desenvolvimento e uso de uma ferramenta de decisão epidemiológica para aprimorar as estratégias terapêuticas na unidade hospitalar . . . . .	28
A pandemia da COVID-19 e nossa linha empresarial digital: o novo normal . . . . .	30
Membros do Conselho Consultivo e Comitê Editorial do Global Clinical Journal. . . . .	32

# Como se adaptar à COVID-19: a perspectiva de um líder na linha de frente

## Introdução

Existia “vida antes da COVID-19”. Agora, temos a “vida com a COVID-19” e aguardamos ansiosamente pela “vida após a COVID-19”. No início, era óbvio que o mundo foi tomado de surpresa, todos estavam despreparados e, em alguns contextos, muitos demonstraram um otimismo ingênuo ou um pessimismo exagerado sobre a duração e as consequências da pandemia. As organizações tiveram que se adaptar à nova realidade e nós, como líderes clínicos em uma empresa global, teremos que continuar aprimorando a humanização da assistência médica, já que o distanciamento social continua sendo indispensável.

## Impressões

Quando identificamos os primeiros casos de COVID-19 em Portugal no início de março, pensamos que estávamos preparados para o pior. No entanto, pouco sabíamos sobre a quantidade de casos esperados e os fatos científicos confiáveis eram praticamente inexistentes. Líderes enfrentaram o desafio de fornecer respostas e demonstrar força e calma inabaláveis, apesar de terem medos e incertezas. Alguns se saíram melhor do que os outros, como geralmente ocorre numa batalha. Porém, apesar de a guerra causar muita morte, tragédia e sofrimento, também pode estimular a inovação e a descoberta de talentos antes não tão evidentes.

Conforme navegamos na primeira onda de infecções pelo vírus SARS-CoV-2, duas coisas ficaram claras. Primeiro, a comunicação é essencial. Temos o privilégio de viver na era digital, quando a comunicação na maioria dos países é veloz e fácil, o que permite que as nossas equipes troquem informações rapidamente entre seus pares e com os pacientes. Isso nos deu um pouco de alívio enquanto tudo parecia tão incerto, pois sabíamos que poderíamos continuar prestando atendimento, principalmente no setor ambulatorial.

Em segundo lugar, logo nos demos conta de que não estávamos sozinhos. É verdade que as dificuldades podem nos impulsionar ou nos derrubar. O apoio que recebemos dos nossos colegas locais e parceiros corporativos foi a chamada “luz na escuridão”. Vimos realmente a colaboração em ação: compartilhamos os nossos planos com eles, que foram generosos o suficiente para compartilhar os seus conosco. Para quem estava exausto, trabalhando turno após turno, isso motivou e deu coragem e força para continuar seguindo em frente.

## Lições aprendidas

Antes da COVID-19, nós nos esforçávamos para ser uma organização de alto desempenho e com diversas metas, incluindo melhorar os projetos por meio de análises, trabalhar em equipes realmente multidisciplinares, aprimorar os circuitos com qualidade, priorizar a eficiência e segurança do paciente e investir na tecnologia. Tivemos que dar uma pausa em muitos desses projetos. O que antes era uma prioridade empresarial deixou de ser; o mais importante é cuidar dos nossos pacientes. Não posso explicar o tamanho da nossa frustração por tantos projetos e planos, nos quais já tínhamos investido horas e horas de trabalho, terem sido colocados de lado sem sabermos quando poderemos retomá-los.

Como diretora de Informática Médica (CMIO) do Lusíadas Saúde, tenho certeza de que as consequências dessa pausa ainda estão por vir. No entanto, agora que tivemos tempo de aprender e valorizar o impacto dessa pausa surreal na normalidade, tivemos que voltar, em essência, a nosso conceito básico. Supreendentemente, isso foi uma mudança bem-vinda. Fomos forçados a simplificar as nossas vidas em todos os aspectos, não só na tecnologia, mas no dia a dia como provedores de assistência médica.

Aprendemos a nos concentrar melhor no que realmente importa para o paciente e o que é de fato útil, benéfico e valioso para o sistema. Tudo precisa ser pensado nos mínimos detalhes. Por exemplo, precisamos racionalizar recursos, incluindo equipamento de proteção individual, respiradores e profissionais com saúde.

Contar com o apoio e a parceria do UnitedHealth Group, uma organização tão grande e amplamente diversa, é algo que falta para os nossos pares em todo o país e em outras instituições públicas e privadas. A diferença no ambiente é bastante tangível. Recebemos permissão e incentivo para manter as nossas prioridades, tendo como bônus uma camada de segurança. Os elogios e agradecimentos que recebemos, mesmo da parte mais alta e distante da nossa cadeia de líderes, independente da distância física, nos permitiu pensar de maneira diferente, com uma perspectiva mais clara, para elaborar planos em prazo mais longo do que os demais e garantir que tudo sairá da melhor maneira possível.



Durante o terceiro trimestre do ano, a equipe da UnitedHealthcare Global identificou um tema em comum: *We are together – Estamos juntos.*

Apesar de esse tema estar diluído em nossa luta diária, sempre esteve em nossa mente, de forma consciente ou não. Essas palavras são poderosas demais, pois sabemos que não estamos sozinhos nas nossas decisões, nos nossos medos, nas nossas conquistas, nas nossas emoções e na nossa jornada.

Conforme nos preparamos para a segunda onda da pandemia, enfrentamos o desafio de olhar para um futuro cheio de incertezas. Mesmo assim, estou confiante. Digo isso porque posso ver que somos partes de algo maior. Temos o privilégio de trabalhar em uma profissão tão nobre e importante, apesar de às vezes ser dolorosamente difícil. Nós, como profissionais da área de saúde, fomos treinados para isso. A nossa meta agora é não só continuar com perseverança, mas aprimorar essa nova forma de proporcionar assistência médica, se comunicar e seguir em frente da maneira mais humana possível. Precisamos compartilhar conhecimentos, ideias, planos e fracassos para podermos aprender, mudar e crescer. Mesmo que isso signifique voltar para o nosso conceito básico: manter em mente o que é importante e porque estamos aqui... Pelas pessoas que atendemos.

## Conclusão

Não posso oferecer uma conclusão porque ainda estamos nos esforçando para cruzar a linha de chegada. No entanto, tenho certeza de que a nossa resiliência, missão e a rede da qual fazemos parte nos proporcionarão uma passagem segura da tempestade até a calmaria. *We are together.*  
#estamosjuntos

---

## Autora

Ana Prado, M.D., Hospital de Cascais, Lusíadas Saúde, Portugal, ana.noeme.prado@hospitaldecascais.pt

---

*Durante o terceiro trimestre do ano, a equipe da UnitedHealthcare Global identificou um tema em comum: **We are together – Estamos juntos.***

*Apesar de esse tema estar diluído em nossa luta diária, sempre esteve em nossa mente, de forma consciente ou não.*

***Essas palavras são poderosas demais, pois sabemos que não estamos sozinhos nas nossas decisões, nos nossos medos, nas nossas conquistas, nas nossas emoções e na nossa jornada.***

# Implantação pontual de um laboratório molecular no Brasil para detectar a SARS-CoV-2 por teste RT-PCR

## Introdução

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi diagnosticado em 25 de fevereiro de 2020. Em meio à rápida disseminação global da SARS-CoV-2 e na tentativa de controlar a infecção, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aconselhou todos os países a testarem a maior quantidade possível de pessoas.<sup>1</sup> Assim, os testes moleculares que detectam diretamente o ácido ribonucleico do novo coronavírus, por meio da transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase (RT-PCR), foram definidos como metodologia de excelência e se tornaram essenciais para identificar os indivíduos infectados.

O Brasil contava com poucos laboratórios que realizavam análises moleculares e, considerando o aumento na demanda global por suprimentos, a dificuldade em atender a essas necessidades se tornou evidente. Em São Paulo e na região metropolitana, a área mais afetada no início da pandemia, o UnitedHealthcare Group Brasil tem um sistema de atendimento médico composto por 19 hospitais, que coletivamente atenderam mais de 600 novos casos de suspeita de COVID-19 por dia. Os laboratórios terceirizados que realizavam esse tipo de exame para esses hospitais não conseguiram atender a demanda. Além disso, o tempo de execução dos resultados era inaceitavelmente longo, ficando entre cinco e dez dias corridos.

Consequentemente, reconhecemos a necessidade de criar um Laboratório Institucional dentro do UnitedHealth Group Brasil para atender à demanda emergencial de testes. O processo inteiro, do planejamento à implantação, seguiu todos os requisitos de melhores práticas e levou somente 30 dias. Neste artigo, descrevemos a nossa experiência ao montar o laboratório molecular e a importância de tomar decisões que favorecem a qualidade e excelência no atendimento de pacientes em meio a uma emergência de grandes proporções.

## Objetivo

A escassez de testes da COVID-19 e a demora na obtenção dos resultados representou desafios para o atendimento dos nossos pacientes e aumentou o possível risco de mais transmissões dentro da comunidade. Essas limitações também tiveram um efeito adverso significativo na eficiência dos nossos profissionais de saúde e aumentaram sua carga da assistência. Apesar da necessidade crescente de ampliar a força de trabalho, a capacidade adequada de testes e a prontidão dos resultados também foram necessárias para garantir a segurança dos profissionais de saúde e dos nossos pacientes. Com o objetivo de criar

uma estrutura para atender à demanda atual e futura de testes, começamos a planejar a criação, equipar e preparar um laboratório com capacidade para realizar testes de diagnóstico molecular para a SARS-CoV-2.

## Metodologia

A abordagem estratégica e o foco na execução nos permitiram criar um laboratório dedicado a atender à demanda dos pacientes com COVID-19 desde o princípio. O plano empresarial foi criado dinamicamente pelas partes interessadas e incluiu a parceria com uma empresa líder no mercado de biologia molecular. O aspecto estratégico desse projeto sem precedentes foi complementado pela pronta aprovação da nossa liderança para o investimento necessário.

O plano foi executado em tempo recorde porque nos concentramos no catálogo detalhado dos requisitos, além de identificar os caminhos essenciais e prioridades, dando ênfase para suprimentos, capital humano, tecnologia da informação, construção e requisitos regulamentares. Tudo isso foi realizado de forma sincronizada e coordenada.

A equipe de construção trabalhou 24 horas por dia durante duas semanas para entregar um laboratório que atendeu a todas as especificações regulamentares para garantir as melhores práticas e a segurança do nosso pessoal. A aquisição dos equipamentos e suprimentos foi coordenada com precisão para atender a toda a demanda de testes do nosso hospital, mesmo diante de uma quantidade crescente de casos de COVID-19.

Os integrantes da equipe foram contratados por meio de parcerias entre o capital humano e o escritório do diretor laboratorial, que já fazem parte da organização do UnitedHealth Group Brasil. O processo de contratação incluiu entrevistas virtuais e seguiu uma metodologia estruturada que se concentrou nas habilidades específicas exigidas para cada posição. Os analistas precisaram demonstrar ter experiência substancial em RT-PCR e virologia.

O laboratório estava pronto para receber o equipamento 15 dias após o início das tarefas para preparar o espaço físico. A maior parte do equipamento foi importada em tempo recorde, graças à ajuda substancial do nosso escritório corporativo nos Estados Unidos. Depois de passarem pelo treinamento, os integrantes da equipe estavam prontos para validar os métodos seguindo as diretrizes nacionais e internacionais.



Os nossos laboratórios parceiros disponibilizaram amostras positivas e negativas para serem usadas no processo de validação. Além disso, foram usados controles positivos comercialmente disponíveis. Todos os procedimentos operacionais padrão dentro do laboratório, assim como os guias para os colaboradores, foram desenvolvidos durante o mesmo período.

Simultaneamente, a equipe de enfermagem passou pelo treinamento nos hospitais para coletar e processar as amostras corretamente, o que incluiu o método de envio das amostras para o laboratório. Depois que a operação como um todo foi validada, pudemos certificar oficialmente o laboratório e o processo de teste. Em duas semanas, obtivemos a aprovação do Ministério da Saúde para realizar os testes RT-PCR que detectariam a SARS-CoV-2.

## Resultados

Desde o início das operações do laboratório, tivemos um aumento contínuo e progressivo na capacidade de testes (Figura 1). A quantidade de testes diários aumentou de 150 para 600, sendo que o tempo de execução para o recebimento dos resultados diminuiu de 15 horas no início das operações para 10 horas no curso de quatro meses (Figura 2). A quantidade de hospitais atendidos aumentou de 5 para 14. Os hospitais estavam localizados em sete cidades diferentes dentro de um raio de 100 km do laboratório.

A média de positividade nas primeiras semanas de teste foi de 44%, refletindo o momento mais crítico da pandemia. Quando este artigo foi enviado para a publicação, quatro meses após a abertura do laboratório, a nossa média de positividade era de 25% (Figura 3). Apesar de a média ter baixado, isso demonstra que a pandemia continua exigindo esforços e recursos substanciais.

## Lições aprendidas e conclusão

Esta conquista sem precedentes se deu graças ao foco em nosso compromisso e à grande dedicação de todos os profissionais envolvidos. Foi resultado de um processo de adaptação constante para caminhar rumo a uma meta definida. Aprendemos que, dentro do sistema de saúde brasileiro, ter um laboratório interno surte efeitos bastante positivos na eficiência e eficácia de um hospital, pois resultou numa diminuição considerável do tempo de execução dos testes e permitiu um controle preciso dos custos, além de disponibilizar informações sobre a saúde da população. Por sua vez, isso nos ajudou a aprimorar os planos de gestão de assistência médica e as decisões clínicas a serem tomadas. Essas melhorias resultaram em um melhor atendimento para os nossos pacientes e em um sistema de saúde aprimorado para todos.

<sup>1</sup>World Health Organization (2020). Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19: interim guidance, 21 March 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331509>

## Autores

Renata Coudry, M.D., UnitedHealth Group Brasil, [renata.coudry@americasmed.com.br](mailto:renata.coudry@americasmed.com.br)

Ricardo Sartim, M.D., UnitedHealth Group Brasil, [ricardo.sartim@americasmed.com.br](mailto:ricardo.sartim@americasmed.com.br)

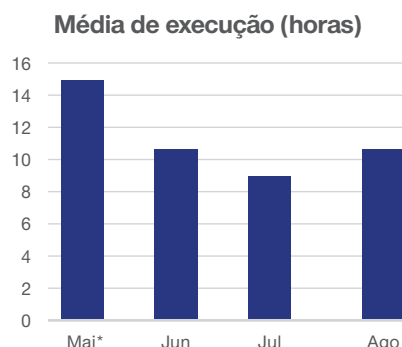
## Equipe

Conrado Cavalcanti, M.D., UnitedHealth Group Brasil; Rogerio Kuga, M.D., UnitedHealth Group Brasil; Paula Felício, Americas Serviços Médicos; Sabrina Nascimento, Americas Serviços Médicos; Bruno Pereira, Americas Serviços Médicos; Rosa Fujiwara, UnitedHealth Group Brasil; Suzana Cardoso, UnitedHealth Group Brasil; Thaiz Ramalho, UnitedHealth Group Brasil; Thatiane Alfenas, UnitedHealth Group Brasil

**Figura 1.** Quantidade de testes realizados por mês

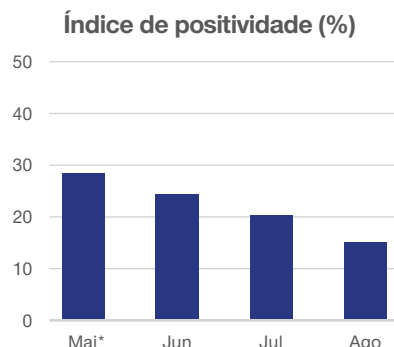


**Figura 2.** Média do tempo de execução (TAT) de testes por mês



\*Cinco dias de trabalho

**Figura 3.** Índice de testes positivos por mês



\*Cinco dias de trabalho

# Tratamento ambulatorial e resultados clínicos dos pacientes com COVID-19 na Clínica Dávila, no Chile

## Introdução

Quando começamos a receber os primeiros casos de COVID-19 na Clínica Dávila em Santiago, no Chile, criamos um programa de acompanhamento por telefone para os pacientes que não precisavam de hospitalização ou receberam alta do hospital. O objetivo desse programa foi administrar o atendimento, avaliar a sintomatologia e detectar os possíveis riscos que justificariam uma avaliação médica urgente.

O programa de acompanhamento foi categorizado pelo grupo de risco do paciente, de acordo com o seguinte:

- **Pacientes com COVID-19 que não precisavam de hospitalização:** os pacientes receberam um telefonema nas primeiras 48 horas depois de fazerem o teste para saberem que o resultado deu positivo, ficarem cientes das medidas a serem tomadas e de quando precisariam visitar o hospital. Telefonemas de acompanhamento foram feitos no 7º, 10º e 14º dia.
- **Pacientes com COVID-19 que receberam alta do hospital:** os pacientes receberam um telefonema no 2º, 6º, 10º e 14º dia.
- **Pacientes de alto risco com COVID-19:** os pacientes com comorbidades (obesidade, hipertensão, diabetes, imunossupressão etc.) e os que receberam alta após precisarem de respiração invasiva receberam telefonemas adicionais no 21º e 28º dia.

No fim do período de acompanhamento, se o estado de saúde geral do paciente fosse bom, sem sintomatologia, era emitida a documentação de alta.

Durante o acompanhamento telefônico, se o paciente estivesse apresentando complicações, tais como falta de ar ao estar sentado ou descansando ou febre persistente após tomar as medidas indicadas, o paciente era encaminhado ao atendimento em pronto-socorro ou para a avaliação ambulatorial, dependendo da seriedade dos sintomas.

Após o encaminhamento, os registros clínicos do paciente eram consultados para a equipe revisar os planos de assistência clínica, ver se o paciente passou por algum tratamento e confirmar os diagnósticos feitos. Caso não fosse encontrada nenhuma informação no registro clínico ou se o paciente tivesse sido mandado de volta para casa, um telefonema depois de 24 horas fazia o acompanhamento do seu quadro clínico.

## Metas

- Detectar possíveis complicações de maneira pontual e facilitar o encaminhamento para o nível de atendimento relevante.
- Apoiar e educar a população afetada pela COVID-19 atendida na Clínica Dávila.
- Aprender sobre a evolução do quadro clínico de uma doença surgida recentemente, na ausência de dados científicos concretos.

## Resultados

Entre 14 de abril e 3 de setembro, avaliamos os casos positivos administrados na Clínica Dávila:

- Após o resultado positivo no teste da COVID-19 por reação em cadeia da polimerase (RCP), 7.754 casos se qualificaram para participar do programa.
- Desses casos, 825 foram eliminados do programa por serem duplicatas (mais de 1 RCP no sistema).
- Os colaboradores foram eliminados do programa, pois usaram seu próprio programa de acompanhamento separadamente.

Dos 6.929 casos restantes, 487 não fizeram o acompanhamento telefônico porque permaneceram hospitalizados, faleceram durante a hospitalização, foram transferidos para outro centro médico ou não puderam ser localizados durante o acompanhamento.

Depois de analisar os 6.442 casos finais que se qualificaram para o programa, obtivemos os seguintes resultados:

- 4.113 pacientes eram homens (59,4%) e a maior quantidade de casos positivos foi observada em pacientes entre 15 e 49 anos de idade (Tabela 1).
- 62% dos pacientes eram chilenos e o restante eram estrangeiros, sendo que as nacionalidades peruana (24%) e venezuelana (8%) foram as mais frequentes nessa categoria.
- A maioria dos pacientes eram das comunidades de Recoleta, Independencia, Santiago e Conchalí, que são as mais próximas do nosso hospital.
- O acompanhamento foi feito com 5.251 pacientes (81,5%) que receberam tratamento ambulatorial e 1.191 pacientes (18,5%) cujo acompanhamento foi feito após a alta hospitalar.

Durante o acompanhamento ambulatorial:

- 286 pacientes (5,4%) foram encaminhados por causa de complicações e hospitalizados para dar continuidade ao tratamento; em 43% desses casos, o encaminhamento ocorreu entre o 3º e 7º dia após receberem o resultado positivo no teste RCP.
- Todos os 286 pacientes encaminhados chegaram ao hospital dentro de 24 horas após receberem o telefonema.

A mortalidade por grupo de acompanhamento e faixa etária (Tabela 2) foi consideravelmente maior para quem tinha 70 anos ou mais. No grupo ambulatorial, os pacientes que faleceram tinham mais de 70 anos ou estavam fazendo tratamento terminal.

28% dos pacientes estavam assintomáticos quando iniciaram o acompanhamento. No entanto, todos os pacientes desenvolveram alguma forma de sintomatologia durante o período de acompanhamento. Os sintomas mais frequentes informados pelos pacientes na primeira semana foram tosse, dores de cabeça, anosmia e mialgia. As tosse e dores de cabeça persistiram por um período mais longo.

## Lições aprendidas

É importante enfatizar como este tipo de acompanhamento pode ser estabelecido rapidamente por estar alinhado aos regulamentos nacionais existentes. O desafio não foi adotá-lo, mas sim entrar em contato com uma quantidade grande de pacientes.

O programa de acompanhamento foi bem recebido pela equipe de saúde e pelos pacientes, pois proporcionou um canal de comunicação rápida e permitiu a continuidade do atendimento.

## Conclusão

Ao implantar este programa de acompanhamento, pudemos fornecer atendimento com segurança para uma grande quantidade de pessoas, o que não teria sido possível na mesma escala se o atendimento tivesse sido feito pessoalmente. Os pacientes gostaram de ser ouvidos e apoiados durante o curso da doença.

Ao analisarmos as informações obtidas retrospectivamente, pudemos confirmar que a experiência dos nossos pacientes com a COVID-19 e o comportamento da infecção foi semelhante ao descrito em todo o mundo.

**Tabela 1:** Faixa etária do grupo de acompanhamento

Faixa etária	Qtde de pacientes	Porcentagem
< 15 anos	295	4,5%
15 a 39 anos	2.978	46,2%
39 a 49 anos	1.151	17,8%
49 a 59 anos	1.061	16,4%
59 a 69 anos	603	9,3%
>70 anos	354	5,4%
<b>TOTAL</b>	<b>6.442</b>	<b>100%</b>

**Tabela 2:** Mortalidade por grupo de acompanhamento e faixa etária

Grupo de acompanhamento	Faixa etária	Total	Morte	Taxa de mortalidade
Atendimento ambulatorial	<b>Total</b>	<b>4.965</b>	<b>11</b>	<b>0,2%</b>
	< 15 anos	274	0	0 %
	15 a 39 anos	2.604	0	0 %
	39 a 49 anos	911	0	0 %
	49 a 59 anos	735	1	0,1%
	59 a 69 anos	299	4	1,3%
	>70 anos	142	6	4,2%
Atendimento ambulatorial encaminhado para hospitalização	<b>Total</b>	<b>286</b>	<b>18</b>	<b>6,3%</b>
	< 15 anos	2	2	0 %
	15 a 39 anos	81	2	2,5%
	39 a 49 anos	50	0	0%
	49 a 59 anos	68	1	1,5%
	59 a 69 anos	54	6	11,1%
	>70 anos	31	9	29%
Acompanhamento após a alta	<b>Total</b>	<b>1.191</b>	<b>12</b>	<b>1%</b>
	< 15 anos	19	0	0%
	15 a 39 anos	293	0	0%
	39 a 49 anos	190	2	1,1%
	49 a 59 anos	258	4	1,6%
	59 a 69 anos	250	1	0,4%
	>70 anos	181	5	2,8%
<b>TOTAL</b>		<b>6.442</b>	<b>41</b>	<b>0,6%</b>

## Autores

Cherie Gutierrez, M.D., Clínica Dávila, Chile,  
cherie.gutierrez@davila.cl

Carolina Riso, RN, Clínica Dávila, Chile

Bernardita Alvarado, M.D., Clínica Dávila, Chile

# Prontidão operacional em vários mercados, continuidade do atendimento e gestão da cadeia de fornecimento diante da COVID-19

## Introdução

A COVID-19 surgiu como um desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo e evidenciou deficiências sérias na pronta reação a uma pandemia.<sup>1</sup> Em tempos como este, os líderes da assistência médica precisam fornecer instruções claras e uma abordagem sistemática para garantir que as suas organizações avaliarão as necessidades mais prementes, identificarão os riscos e darão prioridade às medidas a serem tomadas, tudo isso dentro de uma estrutura que otimiza a padronização, mas possibilita a adaptação local.

Como empresa global que opera 53 hospitais e 216 clínicas ambulatoriais, além de administrar os benefícios de cerca de 7,5 milhões de pessoas em 130 países, a UnitedHealthcare Global ocupou uma posição exclusiva ao lidar com a COVID-19, usando a experiência global e os recursos locais.

A pandemia trouxe vários desafios importantes, que as nossas equipes buscaram enfrentar com o uso do nosso modelo operacional global. Primeiramente, a pandemia surgiu em momentos diferentes em vários países e continentes e com variação nos índices de disseminação. Como acontece com todo vírus emergente, as informações e orientações foram extremamente limitadas, estando em constante evolução e em níveis diferenciados em cada país. Por causa da apresentação clínica e dos requisitos de tratamento para a COVID-19, os respiradores e equipamentos de proteção individual (EPI) se tornaram suprimentos indispensáveis mas escassos e passaram a ser disputados pelos países e seus sistemas de saúde no mundo inteiro.

Como médicos e líderes, buscamos usar os melhores dados concretos para fornecer instruções claras e uma abordagem sistemática para a avaliação de requisitos. Isso permitiu que a nossa organização identificasse as necessidades mais prementes e os riscos existentes. Também nos deu autonomia para priorizar as medidas e estratégias de mitigação, que canalizaram os nossos pontos fortes globais, porém permitindo a adaptação local.

## Métodos

Em preparação para o rápido desenvolvimento e avanço da COVID-19 nos nossos mercados — Brasil, Chile, Colômbia, Peru e Portugal —, criamos um grupo de trabalho multidisciplinar clínico e de cadeia de fornecimento para identificar, apoiar e monitorar a nossa prontidão nos respectivos mercados e mitigar essa pandemia. Avaliamos sistematicamente a adaptação das operações,

o fornecimento de assistência contínua e a aquisição dos respiradores, suprimentos e medicamentos necessários.

As equipes criaram e adotaram um relatório de prontidão com base em dados concretos (Figura 1) para garantir a prontidão diante das operações clínicas e da assistência contínua. Desenvolvemos e avaliamos 74 indicadores de prontidão clínica em cada mercado usando um relatório simples com indicadores de nível vermelho, amarelo e verde. Ao fazer reuniões semanais com as equipes, pudemos compartilhar as melhores práticas e as nossas experiências em campo, o que levou à criação de indicadores adicionais.

Também implantamos um processo novo de contratação de cadeias de fornecimento globais e locais para maximizar a relação de todas as cadeias de fornecimento, a fim de importar e exportar os suprimentos médicos e equipamentos além das nossas fronteiras. Seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde e dos Centros para o Controle de Doenças, a cadeia de fornecimento corporativo e os líderes clínicos da UnitedHealthcare Global colaboraram para desenvolver uma previsão estimada da demanda por EPI. Combinamos o histórico do volume de pacientes e os índices de filiação com as taxas de contração da COVID-19 para estimar a quantidade de EPI que cada mercado precisaria diante de condições de pico e quase pico.

Conforme as taxas de infecção desaceleraram e os nossos sistemas de saúde voltaram a realizar procedimentos eletivos, adotamos um conjunto adicional de diretrizes e expectativas de monitoramento para garantir que a segurança dos pacientes, afiliados, visitantes e funcionários fosse mantida e a disseminação do vírus contida (Figura 2).

## Resultados

- Relatórios com indicadores de Prontidão Operacional Clínica (COR) e Continuidade do Atendimento (COC).
- Todos os serviços de assistência médica apresentaram total prontidão em todos os 74 indicadores de prontidão.

## Previsão da cadeia de fornecimento e dos suprimentos

Todos os serviços de assistência médica mantiveram estoque adequado de todos os suprimentos de EPI. Cada área de assistência médica conseguiu obter a quantidade necessária de respiradores adicionais, solicitados pela liderança clínica, para atender à demanda das unidades de tratamento intensivo para tratar os pacientes com COVID-19.



## Melhores práticas

Indicamos um representante de segurança dos pacientes em cada um dos nossos hospitais para promover, recordar e ensinar à equipe o uso correto dos EPIs. As equipes de assistência médica avaliaram a sua capacidade de realizar isolamento/quarentena e prestar apoio apropriado no atendimento em casa como alternativa à hospitalização de pacientes.

Também dedicamos equipamentos, equipes e ambulâncias para transportar os casos suspeitos e confirmados de COVID-19 e evitar a contaminação cruzada de pacientes durante o transporte de emergência.

Os líderes dos nossos mercados fizeram um levantamento dos recursos existentes em cada mercado local para fornecer telessaúde como alternativa às consultas presenciais e hospitalizações. Recrutamos rapidamente o pessoal médico e de enfermagem, que normalmente trabalharia no ambiente ambulatorial, para fornecer serviços de telessaúde e ampliar consideravelmente esses recursos. Isso levou à redução de deslocamento desnecessário e acelerou o diagnóstico dos casos suspeitos sem que os pacientes tivessem que sair de casa.

## Conclusão

Antes da COVID-19, compartilhar as melhores práticas e as experiências entre todos os nossos mercados era parte integral do nosso modelo operacional. Com o início da pandemia, a importância do trabalho em conjunto passou a ser ainda maior, conforme: (1) tentávamos urgentemente compreender, compartilhar e adotar as melhores práticas; (2) aproveitar a infraestrutura ampliada da cadeia de fornecimento para proporcionar recursos capazes de salvar vidas, como é o caso dos EPIs, ventiladores e medicamentos; e (3) apoiar as nossas unidades que tentavam reabrir para prestar serviços de saúde com segurança.

Hoje, somos uma clínica global com uma “equipe das equipes” mais resiliente, capacitada e ágil, com uma consciência compartilhada, um propósito em comum e as melhores práticas documentadas. Do ponto de vista operacional, estamos mais prontos para enfrentar a próxima emergência na área de saúde em nível nacional ou internacional.

<sup>1</sup>Blumenthal D, Fowler EJ, Abrams M, Collins SR. Covid-19 – Implications for the Health Care System. N Engl J Med 2020; 383:1483-1488. DOI: 10.1056/NEJMs2021088 N Engl J Med 2020; 383:1483-1488. DOI: 10.1056/NEJMs2021088

## Autores

Hilary Lyon, MBA, MPH, RN, UnitedHealthcare Global, Estados Unidos, hilary.lyon@uhcglobal.com

Melinda Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC, UnitedHealthcare Global, Estados Unidos

Brandon Fine, UnitedHealthcare Global, Estados Unidos

Bernie Elliott, M.D., UnitedHealthcare Global, Estados Unidos

Figura 1. Exemplo de avaliação de prontidão de COR COC por mercado

Clinical Operational Readiness/ Continuity of Care/ Clinician Welfare Status Report							
Topic	Brazil #11250	Chile #11250	Colombia #11250	Costa Rica #11250	Peru #11250	Paraguay #11250	United States #11250
Establish Call Center readiness to handle the anticipated surge in calls and communications plan to provide accurate information to callers	●	●	●	●	●	●	●
Confirm care delivery systems ability to deliver isolation/quarantine, and appropriate home care support to patients homes as an alternate and/or continuous place of care	●	●	●	●	●	●	●
Assess ability of outpatient entry points of care and procedures to manage potential cases of infection and mitigate risk of transmission including a separate waiting room and treatment areas	●	●	●	●	●	●	NA
Determine each markets capabilities to provide isolation in its ground and air (if applicable) medical transportation- mitigate risks if identified	●	●	●	NA	●	●	●
Inventory each markets capabilities to provide telemedicine as an alternative to office visits and hospitalizations - as appropriate (Doctor to patient and Doctor to doctor ) to reduce unnecessary patient travel and speed up diagnosis of suspected COVID 19 cases	●	●	●	●	●	●	NA
Identify opportunities to utilize hospital beds and alternate hospital space for influx of emergency patients	●	●	●	NA	●	●	NA
Have workforce plans in place to readily assign staff if necessary between hospitals and units	●	●	●	NA	●	●	NA
Confirm ability to launch a coordinated communication campaign and communicate ongoing updates to all stakeholders, such as employees, patients, caregivers, the public, local officials	●	●	●	●	●	●	●
Establish hospital readiness and contingency plans to redirect / reschedule elective procedures, imaging and testing as needed	●	●	●	●	●	●	NA
Work with legal to determine benefit coverage for anticipated medical needs for "continuity of care" (i.e. hospital transfer, isolation, quarantine, home care- for how long and in which settings)	●	●	●	●	●	●	●

Status: ● ● ● ●

Figura 2. Exemplo de avaliação de prontidão para retomar os procedimentos eletivos

Clinical Operational Readiness/ Continuity of Care/ Clinician Welfare Status Report:							
Topic	Brazil #11250	Chile #11250	Colombia #11250	Peru #11250	Paraguay #11250	United States #11250	
<b>Confirmation you can Safely Manage Elective Procedures</b>						NA	
• System dashboard for tracking Covid-19 cases, death rates, doubling rates, facility utilization, and lab capacity	●	●	●	●	●	NA	
• Supply tracker that captures available volumes of Covid-19 testing supplies, PPE, and other critical supplies (e.g., essential medications, blood supplies)	●	●	●	●	●	●	
• Staff capacity tracker that includes the full scope of clinical and non-clinical staff	●	●	●	●	●	NA	
<b>Determine how to Prioritize Procedure Volumes</b>						NA	
• Demand estimates, by service line and procedure type	●	●	●	●	●	NA	
• Principles to guide decision-making about procedure prioritization (e.g., clinical acuity, strategic plan alignment, contribution margin, competitive advantage)	●	●	●	●	●	NA	
• Procedure prioritization schema with tiers or phases of procedure resumption	●	●	●	●	●	NA	
<b>Implement New Policy's and Procedures</b>						NA	
• Written policy for managing Covid-19 testing of staff, patients, and visitors	●	●	●	●	●	●	
• Revised policies for appointment scheduling, pre- and post-procedure activities, visitation, patient registration, and patient financial experience	●	●	●	●	●	NA	
• Risk reduction plan to account for potential safety issues	●	●	●	●	●	●	

Status: ● ● ● ●

# Reconstrução do modelo de gestão médica em um ambiente com recursos limitados diante de uma pandemia: a experiência da Clínica San Felipe no Peru

## Introdução

O presente artigo descreve a gestão da COVID-19, uma doença até então desconhecida, no contexto de recursos escassos, incluindo leitos nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), ocupação de prontos-socorros, profissionais de saúde, equipamento de proteção individual (EPIs) e respiradores mecânicos. Como parte de nossos esforços de preparação para a pandemia, previmos a limitação de recursos e decidimos repensar o nosso modelo de unidade de tratamento intensivo, onde os profissionais responsáveis pelo atendimento ao paciente eram os médicos e os intensivistas atuavam como consultores.

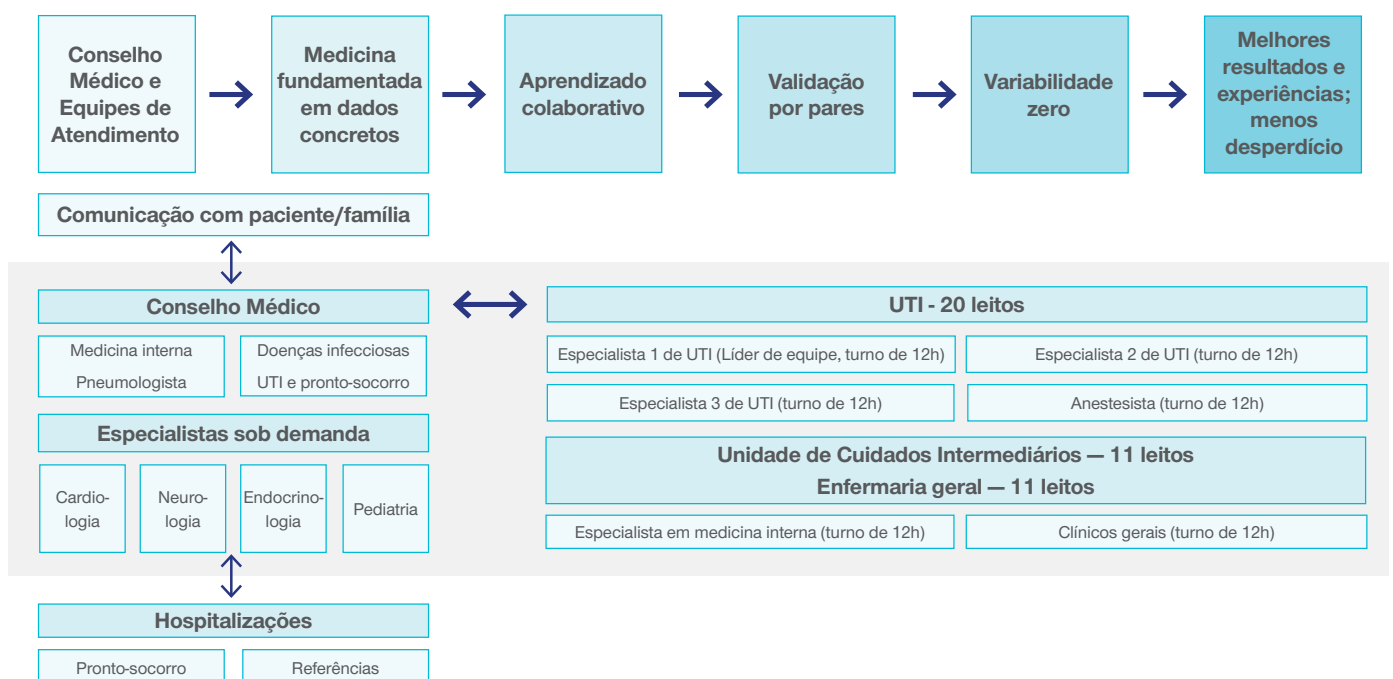
A decisão foi tomada para padronizar a qualidade do atendimento de pacientes hospitalizados com COVID-19. Tomamos essa decisão ao nos darmos conta de que havia grande possibilidade de incongruência no atendimento durante a pandemia da COVID-19, por causa do surgimento de uma quantidade considerável de informações não validadas e pela ausência de rigor científico ou revisão sistemática.<sup>1</sup> Além disso, os relatórios sobre os efeitos colaterais dos tratamentos empíricos colocaram os pacientes com COVID-19 numa situação de alto risco de eventos adversos.<sup>2</sup>

## Estrutura do modelo de gestão médica da COVID-19

Criamos um Conselho Médico para apoiar a gestão dos pacientes em tratamento intensivo. O Conselho foi composto por um especialista em medicina interna, um especialista em doenças infecciosas, líderes dos departamentos de emergência, diretores de unidades de tratamento intensivo e o diretor médico. O Conselho Médico se reuniu diariamente para revisar os casos dos pacientes e coordenar a equipe de atendimento direto, composta por três intensivistas e um anestesista. O planejamento do atendimento diário permitiu que os pacientes recebessem o tratamento correto no momento certo. Alguns protocolos de tratamento foram deixados de lado ao não demonstrarem eficácia ou não serem apoiados pelas orientações recentes e baseadas em dados concretos. O foco do Conselho Médico e da equipe de atendimento direto era manter a segurança do cliente e melhorar resultados sem atrasos inadequados no atendimento, desperdício de recursos, interrupção da cadeia de abastecimento e aumentos desnecessários no custo do atendimento.

A Figura 1 apresenta uma visão geral de alto nível do modelo operacional e processo de comunicação do Conselho Médico.

Figura 1: Envolvimento do Conselho Médico e processo de comunicação





## Visão geral da apresentação clínica dos pacientes com COVID-19

Entre 13 de março e 1º de outubro, atendemos 392 pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19. A Tabela 1 apresenta uma visão geral do nível de atendimento na hospitalização, adequação da hospitalização e eventual resultado do teste de COVID-19. De todas as hospitalizações, 30% poderiam ter sido evitadas, pois esses casos deram negativo no teste de COVID-19, mas presumiu-se serem positivos no momento da hospitalização.

A Tabela 2 apresenta uma visão geral da permanência hospitalar. A permanência hospitalar dos pacientes com caso confirmado de COVID-19 e hospitalizados nas unidades de tratamento intensivo ou intermediário foi quase o dobro da permanência hospitalar dos pacientes com COVID-19 hospitalizados na ala geral. Nossa experiência

**Tabela 1.** Nível de Atendimento na hospitalização e adequação clínica da hospitalização

Resultados da SARS-CoV-2 por RT-PCR	Qtde de pacientes	Variância	
		Medicamento necessário	Possivelmente evitável*
<b>Hospitalização</b>	<b>278</b>	<b>155</b>	<b>85</b>
Negativo**	125	16	85
Positivo	152	139	0
<b>Unidade de Tratamento Intensivo</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>7</b>
Negativo**	7	2	7
Positivo	37	37	0
<b>Unidade de Cuidados Intermediários</b>	<b>94</b>	<b>65</b>	<b>25</b>
Negativo**	30	2	4
Positivo	64	63	0
<b>TOTAL</b>	<b>392</b>	<b>275</b>	<b>117</b>

**Tabela 2.** Permanência hospitalar em unidade regular, intensiva e intermediária de hospitalização

Permanência hospitalar em cada nível de assistência na hospitalização			
Resultados da SARS-CoV-2 por RT-PCR	Qtde de pacientes	Permanência hospitalar (em dias)	Duração da doença na hospitalização (em dias)
<b>Hospitalização</b>	<b>278</b>	<b>9,5</b>	<b>4,0</b>
Negativo**	125	3,8	0,6
Positivo	152	12,6	7,6
<b>Unidade de Tratamento Intensivo</b>	<b>44</b>	<b>27,0</b>	<b>8,5</b>
Negativo**	7	13,6	6,3
Positivo	37	29,5	8,9
<b>Unidade de Cuidados Intermediários</b>	<b>94</b>	<b>18,1</b>	<b>6,2</b>
Negativo**	30	6,9	2,3
Positivo	64	25,9	8,7

com a permanência hospitalar pode ser praticamente comparada com a de outros países, incluindo a China.<sup>3</sup>

As Tabelas 3 e 4 apresentam a permanência hospitalar com base no tempo de apresentação, status de respiração mecânica e regime de tratamento. Os nossos dados sugerem que os homens com COVID-19 tiveram duração maior da doença antes da apresentação. Eles tiveram permanência hospitalar maior e passaram mais dias na respiração mecânica. Além disso, os pacientes com COVID-19 que receberam Tocilizumabe tiveram permanência hospitalar maior em comparação aos que receberam medicamentos de outras categorias. Isso pode estar relacionado ao aumento na seriedade da doença. O tamanho da nossa amostra nos impede de avaliar essa hipótese estatisticamente.

*O artigo continua na próxima página.*

**Tabela 3.** Permanência hospitalar relacionada à duração da doença antes da hospitalização e média de dias com respiração mecânica

Resultados da SARS-CoV-2 por RT-PCR	Idade média dos pacientes hospitalizados (em anos)	Permanência hospitalar (em dias)	Duração da doença na hospitalização (em dias)	Média de dias com respiração mecânica (em dias)
Negativo**	45,71	4,72	1,18	1,91
Mulheres	37,68	3,06	0,52	1,82
Homens	48,34	5,79	1,57	1,96
Positivo	55,33	19,08	7,79	7,60
Mulheres	57,05	12,52	5,78	2,30
Homens	54,86	20,80	8,38	9,01
<b>TOTAL</b>	<b>52,62</b>	<b>13,20</b>	<b>5,00</b>	<b>5,44</b>

*\*\*Os resultados negativos em pacientes após PCR foram administrados como diagnóstico clínico de COVID-19*

**Tabela 4.** Permanência hospitalar relacionada ao tratamento

Tipo de tratamento além do apoio	Porcentagem de pacientes tratados (%)	Permanência hospitalar (em dias)
Hidroxicloroquina	7,39%	14,48
Hidroxicloroquina + Azitromicina + Ceftriaxona	1,02%	9,25
Hidroxicloroquina + Azitromicina	5,61%	19,55
Nenhum tratamento específico para COVID-19	83,16%	12,54
Tocilizumabe	7,60%	24,81
Remdesivir	1,0%	N/A (***)

*\*\* Não se aplica porque o tratamento foi irregular e com doses insuficientes*

# Reconstrução do modelo de gestão médica em um ambiente com recursos limitados diante de uma pandemia: a experiência da Clínica San Felipe no Peru (cont.)

A taxa de mortalidade da nossa amostra de pacientes com COVID-19 (casos suspeitos e confirmados) foi de 13,35%. Os pacientes que precisaram de intubação ou respirador mecânico tiveram uma taxa de mortalidade de 29,4%. Apesar de os nossos dados se compararem favoravelmente com os dados de mortalidade observados na Ásia, na América do Norte e na Europa, é difícil tirar conclusões válidas por causa da ampla variedade de taxas de mortalidades informadas e as diferenças demográficas e clínicas indicadas nas amostras registradas.

## Lições aprendidas

A existência de um Conselho Médico integrado que colaborou e interagiu com a equipe administrativa do hospital, além de médicos envolvidos na assistência direta no local de atendimento, nos permitiu:

- Aproveitar as melhores orientações com base nos dados concretos disponíveis para desenvolver planos terapêuticos. Os integrantes da equipe identificaram as melhores práticas ao solucionar problemas coletivamente, concluir tarefas, participar do aprendizado autêntico e colaborativo e buscar validação dos pares. Como resultado final, tivemos variabilidade mínima, resultados clínicos sustentados e diminuição de desperdícios.
- Estabelecer uma comunicação eficiente e eficaz com pacientes e membros da família. Cada integrante do Conselho Médico se responsabilizou pela comunicação com os parentes dos pacientes designados. O integrante do Conselho Médico se comunicou com os membros da família designada após cada reunião diária. Isso possibilitou uma comunicação consistente com um único ponto de contato e tranquilizou bastante o paciente, a família e os cuidadores. O integrante do Conselho Médico também colaborou com os médicos que cuidaram do paciente no local de atendimento para coordenar ligações no FaceTime entre o paciente e a família e confirmar a recuperação contínua ou os pontos críticos no tratamento do paciente, tais como antes da colocação no respirador mecânico.

- Coordenar de maneira eficiente a transição dos pacientes para o pronto-socorro e determinar a adequação da hospitalização e o nível de atendimento sob a supervisão de um integrante do Conselho Clínico. Isso nos ajudou a garantir a realização dos procedimentos e das consultas no momento correto, além de facilitar a utilização eficiente de recursos.

## Conclusão

Acreditamos que o nosso modelo de gestão médica colaborativa diante da COVID-19 tornou-se eficiente ao se concentrar na aplicação de orientações com base nos dados concretos disponíveis, o que impulsionou a utilização apropriada de recursos e a mitigação de desperdícios. Os nossos processos de comunicação dentro desse modelo proporcionaram uma interação personalizada, humana e individualizada com os pacientes e as suas famílias, apesar das barreiras físicas criadas pelo equipamento de proteção individual e as barreiras psicológicas causadas pelo medo e pela limitação de informações sobre uma doença nova. Finalmente, acreditamos que o nosso modelo de gestão médica diante da COVID-19 não afetou negativamente a qualidade dos resultados, pois as nossas taxas de mortalidade são comparáveis às referências globais disponíveis.

<sup>1</sup> Carley S, Horner D, Body R, et al Evidence-based medicine and COVID-19: what to believe and when to change Emergency Medicine Journal 2020;37:572-575.

<sup>2</sup> Martinez J, Perez-Molina J, Moreno, S, Zamora J, Serrano-Villar S, Understanding clinical decision-making during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional worldwide survey. EClinicalMedicine: September 08,2020 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100539>

<sup>3</sup> Rees, E.M., Nightingale, E.S., Jafari, Y. et al. COVID-19 length of hospital stay: a systematic review and data synthesis. BMC Med 18, 270 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01726-3>

<sup>4</sup> Large Study of COVID-19 NYC Hospital Cases Shows High Mortality <https://www.medscape.com/viewarticle/929375>

<sup>5</sup> Characteristics and Mortality of Hospitalized Patients With COVID-19 in Iran: A National Retrospective Cohort Study URL : <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-2911>

---

## Autora

Anabel Fiorella Viton Espino, M.D., Clínica San Felipe, Peru, [aviton@clinicasanfelipe.com](mailto:aviton@clinicasanfelipe.com)

## Oportunidades educacionais e recursos clínicos

### Site de conteúdos

Visite [uhc.care/globalCOVID](https://uhc.care/globalCOVID) para obter atualizações e conteúdos clínicos sobre a COVID-19 preparados especialmente para os colaboradores da UnitedHealthcare Global (em inglês).

### LinkedIn Group

*We are Together – Estamos Juntos* é uma frase para lembrar você de que, apesar da distância, dos idiomas e dos oceanos que nos separam, permanecemos unidos na luta contra a COVID-19.

Visite [uhc.care/together](https://uhc.care/together) para entrar no grupo Estamos Juntos do LinkedIn e se conectar aos colaboradores da UnitedHealthcare Global.

### OptumHealth Education

A OptumHealth Education (OHE), uma empresa do UnitedHealth Group, oferece treinamentos médicos acreditados gratuitamente em seu website. A OHE é uma das poucas organizações acreditadas em conjunto no mundo, tendo sido simultaneamente credenciada por promover atividades de educação continuada nas seguintes áreas: medicina, enfermagem, farmácia, psicologia e serviço social.

**Crie uma conta em [optumhealtheducation.com](https://optumhealtheducation.com) e obtenha acesso a quase 100 horas de educação continuada gratuita (conteúdo disponível em inglês).**

# Preparação, estratégias e reação das Unidades de Tratamento Intensivo nos Hospitais da Amil diante da COVID-19

## Introdução

O primeiro caso de COVID-19, a doença que afetaria toda a humanidade, foi informado em dezembro de 2019.<sup>1</sup> A globalização teve papel fundamental, não só na disseminação do vírus, mas também na troca quase instantânea de experiências entre os países. Coletivamente, aprendemos sobre a COVID-19 na “sala de aula da comunidade global”.

Desde o início de 2020, a Amil — empresa de planos de saúde que faz parte da UnitedHealth Group Brasil — passou a trabalhar ativamente em um plano para combater a pandemia e garantir que os nossos pacientes recebessem atendimento médico de alta qualidade. A Amil tem 15 hospitais integrados no Brasil, distribuídos nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, e atende 3,4 milhões de beneficiários. O presente artigo descreve as estratégias adotadas entre março e agosto de 2020, durante o pico da pandemia da COVID-19, para proporcionar o melhor atendimento a todos os pacientes nas unidades de tratamento intensivo (UTIs) nos hospitais da Amil.

## Resultados

As estratégias usadas para aumentar a ocupação e capacidade das UTIs dos hospitais da Amil se basearam em três princípios: espaço, equipe e materiais. As medidas foram divididas em dois níveis: 1) Estrutura física e garantia de suprimentos; e 2) Gestão de pessoal.

### Nível 1 — Estrutura física e garantia de suprimentos:

A execução do Nível 1 incluiu a criação de um Comitê de Crise, composto pela alta gerência da Amil, com o objetivo de coletar dados e coordenar medidas de apoio à liderança dos hospitais.

O Comitê Técnico da COVID-19, composto por profissionais de várias especialidades, foi criado para agrupar e disseminar as diretrizes de gestão de atendimento atualizadas com base em dados concretos sobre a COVID-19. Diante da grande quantidade de informações novas e geralmente contraditórias, esta iniciativa proporcionou segurança para os nossos profissionais de saúde nas linhas de frente e apoiou as atividades que eles desempenharam no atendimento dos pacientes.

A equipe de liderança da Amil desenvolveu um painel operacional e centralizou a distribuição de um grande estoque de suprimentos para evitar falta de material. O plano de gestão de estoque administrou a aquisição de respiradores mecânicos e catéteres de alto fluxo, assim como a transferência desses materiais entre os hospitais, o que nos permitiu atender a nossa demanda.

O nosso sistema de monitoramento de recursos e leitos na UTI, usado para prever o risco de superlotação, foi essencial para informar os hospitais sobre a necessidade de leitos adicionais e realizar análises situacionais. Esse

sistema se baseou no plano governamental do Estado de São Paulo, que proporcionou um sistema de alerta para quando a ocupação nos hospitais e nas UTIs estivesse em risco de superlotação e ajudou os administradores dos hospitais a gerir a ocupação e tomar decisões quanto à disponibilidade de mais leitos. O sistema de alerta usou quatro categorias divididas por cor: alerta máximo (vermelho), controle (laranja), flexibilidade (amarelo) e abertura parcial (verde). O plano de São Paulo usou indicadores-chave, incluindo:

- Ocupação média da UTI nos últimos sete dias.
- Quantidade de leitos em UTI por 100 mil habitantes.
- Quantidade de novos casos nos últimos sete dias, comparada ao período anterior de sete dias.
- Quantidade de novas hospitalizações nos últimos sete dias, comparada ao período anterior de sete dias.
- Quantidade de óbitos nos últimos sete dias, comparada ao período anterior de sete dias.

Nosso painel incluiu os seguintes indicadores (Figura 1):

- Ocupação média da UTI no período anterior de sete dias.
- Quantidade de novas hospitalizações no período anterior de sete dias.
- Quantidade de pacientes em respiradores mecânicos no período anterior de sete dias.

Esses três critérios foram usados para monitorar o risco de superlotação dos hospitais e das UTIs, calculando a ocupação de acordo com uma pontuação de risco composta simples ([novas hospitalizações em sete dias X3] + [uso de respiradores mecânicos em sete dias X1]/4).

Uma triagem eficaz, a alocação de recursos e a transferência eficiente de pacientes entre hospitais foram elementos essenciais para a qualidade do atendimento. Ao monitorar o painel de dados, a ocupação operacional dos leitos da UTI na Amil aumentou em 58% (de 264 para 418 leitos) e a média de ocupação não ultrapassou os 85%, mesmo durante o pico da pandemia, o que deu credibilidade à gestão de risco e à qualidade do atendimento. Considerando os antecedentes, a Amil usou 85% como o limite máximo para a ocupação segura.

Até 31 de agosto, 2.282 pacientes com COVID-19 foram hospitalizados na UTI, sendo que 1.382 se recuperaram e 900 faleceram, colocando o índice de mortalidade da Amil em 39%. Cerca de 54% dos pacientes (1.244) precisaram de respiração invasiva e o índice de mortalidade entre eles foi de 62%.<sup>2</sup>

**Nível 2 — Gestão de pessoal:** Um grande desafio foi administrar o absenteísmo e, ao mesmo tempo, evitar o presenteísmo (profissionais trabalhando doentes), o que tornou-se especialmente complexo diante da demanda por mais leitos, integrantes da equipe e recursos.

Pedimos para vários profissionais deixarem de realizar as suas tarefas, seja por terem sido expostos à COVID-19 ou por fazerem parte do grupo de alto risco. Por isso, precisamos contratar 1.002 pessoas em todo o sistema. Os novos contratados foram designados a unidades fechadas, como centros cirúrgicos ambulatoriais.

O uso apropriado de equipamento de proteção individual (EPI) foi o elemento fundamental do treinamento para o serviço de controle de infecções. Além disso, instruímos as equipes a monitorar a detecção precoce de sintomas e fornecemos indicações sobre o isolamento imediato a fim de evitar a transmissão cruzada e mitigar o risco de infecção dos profissionais de saúde.

Um grupo de “promotores de segurança” foi formado pelos profissionais locais de assistência médica, reunindo integrantes das equipes de qualidade e controle de infecções. Esse grupo ficou responsável pelas rondas diárias para monitorar se todos estavam seguindo as precauções do controle de infecção e os protocolos de uso de EPI. Quaisquer lacunas identificadas pelo grupo foram corrigidas imediatamente com instruções em tempo real e treinamento de reforço. O impacto das medidas coletivas tomadas pelas equipes clínicas e pelos colaboradores administrativos resultou em uma diminuição de 51,7% na taxa de ausência entre os profissionais de saúde. A quantidade de trabalhadores que não puderam desempenhar suas funções caiu de 2.406 (1º de abril a 31 de maio) para 1.245 (1º de junho a 31 de julho). Durante esse período, não foram registrados óbitos na equipe de enfermagem do Grupo Amil, apesar de o Brasil ter sido um dos países com a maior taxa de mortalidade entre enfermeiros durante a pandemia da COVID-19.

## Lições aprendidas

Em tempos de crise, aprendemos a importância de incentivar a criatividade e inovação para satisfazer a uma demanda em constante evolução, causada por um vírus sem precedentes.

A pandemia nos ensinou, com certeza, que estamos todos ligados e dependemos uns dos outros. A integração dos hospitais em diferentes regiões do Brasil, seguindo um plano único e oferecendo apoio mútuo, nos permitiu trocar experiências e solucionar problemas rapidamente. Isso foi possível porque os nossos grupos de trabalho estavam altamente motivados e unidos diante de um propósito comum.

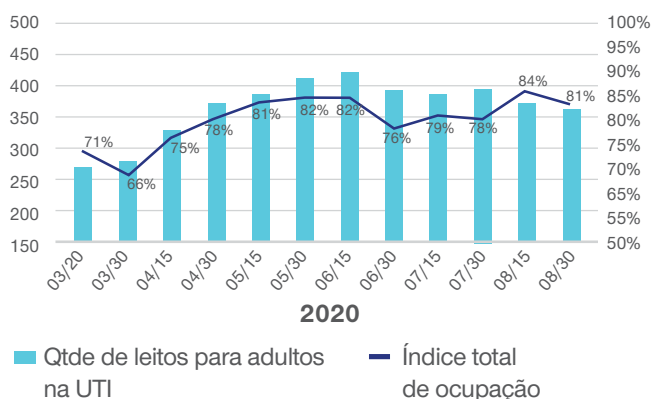
O uso de sistemas de informação em tempo real foi essencial para integrar e facilitar a rápida transmissão de informações precisas, confirmando que a tecnologia em ciência de dados pode mesmo revolucionar a assistência médica.

O que ajudou a apoiar a equipe foram os programas de treinamento concentrados, executados para aprimorar as habilidades profissionais dos novos contratados, além do apoio do pessoal mais experiente.

Um dos maiores testes que enfrentamos foi garantir a qualidade de todos os produtos e fornecedores de EPI antes da aquisição e compra. Durante o pico da pandemia, EPIs de diversos níveis de qualidade passaram a ser fabricados em todo o mundo. Apesar desses desafios,

**Figura 1:** Monitoramento semanal das hospitalizações na UTI e do índice de ocupação

### Qtde de leitos para adultos na UTI e índice total de ocupação



e graças aos nossos parceiros corporativos, conseguimos fornecer EPI essencial e de alta qualidade a toda a nossa equipe hospitalar, garantindo a proteção do nosso pessoal e a credibilidade das nossas instituições.

## Conclusão

A pandemia da COVID-19 colocou à prova a capacidade e resiliência dos sistemas de saúde de todo o mundo. A experiência da rede Amil se fundamentou em avaliações proativas de riscos, planejamento multifuncional, agilidade organizacional, rápido poder de decisão, implantação ágil de medidas e colaboração interdisciplinar. Tudo isso garantiu a resiliência do nosso sistema e proporcionou um ambiente de trabalho seguro para os nossos colaboradores.

Continuamos empenhados na tarefa de manter uma equipe comprometida com o objetivo de oferecer serviços de qualidade com segurança. Continuamos aprendendo mais sobre a COVID-19 e como viver com o risco de contaminação nos hospitais. Continuamos nos concentrando no fortalecimento de processos e no aumento da nossa capacidade técnica, a fim de voltar ao nosso nível de desempenho pré-pandemia e retomar as nossas atividades eletivas.

<sup>1</sup>Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) International Journal of Surgery. 2020, 76: 71-71.

<sup>2</sup>Epimed ICU Monitor system

## Autor

Carlos Brandão, M.D., Amil, Brasil,  
carbrandao@prestadores.amil.com.br



# Monitoramento domiciliar de pacientes com COVID-19 no Peru

## O problema

A reação à pandemia da COVID-19 exigiu uma infraestrutura de assistência médica eficiente, resiliência e agilidade diante das incertezas e dos dados científicos concretos que surgiam rapidamente. A procura por serviços de assistência sobrecarregou os sistemas de saúde, incluindo as unidades de pronto-socorro no Peru e em todo o mundo. No Peru, muitos desses pacientes moram em áreas com recursos escassos de saúde e voltaram para as suas casas sem ter continuidade no atendimento. Tal dilema exigiu a criação de novas formas de administrar pacientes de baixa complexidade, a fim de evitar gargalos para quem precisa ter acesso ao sistema de saúde para receber atendimento urgente ou emergencial.

## O programa

O objetivo do programa da Clínica San Felipe para o monitoramento domiciliar de pacientes com COVID-19 é identificar e viabilizar o atendimento fora do hospital para pacientes com COVID-19 que fazem parte do grupo de alto risco. Mais especificamente, o programa se concentra nos moradores das áreas com recursos escassos de saúde e que precisam de atendimento urgente ou emergencial de maneira pontual e eficiente.

## O processo

Depois que um paciente com suspeita de COVID-19 faz o exame e recebe alta do pronto-socorro, o epidemiologista do hospital encaminha os cotonetes com as amostras do exame para o Instituto Nacional de Saúde, juntamente com o histórico epidemiológico do paciente, seguindo os regulamentos locais. Os dados relevantes sobre o paciente são incluídos no banco de dados do hospital: nome, telefone, resultados e dados do acompanhamento clínico.

Em fevereiro de 2020, no início da pandemia, o tempo de espera dos resultados do teste clínico fornecidos pelo Instituto Nacional de Saúde era de sete dias. Por isso, a equipe de monitoramento em casa precisava realizar o acompanhamento clínico antes de obter os resultados, a fim de monitorar o paciente e identificar os sinais e/ou sintomas da COVID-19. Nosso primeiro telefonema para o paciente era feito no primeiro dia após a alta do pronto-socorro. As equipes faziam o acompanhamento a cada dois ou três dias, até receber o resultado negativo. Em caso de resultado positivo, o paciente continuava sendo monitorado até a resolução dos sintomas ou durante 14 dias, se o paciente fosse assintomático.

Em março, o tempo de retorno do Instituto Nacional de Saúde para fornecer o resultado dos testes de COVID-19 diminuiu de sete para dois a três dias. Com a diminuição desse intervalo, a equipe de monitoramento domiciliar telefonava para os pacientes assim que o resultado fosse recebido.

Durante o primeiro telefonema com os pacientes, as seguintes medidas foram tomadas pela equipe de acompanhamento:

1. Aviso do resultado, aproveitando as ferramentas SPIKES/NURSE para apoiar a comunicação de más notícias e estabelecer uma conexão emocional com o paciente<sup>1</sup>.
2. Treinamento em biossegurança e medidas de prevenção contra infecções no ambiente domiciliar.
3. Documentação do histórico clínico do paciente e identificação dos fatores de risco, incluindo obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares.
4. Confirmação da duração dos sintomas, se existentes, incluindo contar há quantos dias eles se manifestam. As equipes levaram em consideração que os dias 9 a 12 representam um período crítico, quando os pacientes correm o risco de deterioração clínica súbita.
5. Documentação dos contatos no domicílio, incluindo as pessoas com quem mora, a idade de cada uma, os sintomas e o histórico de saúde.
6. Atribuição a uma equipe de assistência para dar continuidade de acordo com a complexidade.

Acompanhamento feito pelos médicos do pronto-socorro com pacientes de alta complexidade, incluindo os com caso de polifarmácia e fatores clínicos de alto risco. Cor do código de classificação de risco: **Vermelho**.

Acompanhamento feito pela enfermagem com pacientes de baixa complexidade: com ou sem fatores de risco, mas com sintomas leves e/ou boa evolução clínica. Cor do código de classificação de risco: **Amarelo** (pacientes assintomáticos ou com caso leve e controlado) ou cor do código de classificação de risco: **Verde** (pacientes assintomáticos ou com sintomas, mas sem histórico médico).

Pacientes com sintomas moderados, pacientes hospitalizados em outras instituições ou pacientes com sintomas sérios e que não puderam ser hospitalizados por causa da escassez de recursos fizeram o acompanhamento com o médico do pronto-socorro.



## Estabelecimento do contato

As equipes se esforçaram para estabelecer o contato inicial com os pacientes que voltaram para a casa, enfatizando que essa era uma etapa essencial na continuidade do atendimento apropriado. Primeiro, a equipe de acompanhamento realizava a primeira chamada. Se ninguém atendesse, a equipe tentava ligar duas vezes durante três dias. Se o paciente não atendesse, a equipe deixava uma mensagem de voz ou enviava uma mensagem de texto. Se o paciente não retornasse a ligação ou não respondesse a mensagem de texto, a equipe enviava um e-mail com as informações de contato.

Depois de estabelecido o primeiro contato, o paciente era classificado de acordo com o nível de risco e alguém da equipe de atendimento se encarregava de fazer o acompanhamento até a liberação (em 14 dias ou três dias consecutivos sem sintomas).

Os pacientes em acompanhamento que não deram retorno durante três dias consecutivos ou até o 12º dia assintomático, assim como aqueles com quem o contato não foi estabelecido, foram cadastrados como “sem acompanhamento (N/A)”. Além disso, se a ligação sobre a liberação não foi concluída com os pacientes cujos resultados clínicos foram bons após o 12º dia assintomático, esses pacientes foram cadastrados como “sem resposta (WR)”.

A ferramenta de classificação para triagem por telefone usada no programa de monitoramento domiciliar de pacientes com COVID-19 é derivada da ferramenta de triagem de sepse<sup>2</sup> (Tabela 1).

**Tabela 1.** Ferramenta de triagem por telefone para monitoramento dos pacientes com COVID-19 em casa

Triagem telefônica	
<b>VERMELHO</b>	Indício de estado mental alterado Não consegue se levantar/caminhar Não consegue falar/respirar Respiração muito ofegante Palidez ou cianose evidente
<b>AMARELO</b>	Menos atividade e mais sono Imunossupressão Respiração ofegante Diminuição da urina Temperatura < 36 ° Dor pleurítica Febre persistente > 5 d
<b>VERDE</b>	Sintomas respiratórios leves Febre que diminui com antipirético Tosse Incômodo em geral Sem respiração ofegante

A classificação de risco verde, amarelo e vermelho foi de acordo com os fatores de risco do paciente, o histórico médico, os dias com sintomas, a seriedade dos sintomas, os medicamentos tomados regularmente e os contatos. As equipes usaram a classificação por cores para identificar as medidas subsequentes ao primeiro telefonema. As medidas recomendadas pela equipe de triagem de acordo com a classificação de risco foram as seguintes:

- **Vermelho:** Consulta no pronto-socorro ou acompanhamento duas vezes ao dia com plantonista no pronto-socorro, se necessário.
- **Amarelo:** Ligações diárias, considerando consulta com médico do pronto-socorro.
- **Verde:** Acompanhamento dia sim, dia não.

## Resultados

Entre fevereiro, quando o programa foi criado, e agosto, 5.619 pacientes com COVID-19 foram atendidos no pronto-socorro. Entre eles, um total de 4.387 pacientes (78%) se inscreveu no programa de monitoramento em casa.

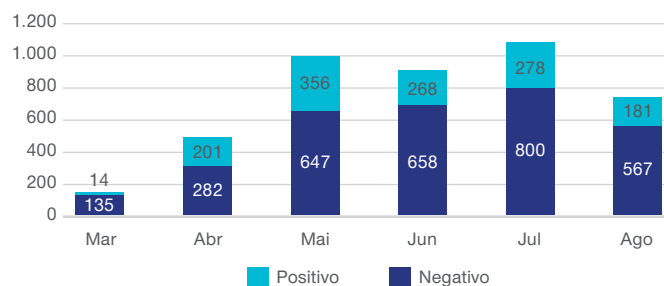
**Critério de inclusão:** Pacientes atendidos no pronto-socorro da Clínica San Felipe entre fevereiro e agosto que fizeram o teste RT-PCR com cotonete na mucosa da nasofaringe.

### Critério de exclusão:

- Pacientes cujo teste RT-PCR molecular não foi processado ou foi rejeitado pelo Instituto Nacional de Saúde.
- Pessoal de saúde assintomático que fez o teste pelo instituto de vigilância epidemiológica.
- Pacientes com quem o contato telefônico não foi estabelecido.

Ao todo, 1.298 pacientes tiveram resultado positivo para COVID-19 (29,59%) (Figura 1). Deles, 124 (10%) foram hospitalizados em várias instituições públicas (22%), privadas (27%) ou na Clínica San Felipe (52%).

**Figura 1.** Resultados dos testes com cotonete na mucosa da nasofaringe em pacientes da Clínica San Felipe



# Monitoramento domiciliar de pacientes com COVID-19 no Peru (cont.)

Dos 1.298 pacientes com resultado positivo, 886 (68,25%) foram liberados do acompanhamento, 223 (17,18%) não conseguiram concluir o acompanhamento, 13 (1%) faleceram, 80 (6,16%) estavam com a liberação pendente quando este artigo foi finalizado e 96 (7,40%) tiveram melhora nos sintomas, mas não puderam ser contatados para obter liberação do acompanhamento (Figura 2).

Dos 1.298 pacientes com resultado positivo que fizeram o acompanhamento, 686 (52,85%) foram classificados no nível verde, 247 (19,03%) no amarelo e 136 (10,48%) no vermelho. Ao todo, 229 pacientes (17,64%) não forneceram informações suficientes para serem classificados (Figura 3). Conforme previsto, todos os pacientes classificados no nível vermelho foram hospitalizados. Vinte e oito dos 686 pacientes no nível verde (4,08%) e quatro dos 247 pacientes no nível amarelo (1,61%) precisaram ser hospitalizados.

O programa da Clínica San Felipe para o monitoramento domiciliar dos pacientes com COVID-19 foi fundamental para planejar a gestão da nossa capacidade diante do pico no atendimento.

A ferramenta de classificação de risco durante monitoramento em casa, aliada ao julgamento clínico

da equipe, nos ajudou a prever quais pacientes desenvolveriam sintomas sérios e quando seria apropriado hospitalizá-los. Isso facilitou o acesso pontual à assistência clínica apropriada da maneira mais eficiente possível.

<sup>1</sup>Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gliber G, Beale EA, Kudelka AP (2000) SPIKES – A Six Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist* 5:302-311

<sup>2</sup>Gräff I, Goldschmidt B, Gliem P, et al, Validity of the Manchester Triage System in patients with sepsis presenting at the ED: a first assessment *Emergency Medicine Journal* 2017;34:212-218.

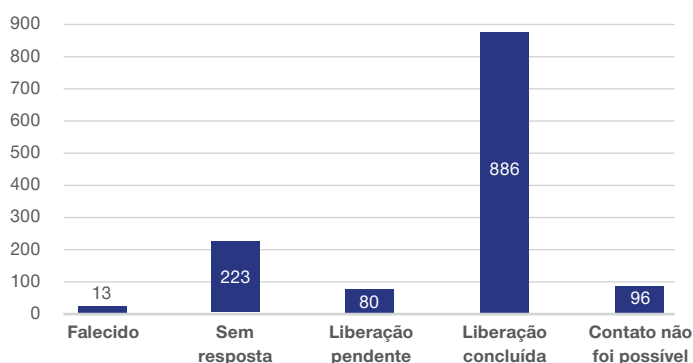
## Autora

Marcela Argumedo Estay, M.D., Clínica San Felipe, Peru, [margumedo@clinicasanfelipe.com](mailto:margumedo@clinicasanfelipe.com)

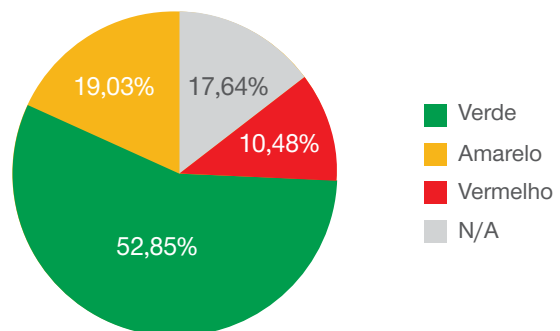
## Equipe

Oscar Basurco Oré, M.D., Clínica San Felipe, Peru; Teresa Rios RN, Clínica San Felipe, Peru; Rosario Rueda RN, Clínica San Felipe, Peru; Brígida Castillo, RN, Clínica San Felipe, Peru; Nelly Huamani, RN, Clínica San Felipe, Peru; Tatiana Aguilar, Clínica San Felipe, Peru

**Figura 2.** Acompanhamento com pacientes positivos



**Figura 3.** Classificação do acompanhamento com pacientes positivos



# Publicações recentes selecionadas

Recomendamos os seguintes artigos para ampliar os conhecimentos sobre a COVID-19 e outros desenvolvimentos clínicos. O título dos artigos está no idioma original para facilitar a pesquisa na internet.

1. [“A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Research Data on COVID-19 Infection-Fatality Rates.”](#) Meyerowitz-Katz, G., & Merone, L., medRxiv, 7 de julho de 2020.
2. [“Atypical chest pain due to multiple coronary arteries fistulas occluded with percutaneous interlock coils: A case report.”](#) Ida, G. I., Kalansky, M. A., Luciana de Pádua, S. B., Jamus, M., Garcia, J. C. T., Furlan, V., ... & Ribeiro, H. B., Journal of Cardiology Cases, 11 de setembro de 2020.
3. [“Collaborating Across Private, Public, Community, and Federal Hospital Systems: Lessons Learned from the Covid-19 Pandemic Response in NYC.”](#) Schaye, V. E., Reich, J. A., Bosworth, B. P., Stern, D. T., Volpicelli, F., Shapiro, N. M., ... & Sauthoff, H., NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, dezembro de 2020.
4. [“Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\): a systematic review of imaging findings in 919 patients.”](#) Salehi, S., Abedi, A., Balakrishnan, S., & Gholamrezanezhad, A., American Journal of Roentgenology, julho de 2020.
5. [“Cost Modifications during the Early Years of the Use of the National Cardiovascular Data Registry for Quality Improvement.”](#) Barros, P. G. M. D., Li, J., Tremblay, C., Okada, M. Y., Szejder, H., Furlan, V., & Vasconcellos, R., Clinics, 26 de agosto de 2020.
6. [“COVID-19 in Africa: The nuances of social distancing and handwashing.”](#) Asombang, A. W., Akintola-Ogunremi, O., Mateyo, K. J., Mwabe, J., Kpodo, J., Ani-Amponsah, M., ... & Wilson, M. M. Medical Journal of Zambia, 9 de setembro de 2020.
7. [“COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence.”](#) Vindegaard, N., & Benros, M. E., Brain, Behavior, and Immunity, outubro de 2020.
8. [“Development and Implementation of a Clinical Pathway to Reduce Inappropriate Admissions Among Patients with Community-Acquired Pneumonia in a Private Health System in Brazil: An Observational Cohort Study and a Promising Tool for Efficiency Improvement.”](#) Moreira, R. C., Mendonca-Filho, H. T., Farias, A. M., Szejder, H., Lang, E., & Wilson, M. M., Open Access Emergency Medicine: OAEM, 30 de julho de 2020.
9. [“Neurological manifestations of COVID-19 and other coronavirus infections: A systematic review.”](#) Montalvan, V., Lee, J., Bueso, T., De Toledo, J., & Rivas, K. Clinical Neurology and Neurosurgery, julho de 2020.
10. [“Obesity in Patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis.”](#) Huang, Y., Yao, L. U., Huang, Y. M., Min, W. A. N. G., Wei, L. I. N. G., Yi, S. U. I., & Hai-Lu, Z. H. A. O., Metabolism, dezembro de 2020.
11. [“One year follow-up Assessment of Patients Included in the Brazilian Registry of Acute Coronary Syndromes \(ACCEPT\).”](#) Silva, P. G. M. D. B., Berwanger, O., Santos, E. S. D., Sousa, A. C. S., Cavalcante, M. A., Andrade, P. B. D., ... & Paola, A. A. V. D., Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 29 de junho 2020.
12. [“Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis.”](#) Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, H. J., ... & Hajizadeh, A. The Lancet, 1º de junho 2020.
13. [“Redesigning COVID 19 care with network medicine and machine learning: A review.”](#) Halamka, J., Cerrato, P., & Perlman, A., Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes, 5 de outubro de 2020.
14. [“Remdesivir for the treatment of Covid-19—preliminary report.”](#) Beigel, J. H., Tomashek, K. M., Dodd, L. E., Mehta, A. K., Zingman, B. S., Kalil, A. C., ... & de Castilla, D. L., The New England journal of medicine, 8 de outubro de 2020.
15. [“REPLICCAR II Study: Data quality audit in the Paulista Cardiovascular Surgery Registry.”](#) Orlandi, B. M. M., Mejia, O. A. V., Borgomoni, G. B., Goncharov, M., Rocha, K. N., Bassolli, L., ... & de Sousa Vilarinho, K. A., Plos One, 10 de julho de 2020.
16. [“Strategy to Enable and Accelerate Kidney Transplant in Small Children and Results of the First 130 Transplants in Children ≤ 15 kg in a Single Center.”](#) de Santis Feltran, L., Genzani, C. P., Fonseca, M. J. B. M., da Silva, E. F., Baptista, J. C., de Carvalho, M. F. C., & Koch-Nogueira, P. C., Transplantation, agosto de 2020.

# Resumo de relatórios: Reações e lições diante da COVID-19

## COVID-19: Assistência Médica Virtual da UnitedHealthcare Global apóia a indústria de Petróleo, Gás e Exploração Sísmica

**O problema:** A COVID-19 apresentou desafios complexos para a indústria de Petróleo, Gás e Exploração Sísmica. Houve medo e ansiedade generalizados de possível surto em ambientes off-shore. Inicialmente, houve pouca orientação e recomendação específica sobre a COVID-19. Quando as informações eram disponibilizadas, a orientação muitas vezes continha dados que estavam em constante evolução e que exigiam reavaliações frequentes. As equipes tiveram que revisar e adaptar rapidamente as diretrizes e recomendações para garantir que seriam relevantes para a indústria de exploração off-shore.

**O programa:** A equipe da Assistência Médica Virtual (VHS) da UnitedHealthcare Global no Reino Unido foi criada em julho de 2017 para aumentar a qualidade e segurança do atendimento proporcionado aos trabalhadores remotos. A equipe passou a enfrentar desafios durante a COVID-19, usando seu “cérebro coletivo” para apoiar a indústria de exploração off-shore. A equipe tinha quatro objetivos principais:

- Manter a segurança dos médicos e profissionais da UnitedHealthcare Global que trabalhavam em unidades off-shore.
- Diminuir o impacto de possíveis surtos nas unidades off-shore.
- Manter a resiliência operacional.
- Atender os clientes para melhor compreenderem a ciência e a medicina relacionada à COVID-19.

VHS revisou e aproveitou continuamente as orientações dos Centros para o Controle de Doenças, da Organização Mundial da Saúde e do Centro Europeu para o Controle de Doenças, do sistema de saúde pública do Reino Unido e das pesquisas científicas do Centro Nacional de Informação Biotecnológica.

**Resultados alcançados:** Desenvolvemos algoritmos de orientação bem-sucedidos. A primeira orientação em 17 de março de 2020 foi simples e enfatizou a segurança. Inicialmente, o foco foi direcionado a processos robustos de prevenção e controle de infecções (PCI). O guia foi revisado e atualizado semanalmente. *A lição aprendida:* a frequência das revisões e atualizações na orientação clínica, diante de uma situação em constante evolução, precisa ser ditada pela chegada de novas informações, não por prazos.

---

*A COVID-19 trouxe para a equipe médica de VHS da UnitedHealthcare Global no Reino Unido a oportunidade de **colocar em prática os seus conhecimentos clínicos diversificados, a sua resiliência e experiência para proporcionar soluções na assistência médica para uma força de trabalho essencial.***

Revisamos os procedimentos de PCI existentes nas operações médicas off-shore para garantir que condiziam com o objetivo. Todos os ambientes de trabalho remoto têm procedimentos documentados para a gestão de surtos de doenças infecciosas. No entanto, ficou evidente que os sistemas não haviam evoluído até um nível que pudesse acompanhar essa nova pandemia. As questões mais importantes foram o isolamento, a quarentena e a remoção de casos suspeitos por causa da falta de planos específicos para áreas segregadas e transporte.

A equipe VHS aconselhou que fossem organizadas áreas de isolamento e prevenção de infecção, além de controle e isolamento dos contatos mais próximos. Adaptamos os ensinamentos de surtos anteriores de doenças infecciosas para os sistemas que permitiriam uma gestão segura de possíveis surtos de COVID-19, apesar da falta de consenso global no início da pandemia. *A lição aprendida:* os sistemas não foram criados para a larga escala, apesar de a PCI ser um componente integral da medicina moderna. Isso enfatizou o

fato de que o planejamento na indústria da pandemia precisa ser feito antecipadamente, adotado rapidamente e ser ágil o suficiente para se adaptar aos novos desafios.

Diminuímos o risco para o pessoal e os médicos nas unidades off-shore. Os equipamentos de proteção individual (EPI) eram limitados e foram priorizados para os sistemas governamentais de saúde; no entanto, foi de extrema importância garantir que os trabalhadores da UnitedHealthcare Global recebessem EPI apropriado.

O EPI foi adquirido e entregue à UnitedHealthcare Global por meio da equipe e do armazém de suprimentos da Medekit no Reino Unido. A prioridade era a segurança dos médicos da UnitedHealthcare Global nas unidades off-shore, que receberam o estoque existente de EPI. A equipe Medekit conseguiu aumentar a aquisição de EPI conforme a produção foi aumentando. As orientações sobre EPI foram enviadas para os médicos da UnitedHealthcare Global com base em orientações atualizadas, a fim de mitigar o risco de contrair COVID-19 em diversos cenários clínicos, como uso de EPI de alto nível na realização de procedimentos que geram aerossóis, como a intubação.

Aconselhamos o uso de máscaras cirúrgicas, luvas, proteção para os olhos e avental durante todos os contatos clínicos, aumentando a proteção para máscaras FFP3/N95, duas camadas de luvas e vestimenta impermeável a fluidos para casos de alto risco. As ferramentas de triagem antes do posicionamento foram revisadas para garantir que seriam adequadas para os viajantes em risco e identificariam os trabalhadores clinicamente vulneráveis na avaliação de saúde ocupacional. Também foram emitidas orientações para viagens em segurança. *A lição aprendida:* documentar os raciocínios feitos em tempo real para aperfeiçoar as reações futuras.

**Exames da COVID-19 no ambiente desafiador das unidades off-shore:** A equipe de VHS da UnitedHealthcare Global adotou um método de teste baseado em dados concretos e riscos, o que ajudou a indústria de exploração off-shore a compreender as limitações dos exames. Um desafio considerável foi o rápido surgimento de testes de COVID-19 no mercado, pois alguns deles não foram validados de maneira rigorosa. Os clientes e operadores estiveram sob forte pressão para fornecer soluções de teste para o pessoal e garantir um ambiente livre de COVID.

A educação contínua promovida pela equipe VHS foi essencial para ajudar os nossos clientes a compreenderem que as estratégias de teste por si só não mitigariam os riscos da COVID-19 por completo e que era fundamental continuar seguindo as orientações de controle de infecção. *A lição aprendida:* é essencial seguir princípios médicos com base em dados concretos, principalmente quando há dados inconclusivos e pressão externa para fornecer soluções.

**Conclusão:** A COVID-19 trouxe para a equipe médica de VHS da UnitedHealthcare Global no Reino Unido a oportunidade de colocar em prática os seus conhecimentos clínicos diversificados, a sua resiliência e experiência para proporcionar soluções na assistência médica para uma força de trabalho essencial. Além disso, o nosso envolvimento coletivo e as soluções sistêmicas baseadas em dados concretos durante a crise facilitaram o aprimoramento dos nossos processos e nos ajudou a adquirir uma preparação sólida para enfrentar pandemias futuras.

**Autores:** Alexander Rowe M.D., UnitedHealthcare Global Virtual Health Services, Reino Unido, alex.rowe@uhcglobal.com; Ba Hons Cantab, MA, JCPTGP, DipIMC RCS Ed, FRGS., South West Ambulance Service, Reino Unido; Stuart Milne, EMT, UnitedHealthcare Global Solutions, Reino Unido



# Resumo de relatórios: Reações e lições diante da COVID-19

## Plasma convalescente: a experiência dos provedores nas Empresas Banmédica

**Problema:** Na ausência de uma terapia ou um tratamento específico para a COVID-19, a tendência em usar certos medicamentos continua mudando conforme procuramos terapias eficazes. Antibióticos (azitromicina), medicamentos para a prevenção da malária (hidroxicloroquina) e corticosteróides (dexametasona) demonstraram resultados irregulares.<sup>1</sup> Vários países realizaram pesquisas direcionadas ao desenvolvimento de novas estratégias de tratamento e terapias refinadas. Uma dessas iniciativas de pesquisa foi o desenvolvimento de anticorpos para SARS-Cov-2 contidos em plasma convalescente. O material foi obtido dos pacientes recuperados para uso no tratamento de pacientes com COVID-19.<sup>2</sup>

**Programa:** O uso de transfusão com plasma convalescente é visto como uma alternativa eficaz, segura e disponível para tratar pacientes com COVID-19.<sup>2,3</sup> As pesquisas apontam que pode ser especialmente importante a curto prazo, enquanto aguardamos uma vacina eficaz. Entre março e agosto, os médicos que prestam assistência nas Empresas Banmédica fizeram transfusões de plasma convalescente (CPT) em 121 pacientes com COVID-19 em todos os nossos quatro hospitais (Tabela 1). Os doadores de plasma são pacientes recuperados da infecção da COVID-19. Um mês após a alta do tratamento, a doação do plasma foi aprovada para transfusão em pacientes com COVID-19 com base no protocolo de intervenção terapêutica compassiva. A indicação, a dosagem e o período de administração foi determinado por cada provedor. Pacientes menores de 18 anos e mulheres grávidas foram excluídos do protocolo.

**Resultados:** Os pacientes que receberam CPT foram hospitalizados após uma média de 7,09 dias após o início dos sintomas. Os sintomas mais frequentes foram dispnéia (83,19%), febre (76,47%) e tosse (75,63%).

A hospitalização dos pacientes em 14,88% dos casos foi feita diretamente na unidade de tratamento intensivo, sendo que 10,74% foram para a unidade de cuidados intermediários e 74,38% foram para a unidade médica. Em especial, 46,28% de todos os pacientes passaram pelo menos um dia na unidade de tratamento intensivo durante a hospitalização. Os pacientes que receberam CPT tiveram uma média de 16 dias de permanência hospitalar (máx. 67 dias, min. 2 dias) e 95,87% dos que receberam CPT precisaram de respiração mecânica.

Dentro do grupo que recebeu CPT, 34,71% recebeu terapia vasoativa, 4,96% precisou de diálise, 53,72% precisou de anticoagulantes, 49,49% recebeu azitromicina, 9,92% recebeu hidroxicloroquina e 95,87% recebeu corticosteróides. O índice de fatalidade dos pacientes que receberam transfusão de plasma convalescente foi de 21,49%. Não foi possível fazer uma comparação de dados porque somente os pacientes mais doentes se qualificaram para esse tipo de tratamento.

**Conclusão:** No momento, o panorama clínico da COVID-19 ainda está em evolução. O uso contínuo de métodos científicos robustos para rastrear o estado dos pacientes e a reação aos tratamentos foi uma ferramenta essencial para a remediação desta pandemia. Conforme continuamos a aprender mais sobre as terapias, esperamos encontrar um tratamento seguro e eficaz para os pacientes com COVID-19.

**Equipe:** José Alberto Mozó, M.D., Empresas Banmédica Providers, Chile, jmozo@empresasbanmedica.com; Cristián Ugarte, M.D., Empresas Banmédica Providers, Chile

**Tabela 1.** Uso de CPT em todos os hospitais

Hospital	Qtde de pacientes	% do total
Dávila	40	33%
Santa María	78	64,5%
Vespucio	2	1,65%
Ciudad del Mar	1	0,83

<sup>1</sup> Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, Cutrell JB. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. JAMA. 2020;323(18):1824–1836. doi:10.1001/jama.2020.6019

<sup>2</sup> Yiğenoğlu TN, Hacibekiroğlu T, Berber İ, et al. Convalescent plasma therapy in patients with COVID-19. J Clin Apher. 2020;35(4):367-373. doi:10.1002/jca.21806

<sup>3</sup> Rajendran K, Krishnasamy N, Rangarajan J, Rathinam J, Natarajan M, Ramachandran A. Convalescent plasma transfusion for the treatment of COVID-19: Systematic review [published online ahead of print, 2020 May 1]. J Med Virol. 2020;10.1002/jmv.25961. doi:10.1002/jmv.25961



# Os desafios de reabrir uma clínica ambulatorial durante a pandemia da COVID-19

O ano de 2020 será lembrado em todo mundo por causa da pandemia da COVID-19 e o impacto estressante que causou nos sistemas de saúde e no comércio. Após a atenuação do surto dos casos de COVID-19 em Portugal, as equipes de atendimento do Lusíadas Saúde, que faz parte da UnitedHealthcare Global, reconheceram a necessidade de reexaminar e revisar as políticas, os protocolos e os procedimentos clínicos e não clínicos a fim de garantir a retomada segura dos serviços de saúde eletivos de acordo com os nossos padrões e as nossas expectativas de qualidade no atendimento. A fim de lidar com essa necessidade, o Lusíadas implantou o programa “Back on Track”. Esse programa adotou processos específicos com base em dados concretos e diretrizes fundamentadas em dados, estabelecendo um modelo sistemático para a aprovação, a implantação e o monitoramento do planejamento operacional da fase de reabertura das atividades relacionadas aos serviços de saúde eletivos.

Na Clínica Lusíadas Sacavém (CLS), os líderes da administração clínica, o diretor clínico e os coordenadores de diferentes departamentos uniram forças para realizar a autoavaliação dos processos e preencherem um formulário para cada linha de atividade que seria reaberta. O resultado da avaliação foi encaminhado para a revisão e aprovação da equipe executiva sênior e foi tomada a decisão de adotar uma reabertura em fases.

Reuniões semanais de pós-implantação foram conduzidas para monitorar o processo da reabertura em fases. A equipe de Qualidade e Segurança do Paciente do Lusíadas realizou uma auditoria sobre o cumprimento dos requisitos de segurança e qualidade e forneceu atualizações diárias. A recepção foi reorganizada e equipada para realizar a triagem obrigatória dos sintomas e verificar a temperatura, oferecer estações de higienização das mãos e fornecer máscaras filtrantes cirúrgicas de tipo FFP1. Foram estabelecidos padrões e processos de higienização e o Departamento de Marketing criou sinalização para informação, que foi posicionada estrategicamente em todas as áreas da clínica. Investimos na educação e no treinamento obrigatório de todos os colaboradores, incluindo treinamento focado no uso apropriado dos equipamentos de proteção individual (EPI).

Nossas iniciativas criaram espaços mais seguros e simplificados para os nossos clientes e profissionais, com ênfase especial no uso da tecnologia para realizar consultas remotas e virtuais com os pacientes por meio de vídeo. Ajustamos o agendamento de consultas e os períodos dedicados aos procedimentos e exames (Tabela 1). Para minimizar a aglomeração na nossa clínica, o agendamento incluiu consultas pessoalmente, consultas remotas e agendamento de exames. Também mudamos a maneira como entregamos os resultados de exames para minimizar a presença de pacientes na clínica.

A otimização do funcionamento do nosso atendimento e dos processos clínicos nos permitiu retomar a produtividade em níveis satisfatórios sem comprometer a segurança do paciente e a qualidade dos serviços. A Clínica Lusíadas Sacavém (CLS) realizou melhorias positivas consideráveis do ponto de vista clínico e operacional, que foram impulsionadas pelas lições que aprendemos ao lidar com a pandemia. O nosso foco continua sendo fornecer o melhor atendimento, de maneira segura, organizada e aprimorada. Os clientes agora têm uma experiência ainda melhor ao procurarem a Clínica Lusíadas Sacavém (CLS).

**Autora:** Ana Duarte, RN, Sacavém Lusíadas Clinic, Portugal, ana.jeronimo.duarte@lusiadas.pt. **Equipe:** Tiago Esteves de Carvalho, M.D., Sacavém Lusíadas Clinic, Portugal; Paulo Freitas, administrador, Sacavém Lusíadas Clinic, Portugal

**Tabela 1.** Comparação entre o intervalo dos exames e as consultas pré e pós-pandemia

Especialização	Atividade	Consulta em minutos	
		Pré-COVID	Pós-COVID
Consultas	Consultas	15	30
	Tratamentos	30	45
Imagiologia	Radiologia/ ultrassom/ ortopantomografia convencional	10	20
	Tomografia/ osteodensitometria computadorizada	15	30
	Tomografia por ressonância magnética	30	60
Cardiologia	Ecocardiograma/ Holter/MAP/ detector de eventos	15	30
	Teste de estresse	30	60
	ECG	7	15
Oftalmologista	OCT/biometria/ paquimetria/ tonometria/ queratometria	15	30
	Biomicroscopia especular	20	40
	Ortóptica	60	60
	Perimetria computadorizada	30	45
	Laser YAG	10	30
Otorrino	Audiograma/ timpanograma/ impedância/teste de reflexo acústico	15	30
	Audiometria vocal	30	60
Neurologia	Eletroencefalograma	40	60
Cirurgia vascular	Eco-Doppler	10	20
Urologia	Fluxometria	15	30

# Resumo de relatórios: Reações e lições diante da COVID-19

## Adaptação do Protocolo de Alocação de Respiradores do Departamento de Saúde de Nova Iorque a fim de apoiar o uso dos recursos diante da COVID-19 na Clínica San Felipe, no Peru

**Problema:** Com a crise e os recursos escassos no sistema de saúde, os fatores humanos levaram as equipes médicas a se sentirem responsáveis e culpadas quanto à priorização e alocação de recursos para diferentes pacientes.<sup>1</sup> Em meio à pandemia da COVID-19, tentamos mitigar os riscos e o fardo dessas emoções negativas dentro das nossas equipes clínicas adotando uma ferramenta de avaliação clínica objetiva, a fim de tomar decisões com base em dados concretos, alocar os recursos e fornecer assistência clínica apropriada. A avaliação clínica objetiva permitiria que a equipe médica alocasse recursos, mantivesse uma comunicação clara com a família dos pacientes e alinhasse o prognóstico com as expectativas dos pacientes e parentes, tanto no ato da hospitalização como durante a estadia. A avaliação clínica objetiva também ajudaria a priorizar os pedidos de transferência de pacientes vindos de outras instituições e facilitaria a gestão eficiente de pacientes com COVID-19 que se encontravam em estado crítico no pronto-socorro quando a capacidade dos leitos hospitalares fosse ultrapassada.

**Programa:** O objetivo do programa era possibilitar a alocação clinicamente apropriada e objetiva dos recursos, principalmente os leitos das Unidades de Tratamento Intensivo e os respiradores mecânicos. Para a alocação dos respiradores, seguimos as Diretrizes de Alocação de Respiradores usada pelo Departamento de Saúde de Nova Iorque (Tabela 1).<sup>2</sup> Esses critérios foram usados para avaliar a adequação da hospitalização e orientar a gestão dos respiradores para todos os pacientes com diagnóstico de infecção por SARS-CoV-2 (os pacientes pediátricos com menos de 15 anos foram excluídos):

- Pacientes adultos com diagnóstico presuntivo ou definitivo de COVID-19;
- Insuficiência respiratória aguda que requer oxigenoterapia;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Insuficiência ou disfunção de outros órgãos ou sistemas;
- Comorbidades descompensadas com alto risco de mortalidade.

### A avaliação se desdobrou em duas fases:

**Fase 1:** Após a hospitalização, a avaliação clínica incluiu a identificação dos critérios de exclusão, tais como problemas de saúde sérios, doenças sérias ou comorbidades que, apesar de tratamento agressivo, demonstraram oportunidade mínima ou nula de recuperação:

- Parada cardíaca: não testemunhada, recorrente, com instabilidade hemodinâmica, sem reação e relacionada a trauma;
- Hipotensão irreversível que não reage a soro ou vasopressores;
- Trauma na cabeça sem reação motora a estímulo de dor;
- Queimaduras sérias;
- Outros problemas de saúde que resultam em mortalidade imediata ou próxima.

**Fase 2:** Entre 48 e 120 horas após a hospitalização, o risco de mortalidade foi calculado com base na escala de avaliação sequencial de falência de órgãos (SOFA) (Tabela 1).<sup>3</sup>

A avaliação foi conduzida pelo Comitê da COVID da Clínica San Felipe, composto de quatro médicos (pneumologista, especialista em doenças infecciosas, clínica médica e intensivista) e um diretor médico. Os médicos envolvidos diretamente na assistência médica de primeira linha não participaram da estratificação dos pacientes, a fim de mitigar o risco de viés emocional na tomada de decisões e no tratamento clínico. Os pacientes foram categorizados e classificados por cores, conforme indicado na Tabela 2.

**Resultados:** Entre março e julho, 3.001 pacientes com diagnóstico principal de COVID-19 foram atendidos no pronto-socorro: 8,8% precisaram ser hospitalizados e 1,7% precisaram de respiração mecânica. Durante esse mesmo período, a taxa de mortalidade foi de 1,5% para todos os pacientes e 12% para os pacientes hospitalizados.

Após a análise dos dados, 3,7% dos pacientes tiveram mudança no risco de mortalidade durante as primeiras 48 horas, pacientes com a classificação azul permaneceram no mesmo estado e 10 pacientes demonstraram melhora no quadro clínico, progredindo da classificação vermelha para a amarela. A taxa de mortalidade de acordo com a classificação do risco de mortalidade é indicada na Tabela 3.

Durante uma breve pesquisa, todos os integrantes da equipe clínica confirmaram que a ferramenta de risco de mortalidade permitiu que tomassem decisões e eliminassem a sensação de culpa ao priorizar os recursos. Essa ferramenta melhorou a comunicação e permitiu que os médicos alinhassem as expectativas clínicas com as expectativas dos pacientes e seus parentes. Além disso, a ferramenta possibilitou uma avaliação objetiva dos pacientes antes de aceitar transferências de outras instituições e fortaleceu ainda mais a comunicação com as clínicas e os hospitais no setor público.

<sup>1</sup> Emanuel E; Persad G; Upshur R, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Engl J Med 2020; 382:2049-2055; DOI: 10.1056/NEJMs2005114

<sup>2</sup> Zucker, Howard; Adler, Karl; Bleich, Rabbi; et al. (2015). "Ventilator Allocation Guidelines." New York State Task Force on Life and the Law, New York State Department of Health. Retrieved from [https://www.health.ny.gov/regulations/task\\_force/reports\\_publications/docs/ventilator\\_guidelines.pdf](https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf)

<sup>3</sup> Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H, Reinhart CK, Suter PM, Thijs LG (Jul 1996). "The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine". Intensive Care Med. 22 (7): 707-10. doi:10.1007/bf01709751. PMID 8844239.

**Autora:** Rocio Jimenez Rodriguez MD, MGS, Clínica San Felipe, Peru, [rjimenez@clincicasanfelipe.com](mailto:rjimenez@clincicasanfelipe.com).

**Equipe:** Paula Ponce de León Lovatón, MD, MBA, HCQM, Clínica San Felipe, Peru; Manuel Contardo Zambrano, MD, Clínica San Felipe, Peru; Ernesto Aspíllaga Morey, MD, MBA, Msc, HCQM, CPE, Clínica San Felipe, Peru; Juan Pablo Majlub Brahim, MD, Clínica San Felipe, Peru; Martin Montes Delgado, MD, Clínica San Felipe, Peru; Jorge del los Rios Semanche, MD, Clínica San Felipe, Peru

**Tabela 1.** Classificação de avaliação sequencial de falência de órgãos (SOFA)

Sistema	0	1	2	3	4
Respiração PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> , mmHg	≥400	≤400	≤300	≤200	≤100
Coagulação Plaquetas, x 10 <sup>3</sup> /uL	≤150	≤150	≤100	≤50	≤20
fígado Bilirrubina, mg/dL	≤1,2	1,2 a 1,9	2,0 a 5,9	6,0 a 11,9	>12,0
Cardiovascular MAP, mmHg	≥70	<70	Dopamina <5 ou Dobutamina	Dopamina 5,1 a 15 ou Norepinefrina / Epinefrina ≤0,1	Dopamina >15 ou Norepinefrina / Epinefrina >0,1
Classificação CNS GCS	15	13 a 14	10 a 12	6 a 9	<6
Creatinina renal	<1,2	1,2 a 1,9	2,0 a 3,4	3,4 a 4,9	>5,0

**Tabela 3.** Taxa de mortalidade de acordo com a classificação do risco de mortalidade

Alocação	Pacientes	Falecidos	Taxa
<b>AZUL</b>	40	28	70%
<b>VERMELHO</b>	66	14	21%
<b>AMARELO</b>	13	2	15%
<b>VERDE</b>	146	1	1%

**Tabela 2.** Risco de mortalidade

<b>AZUL</b> Não requer respiração assistida Usar formas alternativas de intervenção médica ou cuidados paliativos	Critérios de exclusão ou SOFA > 11
<b>VERMELHO</b> Alto risco de mortalidade Usar respirador (se disponível)	SOFA < 7 Falha em apenas um órgão
<b>AMARELO</b> Risco de mortalidade intermediário Usar respirador (se disponível)	SOFA 8 - 11
<b>VERDE</b> Usar formas alternativas de intervenção médica ou dar alta Reavaliar quando necessário	Sem disfunção dos órgãos e/ou não requer recursos vitais

# Resumo de relatórios: Reações e lições diante da COVID-19

## Painel de Risco e Previsão de Tendências da COVID-19: desenvolvimento e uso de uma ferramenta de decisão epidemiológica para aprimorar as estratégias terapêuticas na unidade hospitalar

**Introdução:** Durante a pandemia do coronavírus, a rapidez com que o vírus SARS-CoV-2 conseguiu se alastrar representou um desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo. Pela primeira vez em décadas, os profissionais de saúde da linha de frente enfrentaram uma nova doença com epidemiologia e tratamento desconhecidos.<sup>1</sup> Compreendemos essa realidade logo no início dentro do Hospital Jacarepaguá, no Rio de Janeiro, que faz parte do sistema Amil, e nos apressamos para criar um painel de previsão de tendências para ajudar as equipes médicas a tomar decisões rápidas e com conhecimento de causa. Isso incluiu desde a disponibilização de leitos nas unidades de tratamento intensivo até o momento em que os pacientes receberam intubação orotraqueal diante da deterioração do seu quadro clínico.<sup>2,3</sup>

O painel tinha como objetivo permitir que as equipes multidisciplinares pudessem:

- Visualizar claramente o risco do paciente e as tendências;
- Proporcionar mais confiança para as decisões clínicas;
- Acompanhar e compreender a reação diante da terapia selecionada;
- Prever a deterioração clínica e facilitar a determinação proativa de estratégias terapêuticas alternativas.

**Metodologia:** As previsões de tendências exibidas no painel incluíram:

1. Classificação de Mallampati para avaliar o risco de dificuldade de intubação e prever a estratégia de gestão<sup>2</sup>;
2. Análise de valores da gasometria arterial;
3. Mudanças na necessidade de oxigenoterapia suplementar;
4. Evolução da doença;
5. Linha do tempo de manifestação da doença e escolha da terapia;
6. Intervalo QT serial para avaliar o risco no uso de hidroxicloroquina;
7. Estado clínico geral.

---

*Mesmo durante os períodos em que estávamos perto da ocupação máxima das nossas unidades de tratamento intensivo com pacientes no respirador, **não tivemos nenhum caso de intubação não planejada ou paradas cardiorrespiratórias.***

**Resultados:** No período de avaliação, entre abril e maio, tivemos 321 altas hospitalares de pacientes com COVID-19. Durante esse período, as equipes conseguiram prever a deterioração clínica de maneira eficaz. Mesmo durante os períodos em que estávamos perto da ocupação máxima das nossas unidades de tratamento intensivo com pacientes no respirador, não tivemos nenhum caso de intubação não planejada ou paradas cardiorrespiratórias.

Os pacientes que precisaram ser intubados em uma unidade fechada foram identificados e planejados. Os pacientes foram acompanhados pelo sistema de telessaúde durante sete dias após receberem alta e não precisaram ser hospitalizados novamente. Mantivemos uma média de hospitalização de 7,7 dias em abril e 9,4 dias em maio.

**Lições aprendidas:** Durante a crise da COVID-19, os nossos desafios foram o conhecimento limitado sobre a doença, a ocupação máxima e uma falta profunda de leitos disponíveis. O painel da COVID-19 provou ser mais do que uma ferramenta de informação e acompanhamento de dados. O painel forneceu orientações clínicas e administrativas essenciais e promoveu a confiança e o envolvimento de uma equipe multidisciplinar no processo de tomada de decisões. Até mesmo quando foi necessária a transferência para a unidade de tratamento intensivo, o painel contribuiu para uma gestão proativa e de confiança no tratamento intensivo, incluindo a preparação eletiva de vias respiratórias que representavam dificuldades de intubação. Isso proporcionou mais segurança tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde.

**Conclusão:** Métodos de previsão da evolução do quadro clínico com base em informações epidemiológicas passaram a ser mais usados em todo o mundo e inspiraram diversos mecanismos que ajudaram o processo de tomada de decisões, tais como painéis de controle e inteligência artificial.<sup>4,5</sup> Na nossa unidade, o painel com acesso visual para as equipes médicas e a disponibilidade de previsões de tendências, com base na epidemiologia da COVID-19, tiveram um impacto positivo nos resultados para os pacientes tratados no Hospital Jacarepaguá.

## Referências

<sup>1</sup> Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, Zhao X, Huang B, Shi W, Lu R, Niu P, Zhan F, Ma X, Wang D, Xu W, Wu G, Gao GF, Tan W, China Novel Coronavirus I, Research T A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* (2020)

<sup>2</sup> Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD, et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. *Can Anaesth Soc J.* (1985)

<sup>3</sup> Gattinoni L, Chiumello D, Caironi P, Busana M, Romitti F, Brazzi L, Camporota L. COVID-19 pneumonia: different respiratory treatments for different phenotypes? *Intensive Care Med.* (2020) Jun.

<sup>4</sup> Sachs, MC; Sjölander, A; Gabriel, E. Aim for Clinical Utility, Not Just Predictive Accuracy. *Epidemiology* (2019).

<sup>5</sup> Cowley, L.E., Farewell, D.M., Maguire, S. et al. Methodological standards for the development and evaluation of clinical prediction rules: a review of the literature. *Diagn Progn* (2019)

**Autores:** Ricardo Cordeiro, M.D., Amil, Clínicas de Jacarepaguá, Brasil, ricardo.cordeiro@amil.com.br; Ana Senna M.D., Amil, Clínicas de Jacarepaguá, Brasil; André Carvalho M.D., Amil, Clínicas de Jacarepaguá, Brasil. **Equipe:** Carlos Loja, M.D.; Vitor Dutra, M.D.; Mauro Bizzo, M.D.; José Cláudio Santos; Kézia Athaide, M.D.; Guilherme Nossar, M.D.; Fernando Rocha, M.D.; Marcell Reis; Rebeca Flores; Ana Figueiredo; Simone Renha; Rose Mello; Alessandra Magalhães; André Fari.

# Resumo de relatórios: Reações e lições diante da COVID-19

## A pandemia da COVID-19 e nossa linha empresarial digital: o novo normal

**Problema:** A partir de 6 de março de 2020, após a confirmação do primeiro caso de COVID-19 na Colômbia, uma das principais necessidades do sistema de atendimento das Empresas Banmédica no país era manter a continuidade da assistência ao paciente. Até 14 de setembro, foram realizadas 9.156 consultas relacionadas à COVID-19 na Clínica La Colina e na Clínica del Country, com mais de 3.300 casos confirmados. Para garantir a segurança dos profissionais de saúde, a capacidade de atendimento virtual precisou ser reforçada por meio de trabalho remoto, reuniões virtuais e treinamentos online. O Programa de Orientação Clínica Remota que foi implantado contou com consultas e orientações virtuais para mitigar o risco de infecção tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde, sem afetar o custo total do atendimento nos hospitais.

**Programa:** O Programa Orientação Clínica Remota foi criado para oferecer aos pacientes orientações sobre a COVID-19 pelo telefone, incluindo sintomas, tratamento, monitoramento e prevenção, além de informações gerais sobre os hospitais. Esse programa foi projetado pelas equipes de Tecnologia da Informação (TI) e Educação e Pesquisa (E&P). Foram usados aplicativos do Google G-suite para criar formulários de cadastramento de dados, que os pacientes preencheram com as informações clínicas relevantes.<sup>1</sup> Essas informações podiam ser consultadas e acessadas por todos os provedores envolvidos no atendimento ao paciente. A tecnologia Cisco Jabber foi usada para entrar em contato e se comunicar com o paciente.<sup>2</sup>

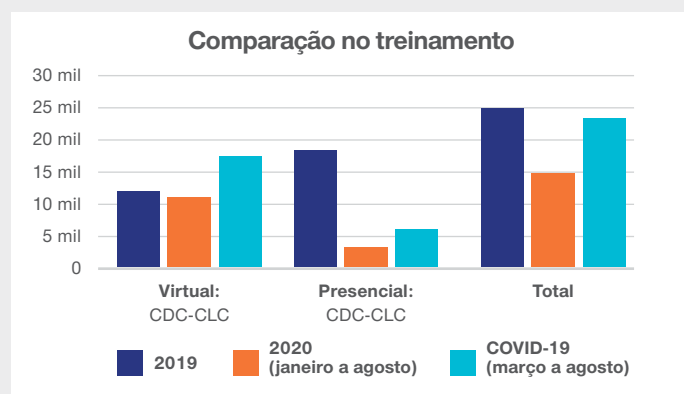
O componente de consulta remota desse programa se concentrou na continuidade do atendimento, no monitoramento e no tratamento de pacientes com doenças crônicas e no monitoramento ambulatorial da equipe da instituição que contraiu a COVID-19. As especializações cobertas pelo programa incluíram oncologia, gestão de dor e cuidados paliativos, anestesia e nefrologia. Uma equipe dedicada de clínicos gerais, liderada por um cirurgião geral, foi encarregada de monitorar todos os pacientes com sintomas relacionados à COVID-19, principalmente os respiratórios. O programa foi configurado na plataforma Meet para facilitar a interconexão com o paciente.<sup>3</sup>

O Programa de Orientação Clínica Remota também nos motivou a aproveitar essas capacidades remotas ampliadas para transformar a educação dos profissionais de saúde nos nossos hospitais. O treinamento dos profissionais de saúde era indispensável diante da pandemia da COVID-19. As nossas iniciativas de treinamento se concentraram especificamente na garantia da sustentabilidade e na manutenção das operações de atendimento hospitalar. A COVID-19 era uma doença nova, com dados concretos e orientações clínicas surgindo rapidamente, e exigiu agilidade na disseminação de informações para os profissionais de saúde. Além disso, uma necessidade específica durante a crise causada pela pandemia foi apoiar o treinamento cruzado para executar um modelo de formação de equipes que se concentrasse em ampliar a capacidade da equipe de tratamento intensivo.

Aproveitamos a tecnologia e as capacidades digitais para ampliar consideravelmente e escalonar a nossa capacidade de formação e atender às necessidades de treinamento da equipe durante a pandemia.

Por exemplo, os assistentes cirúrgicos receberam treinamento remoto em terapia respiratória e os cirurgiões e anestesistas receberam treinamento virtual de reciclagem sobre tratamento intensivo para apoiar os médicos de tratamento intensivo. A fim de apoiar as necessidades de treinamento virtual, migramos para plataformas virtuais de treinamento presencial,

**Figura 1.** Análise comparativa entre o treinamento profissional presencial e virtual com profissionais da área de saúde 2019 a 2020





usando ferramentas como Cisco Webex e Internal Educational Platform (Moodle) e aumentando a quantidade de tópicos, treinamentos e aprendizes.<sup>4,5</sup> Essas plataformas virtuais também facilitaram o acesso a informações de treinamento e recursos educativos por meio do site institucional, o que disponibilizou o material aos integrantes das equipes e aos profissionais de saúde.

**Resultados:** Desde o início da pandemia da COVID-19 na Colômbia, foram realizadas 220 sessões de orientação remota voltadas principalmente para o aconselhamento sobre a COVID-19. Foram realizadas 279 sessões de telessaúde, das quais 40% foram com pacientes de nefrologia e 31% com pacientes de oncologia. As sessões de telessaúde proporcionaram a continuidade da assistência ao paciente, apesar das restrições às consultas presenciais em ambulatório.

A Figura 1 apresenta uma análise comparativa das sessões de treinamento entre 2019 e 2020 (pré e pós-COVID-19). Em 2020, vimos uma mudança no ambiente de treinamento, com mais sessões realizadas virtualmente em comparação às sessões presenciais. Além disso, houve aumento geral na quantidade total de treinamentos em 2020, em comparação a 2019.

**Conclusão e lições:** A pandemia da COVID-19 é o maior desafio enfrentado pelo sistema de saúde na história recente. Na Clínica La Colina e na Clínica del Country, nossa reação e preparação demonstraram a nossa capacidade para a gestão de mudanças, trabalho em equipe, agilidade e resiliência, reforçando o nosso lema: *We are together. Estamos juntos.*

As lições mais importantes foram:

- Podemos nos adaptar, pois somos resilientes.
- Precisamos aproveitar a tecnologia e digitalização para os sistemas de saúde progredirem.
- Precisamos olhar para o futuro e estarmos prontos para as mudanças.
- Podemos usar ferramentas tecnológicas para otimizar os processos.
- Podemos trabalhar remotamente de casa e manter a produtividade.
- Podemos nos reinventar e transformar.

<sup>1</sup> Google G Suite – Transformando como as empresas trabalham. <https://workspace.google.com/enterprise>

<sup>2</sup> Jabber Technology. <https://www.cisco.com/c/en/us/about/corporate-strategy-office/acquisitions/jabberinc.html>

<sup>3</sup> Google Meet. <https://meet.google.com/>

<sup>4</sup> Moodle – plataforma de aprendizado de código aberto. <https://moodle.org/>

<sup>5</sup> Videoconferência, reuniões online e compartilhamento de tela. <https://www.webex.com>

**Autores:** Santiago López Barrera, M.D., Clínica del Country, Clínica La Colina, Colombia, [santiago.lopez@clinicadelcountry.com](mailto:santiago.lopez@clinicadelcountry.com); Yazmín Rodríguez Peña, M.D., Clínica del Country, Clínica La Colina, Colombia; Alejandro Moscoso Daza, M.D., Clínica del Country, Clínica La Colina, Colombia; Carolina Gómez García, M.D., Clínica del Country, Clínica La Colina, Colombia; Alejandra Sánchez Tarazona, M.D., Clínica del Country, Clínica La Colina, Colombia; Adriana Aya Porto, RN, Clínica del Country, Clínica La Colina, Colombia; Sandra Leguizamón, RN, Clínica del Country, Clínica La Colina, Colombia; David Gómez, Eng., Clínica del Country, Clínica La Colina, Colombia

## Membros do Conselho Consultivo do Global Clinical Journal

**Margaret-Mary Wilson, M.D., MBA, MRCP, FNMCP**  
Diretora Médica e Vice-presidente Sênior  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
margaret.wilson@uhcglobal.com

**Charles Al Odeh, M.D., MSc, MBA**  
Diretor Médico  
UnitedHealth Group Brasil  
Brasil  
csouleyman@uhgbrasil.com

**Filipe Basto, M.D., MHA**  
Diretor Médico  
Hospital Lusíadas Porto  
Lusíadas Saúde  
Portugal  
carlos.goncalves.basto@lusiadas.pt

**Claudia Boada, M.D., MHA**  
Diretora de Gestão de Saúde  
Colmédica/Aliansalud  
Colômbia  
claudialb@colmedica.com

**Bernie Elliott, M.D.**  
Diretor de Transformação Clínica  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
bernie.elliott@uhcglobal.com

**Pedro Garcia Aspillaga, M.D., MBA**  
Diretor Médico  
Isapre Banmédica/Vida Tres  
Chile  
pgarcia@banmedica.cl

**Kristen Hellmer**  
Diretora de Comunicação  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
kristen\_hellmer@uhc.com

**Hilary Lyon, RN, MPH, MBA**  
Vice-presidente de Programas Clínicos Globais  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
hilary.lyon@uhcglobal.com

**Lais Perazo, M.D., MBA**  
Diretora Médica  
Americas Serviços Médicos  
Brasil  
lperazo@uhgbrasil.com.br

**Ana Ramos Rojas, M.D., MHM**  
Diretora Médica  
Pacífico  
Peru  
aramos@pacifico.com.pe

**Eduarda Reis, M.D.**  
Diretora Médica e Presidente do Conselho Médico  
Lusíadas Saúde  
Portugal  
eduarda.reis@luisadas.pt

**Maria Frias Rosengren, MBA**  
Diretora de Comunicação  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
maria.rosengren@uhg.com

**Melinda D. Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC**  
Vice-presidente de Qualidade Clínica e Segurança do Paciente  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
melinda\_sawyer@uhcglobal.com

**Phil Sharples, M.D., MBBS, MRCP, DRCOG, DOccMed, DTM**  
Diretor Médico Sênior  
UnitedHealthcare Global Solutions  
Reino Unido  
phil.sharples@uhcglobal.com

**Taissa Sotto Mayor, M.D., MBA, FISQua**  
Diretora de Qualidade  
UnitedHealth Group Brasil  
Brasil  
taissa.mayor@uhgbrasil.com.br

**Ali Tews**  
Diretor de Desempenho Clínico Global  
UnitedHealthcare Global  
Chile  
alison.tews@uhcglobal.com

**Cristian Ugarte Palacios, M.D.**  
Diretor Médico  
Empresas Banmédica - Care Delivery  
Chile  
cugarte@empresasbanmedica.com

**Mike Vaughan, MPP**  
Vice-presidente de Economia em Saúde  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
mvaughan@uhc.com

**David Velasquez Echeverri, M.D.**  
Diretor Médico  
Colmédica/Aliansalud  
Colômbia  
DavidV@colmedica.com

**Olivia Young**  
Consultora de Comunicação  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
olivia.young@uhc.com

## Comitê editorial

**Margaret-Mary Wilson, M.D., MBA, MRCP, FNMCP**  
Diretora Médica e Vice-presidente Sênior da  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
margaret.wilson@uhcglobal.com

**Bernie Elliott, M.D.**  
Diretor de Transformação Clínica  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
bernie.elliott@uhcglobal.com

**Hilary Lyon, RN, MPH, MBA**  
Vice-presidente de Programas Clínicos Globais  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
hilary.lyon@uhcglobal.com

**Melinda D. Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC**  
Vice-presidente de Qualidade Clínica e Segurança do Paciente  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
melinda\_sawyer@uhcglobal.com

**Taissa Sotto Mayor, M.D., MBA, FISQua**  
Diretora de Qualidade  
UnitedHealth Group Brasil  
Brasil  
taissa.mayor@uhgbrasil.com.br

### Cartas à redação:

Envie comentários, sugestões e perguntas sobre o recebimento de artigos para [globalclinical@uhcglobal.com](mailto:globalclinical@uhcglobal.com)



Informações de direito exclusivo do UnitedHealth Group. É proibida a distribuição ou reprodução sem a permissão expressa do UnitedHealth Group.

