Parte II - Organização do cuidado na pandemia de covid-19

12. A assistência hospitalar de nível de complexidade intermediário na linha de cuidado covid-19

Leticia Janotti

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

JANOTTI, L. A assistência hospitalar de nível de complexidade intermediário na linha de cuidado covid-19. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 217-225. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5.
<https://doi.org/10.7476/9786557081587.0014>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

A Assistência Hospitalar de Nível de Complexidade Intermediário na Linha de Cuidado Covid-19

Leticia Janotti

O objetivo do Observatório Fiocruz ao elaborar a Matriz da Linha de Cuidado Covid-19 na rede de atenção à saúde foi ampliar a capacidade de atendimento de forma organizada, integrada e escalonada, considerando a especificidade do atendimento aos pacientes com suspeita ou confirmação de Covid-19 ([Portela et al., 2020](#)).

À medida que a pandemia por Covid-19 se estende, o conhecimento acerca do vírus aumenta, o que tem permitido avanços relacionados à certificação de boas práticas na produção do cuidado, mesmo em sistemas por vezes sobrecarregado ou sem preparo estrutural (Anvisa, [2020a](#), [2020b](#), [2020c](#)). Por sua vez, a crise sanitária causada pela pandemia se agravou, fazendo surgir a necessidade de uma assistência hospitalar de nível intermediário de complexidade na Linha de Cuidado Covid-19.

Os hospitais intermediários desempenham duplo papel nessa assistência, atuando seja no cuidado do quadro agudo da doença, em pacientes sem necessidade de internação em unidade de terapia intensiva (UTI), seja no cuidado das sequelas provocadas pela doença, também chamada de Covid longa ou síndrome pós-Covid, naqueles pacientes que ainda demandam cuidado especializado hospitalar.

Nalbandian e colaboradores ([2021](#)) apresentaram recentemente uma nova definição das fases da doença, baseada na sintomatologia, conforme demonstrado na Figura 1. A Covid-19 aguda tem duração de até 4 semanas a partir do início dos sintomas, com detecção do Sars-CoV-2 no isolado viral. A Covid-19 pós-aguda, aquela em que os sintomas persistem com complicações tardias da infecção por Sars-CoV-2 após 4 semanas do início dos sintomas, se divide em duas categorias: 1) Covid-19 sintomática subaguda, que inclui sintomas e anormalidades presentes de 4 a 12 semanas além da Covid-19 aguda; e 2) Covid longa ou síndrome pós-Covid-19, que inclui sintomas e anormalida-

des persistentes ou presentes além de 12 semanas do início da Covid-19 aguda e não atribuíveis a diagnósticos alternativos (Ayoubkhani, 2021; Gupta *et al.*, 2020).

Figura 1 – Linha do tempo da Covid-19 pós-aguda

Fonte: Nalbandian *et al.*, 2021.

Pacientes de cuidados intensivos portadores de Covid-19 apresentam maior risco de complicações trombóticas, lesão renal aguda, enzimas hepáticas elevadas e lesão cardíaca, além de distúrbios psicossociais causados pelo isolamento social prolongado devido a políticas de visita rígidas e estadias prolongadas em UTI (Gupta *et al.*, 2020). Barker-Davies e colaboradores (2020) trazem uma classificação de longo prazo da infecção por Covid-19, considerando, além da fase aguda, uma fase intermediária, na qual a doença pode resultar em morbidade significativa por 3 a 6 meses, e a fase crônica, naqueles que necessitam de serviços especializados e reabilitação por 12 meses ou mais.

Segundo Zhou (2020), a taxa de hospitalização na China é de 19% dos pacientes, num total de 1.099 diagnosticados com Covid-19. Na admissão, 84% dos pacientes tinham forma leve da doença e 16% tinham forma grave, demonstrando a importância do estadiamento clínico como critério para a elegibilidade de pacientes durante o processo de gerenciamento de leitos.

Outro estudo realizado na Inglaterra demonstra uma série de intervenções implementadas para aumentar a capacidade do hospital em resposta à pandemia. As intervenções de provisão hospitalar implementadas incluíram a aquisição de equipamento,

o estabelecimento de instalações hospitalares adicionais e a redistribuição de pessoal, entre outros recursos, com necessidade contínua de aumentar a capacidade de cuidados intensivos de acordo com o cenário epidemiológico da pandemia (McCabe, 2020).

Vale ressaltar que pacientes em situações de vulnerabilidade social e condições crônicas de saúde requerem um redesenho dos fluxos e modalidades de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a garantir a longitudinalidade e continuidade do cuidado. Além disso, pacientes Covid-19 em recuperação podem apresentar comprometimentos físicos, psicológicos e cognitivos, disfunção pulmonar, perda de mobilidade e dificuldade com as atividades da vida diária.

Assim, a assistência hospitalar de nível intermediário de complexidade baseia-se na estratificação de gravidade dos casos suspeitos de Covid-19 em casos leves, moderados e graves, sendo os casos moderados elegíveis para os hospitais intermediários, conforme sugerido no Quadro 1.

Quadro 1 – Estratificação de gravidade quanto à rede de atenção à saúde

Gravidade	Rede de atenção à saúde
Casos leves	Aqueles que podem ser acompanhados completamente no âmbito da unidade básica de saúde devido à menor gravidade
Casos moderados	Condições de vulnerabilidade social e condições clínicas suspeitas de Covid-19, que necessitam de avaliação em hospital intermediário, porém não apresentam sinais de síndrome respiratória aguda grave
Casos graves	Aqueles que necessitam encaminhamento a centro de referência/UTI para intervenções que exijam maior suporte clínico e tecnológico

Fonte: Portela *et al.*, 2020.

A Matriz Linha de Cuidado Covid-19 proposta pelo Observatório Fiocruz (Portela *et al.*, 2020) também organiza os diferentes níveis de cuidado na rede de serviços de saúde conforme quatro dimensões: expansão, fluxos, políticas, procedimentos e insumos estratégicos. Alguns elementos da atenção em hospitais intermediários são detalhados a seguir:

- I. A expansão, do ponto de vista dos hospitais intermediários, impõe a adaptação de leitos em unidades hospitalares de baixa complexidade com a ampliação destes, seja por meio da construção de hospitais de campanha ou da otimização da utilização de leitos anteriormente não utilizados, com infraestrutura adequada.

2. O fluxo do atendimento impõe, entre outros: a) o gerenciamento de leitos, por intermédio da Central de Regulação, e a definição das unidades de referência e contrarreferência por município de residência do paciente, com atualização do censo diário; b) a triagem adequada dos pacientes, com testagem e notificação compulsória dos casos suspeitos e confirmados; c) separação espacial (coorte ou agrupamento de pacientes) segregada na rede com informações adequadas quanto aos casos contactantes, suspeitos e confirmados de Covid-19; d) referência para início ou continuidade da reabilitação de pacientes com sequelas.
3. No tocante a políticas e procedimentos, ressaltam-se as diretrizes clínicas e a implantação de protocolos prioritários para o adequado funcionamento de um hospital intermediário, relacionados sobretudo às medidas de prevenção e controle de infecção e segurança do paciente, conforme preconizado pelos manuais e normativas do Ministério da Saúde, a saber:
 - Prevenção e controle de infecção hospitalar, incluindo controle de disseminação de germes multirresistentes e uso racional de antimicrobianos;
 - Protocolos de segurança do paciente (identificação, risco de queda, prevenção de lesão por pressão, cirurgia segura, segurança na medicação e hemocomponentes, notificação de eventos adversos, investigação de óbitos evitáveis);
 - Utilização racional de equipamentos de proteção individual (EPIs);
 - Coorte ou agrupamento de pacientes contactantes, suspeitos e confirmados Covid-19;
 - Fluxo de notificação compulsória e coleta de amostra para diagnóstico laboratorial;
 - Recomendações para manejo de resíduos e processamento de artigos e roupas;
 - Cuidados com o corpo e declaração, em caso de óbito;
 - Protocolos clínicos de diagnóstico e tratamento, com monitoramento de sinais de gravidade e transferência de paciente para leito de estabilização;
 - Transição do cuidado para hospitais com leitos de UTI ou hospitais de referência, quando houver necessidade;
 - Transição do cuidado pós-alta para acompanhamento pela equipe da unidade básica de saúde até o restabelecimento completo do usuário e continuidade do plano de cuidados para as condições crônicas;

- Transição de cuidado de reabilitação;
 - Transição de cuidado em pacientes dialíticos;
 - Triagem reversa mediante alta ou transferência de pacientes estáveis para liberar leitos do hospital e otimizar a utilização das equipes, realizada em contexto de superlotação;
 - Admissão de pacientes recuperados provenientes dos hospitais de referência.
4. Não menos importantes, os insumos estratégicos devem ser disponibilizados, considerando-se os recursos humanos dimensionados para o atendimento com equipe multiprofissional e o quantitativo de EPIs, equipamentos essenciais (monitores, ventilação mecânica, bomba de infusão, desfibrilador, oxímetro, entre outros), medicamentos, testes diagnósticos e exames complementares laboratoriais e radiológicos.

A demanda de leitos para pacientes moderados é uma realidade. As listas de espera para internação em leitos de baixa e média complexidades são significativas na maioria dos estados brasileiros e variam de acordo com a taxa de transmissão de cada região. Nesse contexto, a estratégia para organização da rede de atenção à saúde por linhas de cuidado tem o intuito de garantir o acesso desde a unidade básica de saúde (UBS) ou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA)/Emergência até a internação nos hospitais de referência definidos nos planos estaduais e regionais em todo o território nacional. Assim, uma assistência hospitalar no nível intermediário de complexidade torna-se prioritária no planejamento da rede de atenção, permitindo a otimização da gestão de leitos em situações de insuficiência da capacidade instalada local. Além da internação dos casos considerados como de gravidade moderada, os hospitais intermediários podem ser utilizados como unidades de retaguarda para a transferência de pacientes que, embora tenham recebido alta da UTI, ainda necessitam de cuidados hospitalares.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) produziu um formulário padronizado para o relato dos dados clínicos de pacientes individuais após a alta hospitalar ou após a fase aguda da doença, com vistas a identificar consequências, de médio e longo prazos, da Covid-19 (Opas, 2021). Gupta e colaboradores (2020) relataram experiência em Nova York em que foi estabelecida uma unidade de recuperação para fornecer atendimento hospitalar a populações de pacientes clinicamente complexos pós-UTI e pós-intubação. Foram definidos critérios para elegibilidade do paciente para a unidade de recuperação, resumidos no Quadro 2.

Quadro 2 – Critérios para elegibilidade do paciente para unidade de recuperação

Critérios para inclusão	Critérios para exclusão
Estabilidade clínica, com necessidade de reabilitação e cuidados médicos	Ideação suicida ativa, demência grave e delírio ativo
Antecipação da alta para reabilitação	Necessidade de acompanhante
Capacidade de interagir bem com a equipe e outros pacientes	Pacientes acamados com pouca expectativa de melhora na mobilidade/condicionamento físico ou previamente incapacitados
	Pacientes em ventilação mecânica dependentes de oxigênio (> 6 litros) ou com necessidade crescente de oxigênio

Fonte: adaptado de [Gupta et al., 2020](#).

No cenário atual, sabe-se que indivíduos provenientes da UTI pós-Covid-19 apresentam maiores taxas de mortalidade e readmissão do que aqueles não admitidos na UTI ([Ayoubkhani, 2021](#)). Os principais fatores associados às formas mais graves da doença são doença cardiovascular prévia, hipertensão arterial, procalcitonina elevada em pacientes internados na UTI e diabetes *mellitus* ([Rodriguez-Morales, 2020](#); [Yang, 2020](#)).

Antes da pandemia já era conhecida a condição de perda da qualidade plena de vida após a hospitalização em pacientes sobreviventes à doença crítica aguda, a chamada síndrome pós-cuidados intensivos (PICS, *post intensive care syndrome*). Essa síndrome caracteriza-se por alterações físicas, cognitivas e psiquiátricas e tem potencial para reduzir a qualidade de vida dos pacientes e, por conseguinte, também de seus familiares ([Oyen et al., 2020](#)). Mais recentemente, com o estudo de casos de síndrome pós-Covid ou Covid longa, essa condição tem sido observada nesse grupo de pacientes, porém também em pacientes provenientes de unidades não críticas.

Muitos pacientes com síndrome pós-Covid necessitam de suporte para mobilidade e desempenho funcional. [Gupta e colaboradores \(2020\)](#) sistematizaram algumas recomendações para a organização de unidades de recuperação de Covid-19, com vistas à redução da ansiedade por meio de suporte psicológico e neurológico e reabilitação precoce no atendimento aos pacientes internados em UTI. O trabalho integrado e o papel desempenhado pela equipe permitiram a criação de uma unidade de internação com monitorização dos pacientes. Duas academias temporárias foram criadas na unidade e uma sala de conferências foi convertida em local de encontro de pacientes,

para estimular a socialização e a comunicação. Em tal relato se enfatiza a importância da intervenção precoce e do trabalho da equipe multidisciplinar na recuperação dos pacientes ainda no ambiente hospitalar.

Algumas condições estão mais relacionadas à síndrome pós-Covid e requerem um tratamento especial que pode ser iniciado nos hospitais intermediários. Reabilitação pulmonar e reabilitação cardíaca devem ser consideradas em pacientes pós-Covid que apresentam algum grau de comprometimento e limitação funcional. Em relação à reabilitação neurológica, deve ser realizada triagem cognitiva com profissional especializado, considerando-se o risco de sintomas neurológicos imediatos ou tardios. Quanto ao retorno às atividades físicas pós-Covid, recomenda-se fortalecimento muscular e avaliação cardiovascular. Reabilitação psicológica está indicada nos casos de sintomas moderados a graves de transtorno de estresse agudo pós-traumático. Outras complicações podem ser observadas, incluindo consequências hepáticas, renais, hematológicas, dermatológicas, reumatológicas e endócrinas (Barker-Davies, 2020).

No Brasil, também foram previstas situações de risco e, considerando-se o pior cenário epidemiológico, a necessidade de implementar medidas para aumentar o número de leitos no sistema de saúde, foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde o Plano de Resposta Hospitalar à Covid-19, que prevê utilização de ferramentas de qualidade em apoio ao planejamento e gestão da pandemia, prioritariamente para organização da equipe, equipamentos, estrutura e espaço ([Projeto Lean...](#), 2020). E, apesar da escassez de diretrizes baseadas em evidências sobre a reabilitação em pacientes pós-Covid, sabe-se que a reabilitação deve ser realizada durante todo o cuidado do paciente, desde a admissão, passando pelo atendimento na UTI e na enfermaria, até o período pós-alta.

A atual crise sanitária nos desperta para uma realidade ainda pouco conhecida, mas fica patente que as necessidades em saúde de pacientes com sequelas de Covid-19 continuarão a aumentar no futuro próximo.

A importância da linha de cuidado de nível intermediário de complexidade como atuação estratégica no cuidado aos pacientes Covid e pós-Covid e seu papel prioritário na rede de atenção do SUS são inegáveis. O grande desafio para profissionais e formuladores de políticas será garantir assistência em todos os níveis da atenção à saúde no contexto da pandemia Covid-19. Isso exigirá o aproveitamento da infraestrutura dos hospitais intermediários como desenvolvimento de modelos de saúde escalonável Covid-19 a longo prazo e como alternativa permanente de transição de cuidado para sistemas de maior ou menor complexidade e otimização de recursos em cenários menos favorecidos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Andamento da análise das vacinas na Anvisa, 10 dez. 2020a. Disponível em: <www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/andamento-da-analise-das-vacinas-na-anvisa>. Acesso em: 3 nov. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Nota técnica QVIMS/QGTES/Anvisa n. 4/2020*. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). Brasília, 2020b. Disponível em: <www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf>. Acesso em: nov. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Nota técnica QVIMS/QGTES/Anvisa n. 7/2020*. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por Sars-CoV-2 (Covid-19) dentro dos serviços de saúde, 17 set. 2020c. Disponível em: <www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-07-2020>. Acesso em: nov. 2021.

AYOUBKHANI, D. *et al.* Post-covid syndrome in individuals admitted to hospital with Covid-19: retrospective cohort study. *BMJ*, 372, 2021. Disponível em: <www.bmj.com/content/372/bmj.n693>. Acesso em: nov. 2021.

BARKER-DAVIES, R. M. *et al.* The Stanford Hall consensus statement for post-Covid-19 rehabilitation. *British Journals of Sports Medicine*, 54(16): 949-959, 2020.

GUPTA, R. *et al.* A Paradigm for the pandemic: a Covid-19 recovery unit. *NEJM Catalyst*, 2020. Disponível em: <<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/cat.20.0238>>. Acesso em: nov. 2021.

MCCABE, R. *et al.* Adapting hospital capacity to meet changing demands during the Covid-19 pandemic. *BMC Medicine*, 18: 329, 2020.

NALBANDIAN, A. *et al.* Post-acute Covid-19 syndrome. *Nature Medicine*, 27: 601-615, 2021. Disponível em: <www.nature.com/articles/s41591-021-01283-z>. Acesso em: nov. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Rehabilitation after critical illness in adults. *Clinical Guideline*, 2009. Disponível em: <www.nice.org.uk/guidance/cg83>. Acesso em: 3 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Plataforma Clínica Global da Covid-19. Ficha clínica (Case Report Form, CRF) para quadro pós-Covid (Post Covid-19 CRF). 2021. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54126>>. Acesso em 8 nov. 2021.

OYEN, S. G. *et al.* Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. *Critical Care Medicine*, 38(12): 2.386-2.400, 2020.

PORTELA, M. C. *et al.* Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19, Fiocruz, 2020. (Série Linha de Cuidados Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde). Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/matrizlinhacuidado.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2021.

PROJETO LEAN nas Emergências. Plano de Resposta Hospitalar ao Covid-19. Disponível em: <www.leannasemergencias.com.br/wp-content/uploads/2020/03/Book_Plano_de_Catastrofe_0505_Lean.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2021.

RODRIGUEZ-MORALES, A. *et al.* Clinical, laboratory and imaging features of Covid-19: a systematic review and meta-analysis. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 2020.

YANG, J. *et al.* Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (Covid-19) infection: a systematic review and meta-analysis. *International Society for Infectious Diseases*, 94(12): 91-95, 2020.

ZHOU, F. *et al.* Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with Covid-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395: 1.054-1.062, 2020.