

Diretrizes Assistenciais para Enfrentamento da COVID-19

9ª Versão - 30/04/2021

Responsáveis pela versão atual
Diretoria Assistencial | DIRASS

Diretrizes Clínicas Protocolos Clínicos

**AÇÕES ESPECÍFICAS DAS
DEMAIS CATEGORIAS
PROFISSIONAIS DA
EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR**

**A COMUNICAÇÃO E A
INTERAÇÃO EM TEMPOS DE
PANDEMIA**

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e na intranet

Diretrizes Assistenciais para o Enfrentamento da COVID-19

2021

ORGANIZADORES

Maria Thereza Coelho Papatela Jabour (coordenador)

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Aline Cândido de Almeida Pinto Mendes

Gui Tarcísio Mazzoni Júnior

Guilherme Freire Garcia

Isabella Manetta de Morais

Lara Drummond Pava

9ª versão - BELO HORIZONTE - 2021

FHEMIG

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. AÇÕES ESPECÍFICAS DAS DEMAIS CATEGORIAS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	8
2.1 SERVIÇO SOCIAL	8
2.2 PSICOLOGIA	10
2.3 TERAPIA OCUPACIONAL	13
2.4 NUTRIÇÃO	15
2.5 FONOAUDIOLOGIA	21
10.7 EQUIPE DE ENFERMAGEM	37
10.8 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	39
3. A COMUNICAÇÃO E A INTERAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA	40
REFERÊNCIAS	52

1. INTRODUÇÃO

Autoras:

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Maria Thereza Coelho Papatela Jabour

Os Coronavírus compõem uma família de vírus que causam infecções respiratórias. O novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi identificado em 31/12/19, após casos registrados na China. Esse vírus é o causador da doença chamada *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19), ou, em português, Doença do Coronavírus.

Os primeiros coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus recebeu o nome coronavírus, em decorrência de seu perfil na microscopia eletrônica, semelhante a uma coroa.

A maioria das pessoas se infecta ao longo da vida com cepas de coronavírus comuns, sendo as crianças pertencentes a faixas etárias menores, as mais propensas a se infectarem com os tipos mais comuns desses vírus. Os coronavírus mais comuns que infectam humanos são o alpha coronavírus (229E e NL63) e o beta coronavírus (OC43, HKU1).

Entre os anos de 2002 e 2003, um tipo específico de coronavírus, o SARS-CoV, provocou um surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave na China, com mais de 900 mortes e 14 países afetados. No final do ano de 2019, um subtipo desse vírus, denominado SARS-CoV-2, foi identificado como o causador de nova epidemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave, a princípio localizada em Wuhan na China.

A partir de então, houve rápida disseminação do SARS-CoV-2 em nível mundial. Em 11/03/2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a situação de pandemia da COVID-19, diante da detecção do vírus em vários continentes com transmissão sustentada.

Considerando a rápida progressão exponencial do número de casos de COVID-19 no Brasil e em Minas Gerais, os quais decretaram Estado de Calamidade Pública, bem como o potencial de gravidade dessa doença, a qual exige manejo técnico-assistencial específico, a Diretoria Assistencial - DIRASS elaborou esse Protocolo de Diretrizes Assistenciais para Enfrentamento da COVID-19, com objetivo de padronizar as ações assistenciais a serem executadas no âmbito da Rede da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Esse documento visa orientar a equipe assistencial, a fim de

se promover uma resposta mais rápida e eficaz à pandemia, sem deixar de serem observadas as premissas de segurança sanitária, do paciente e do trabalhador.

Neste contexto, com finalidade de descrever a resposta à pandemia de COVID-19 para a população do Estado, a FHEMIG também elaborou o Plano de Capacidade Plena Hospitalar em Resposta à Pandemia de COVID-19 (PCPH-COVID-19/FHEMIG), atualmente em sua quinta versão, no qual faz a oferta de leitos clínicos e de terapia intensiva, de acordo com o acionamento de três fases, a depender da situação epidemiológica e da demanda por internações no Estado. O documento está publicizado no site da FHEMIG para a consulta de todos.

Importante ressaltar que esse Protocolo se trata de sua nona versão, a qual poderá ser alterada a qualquer tempo, diante do dinamismo do contexto epidemiológico, o qual exige adaptações constantes nas ações de saúde a serem implementadas.

Especificamente nessa versão ocorreram:

- Atualização dos dados epidemiológicos do Brasil e de Minas Gerais no Capítulo 2: HISTÓRIA DA DOENÇA E ESTRATIFICAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS, subcapítulo 2.6: IDADE E COMORBIDADES;
- Inclusão de diretrizes para utilização de Teste Rápido de Antígenos COVID-19 em Maternidades no subcapítulo: 3.1.2 TESTES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS DA COVID-19 do Capítulo 3: MANEJO CLÍNICO DOS PACIENTES SUSPEITOS OU QUE TENHAM TESTADO POSITIVO PARA COVID-19 e no subcapítulo 5.11 MATERNIDADE do Capítulo 5. ORIENTAÇÕES GERAIS POR SETORES ASSISTENCIAIS;
- Atualização do subcapítulo 3.5 TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: PRINCÍPIOS BÁSICOS;
- Atualização do Capítulo 6: ISOLAMENTO, CONTROLE DE SURTOS E VIGILÂNCIA DE PACIENTE, ACOMPANHANTES, VISITANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE;
- Inclusão do Capítulo 11: A COMUNICAÇÃO E A INTERAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA;
- Atualização do Capítulo 12: PLANO DE COLAPSO PARA O MANEJO DA COVID-19;
- Inclusão do ANEXO III e IV: NOTA TÉCNICA SOBRE ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS PARA MEDICAMENTOS EM ESTOQUE CRÍTICO

FRENTE À PANDEMIA POR COVID-19 E NOTA TÉCNICA SOBRE DILUIÇÃO DE DROGAS PARA SEDAÇÃO.

Além disso, todos demais os capítulos foram revisados e ajustados para proporcionar diretrizes atuais e de alta qualidade técnica e científica.

Dessa forma, ressaltamos que estamos em constante acompanhamento das instruções repassadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), as quais também sofrem modificações frequentes, frente à rápida evolução de um processo pandêmico. Salientamos ainda que a DIRASS está em processo de atualização constante da literatura nacional e internacional sobre o tema, buscando as melhores referências para aperfeiçoamento desse Protocolo.

2.0 AÇÕES ESPECÍFICAS DAS DEMAIS CATEGORIAS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Autores:

Aline Cândido de Almeida Pinto Mendes

Amanda Alvarenga Cambraia

Bruno Porto Pessoa

Carla Cristina Carvalho Gomes

Cintia Cristiane Passos

Equipe Multidisciplinar do HJK (desde a 1ª versão)

Érika Pereira Inácio

Juliana Maria Pimenta Starling

Lívia Augusta dos Santos Braga

Maria Thereza Coelho Papatela Jabour

Newton Santos de Faria Júnior

Priscila Yunes Marques

Tiago Sávio Moreira Possas

Wivian Aparecida Dornelas Couto

2.1 SERVIÇO SOCIAL

Rotina

Os (as) profissionais de Serviço Social, pertencem ao quadro de servidores assistenciais e sua atuação neste momento, é de suma importância.

Conforme preconizado pelas legislações vigentes em especial o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e o Comitê Extraordinário do COVID-19, sugerimos aos profissionais de Serviço Social da Rede FHEMIG, durante a pandemia do novo coronavírus (COVID-19) seguirem as orientações abaixo:

- acatar rigorosamente as indicações e protocolos emanados pelos órgãos e autoridades sanitárias, de saúde pública e da FHEMIG;
- suspender os trabalhos e atendimentos em grupo e as visitas domiciliares;
- manter as salas de atendimento com menor número de pessoas. Afixar neste local, cartazes com orientações sobre a importância de não haver aglomerações;
- os atendimentos sigilosos devem ser realizados, quando houver real necessidade, levando em consideração a distância mínima de 1 metro de distância;
- deverá ser mantido a qualidade do serviço ofertado, bem como a continuidade do mesmo;

- o (a) profissional terá autonomia para deliberar sobre a modalidade de atendimento (presencial, telefone, e-mail e etc) aos familiares, considerando sempre a garantia da assistência e o código de ética profissional. E ainda, visando a restrição de circulação de diferentes pessoas, dentro das unidades hospitalares;
- colaborar com a equipe multidisciplinar no fornecimento de informações durante o Boletim de Saúde, para familiares, diante da suspensão de visitas;
- favorecer o diálogo da equipe multidisciplinar e familiares;
- as atribuições habituais dos profissionais de Serviço Social permanecem, tendo em vista que, o COVID-19 pode ser considerado como uma questão social do momento, serão imprescindíveis a escuta qualificada e a acolhida, visando amenizar o sofrimento e ainda, sensibilizando os familiares sobre a importância do estabelecimento de retaguarda familiar e/ou social no pós alta hospitalar.

Neste cenário de pandemia, a atuação terá como foco a sensibilização sobre a importância dos cuidados pessoais necessários para a não disseminação do vírus, a informação sobre os direitos e deveres do usuário do SUS, orientações diversas e encaminhamentos que se fizerem necessários. Dentre as orientações e ações relevantes neste momento, elencamos a orientação quanto os benefícios eventuais gratuitos e a identificação de familiares ou rede de apoio de pacientes não identificados.

Durante a prática profissional, recomendamos especial atenção para: empatia, respeito às diferenças culturais, religiosas, políticas, filosóficas, morais, de orientação sexual entre outras, dos usuários, prestando-lhes informações qualificadas e seguras e priorizando o uso de linguagem acessível, clara e objetiva:

- o boletim sobre o estado de saúde do paciente, deverá ser realizado pelo médico assistente do caso, conforme dias e horários estabelecidos pela unidade. Compete ao Serviço Social, tendo em vista que as visitas foram canceladas, sugerir a equipe assistencial médica, a melhor forma de realização do boletim;
- sobre a autorização para acompanhantes, regerá as autorizações previstas em lei. Compete ao Serviço Social analisar os casos sociais;
- participar das capacitações realizadas nas unidades referentes a pandemia, para manter-se atualizado e ciente das informações;
- trabalhar de forma articulada com toda a rede sócio-assistencial e de saúde

Uso de EPIs - Equipamentos de Proteção Individual e medidas de precaução

Os (as) Assistentes Sociais deverão:

- utilizar máscara cirúrgica, durante o atendimento ao paciente suspeita ou que tenha testado positivo para COVID-19;
- recomendações de higienização frequente das mãos com água e sabão ou álcool gel;
- manipular o mínimo possível a mobília e superfície próximo ao paciente, principalmente portas, paredes, maçanetas e etc.;
- esses pacientes deverão permanecer durante todo o atendimento, em uso de máscara cirúrgica;
- manter distância mínima de 1 metro entre o profissional e o paciente durante os atendimentos;
- evitar o contato físico direto, com a finalidade de proteção de ambos, informando ao paciente, de forma empática, as medidas de segurança e orientando-o a proceder do mesmo modo quanto às suas relações interpessoais.

Dimensionamento de Pessoal:

- em relação à escala de trabalho, as equipes poderão realizar revezamento, escala mínima ou manter escala atual de trabalho, visando sempre a não aglomeração de pessoas e continuidade de atendimento;
- caberá a chefia do setor, avaliar as possíveis alterações de escala do setor;
- manter ambiente de atendimento sempre arejado;

2.2 PSICOLOGIA

Rotina

Neste cenário de pandemia de COVID-19, a atuação da psicologia se faz necessária, visando garantir a continuidade da assistência ao paciente e seus familiares, bem como os preceitos do código de ética profissional.

É de fundamental importância priorizar medidas preventivas para evitar a propagação do COVID-19, bem como assegurar a proteção da saúde do(a) psicólogo(a). Desta forma, faz-se necessário, seguir as orientações da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde, do Comitê

Extraordinário do COVID-19, da FHEMIG, bem como do Conselho Federal de Psicologia, em decorrência da pandemia do novo coronavírus.

Sendo assim, sugerimos que os(as) psicólogos(as) conduzam suas práticas profissionais, mantendo-se atualizados dos protocolos expedidos pelos órgãos e autoridades sanitárias de saúde pública e da FHEMIG, bem como ter suas ações norteadas pelas orientações apresentadas abaixo:

Atendimentos ambulatoriais:

- conforme determinado pelo Comitê Extraordinário do COVID-19, estarão suspensos os atendimentos ambulatoriais presenciais, sendo mantidos apenas aqueles considerados como emergenciais, os quais serão deliberados pela Diretoria da unidade hospitalar;
- conforme preconizado pelo Conselho Federal de Psicologia, o psicólogo poderá utilizar-se de tecnologias de informação e comunicação para o exercício profissional da psicologia a distância, conforme deliberação da Diretoria da unidade hospitalar;
- para os atendimentos a distância, caberá ao psicólogo se adequar às normativas previstas pelo Conselho Federal de Psicologia.

Atendimentos hospitalares:

- serão atendidas preferencialmente as solicitações de interconsultas registradas no sistema de informação, as oriundas da equipe assistencial, bem como as demandas espontâneas para o atendimento psicológico do paciente internado e/ou de seus familiares;
- após o acolhimento do paciente e/ou de seus familiares, caberá ao profissional avaliar a demanda e definir sua conduta quanto a continuidade e duração do atendimento psicológico ao paciente e/ou de familiares durante a hospitalização, bem como de proceder aos encaminhamentos que se fizerem necessários, quando houver a alta hospitalar;
- colaborar com a equipe multidisciplinar no fornecimento de informações durante o Boletim de Saúde, para familiares, diante da suspensão de visitas;
- os atendimentos ao paciente internado e/ou de seus familiares, o profissional da Psicologia deverá fazer uso de Equipamentos de Proteção Individual, manter hábitos de higiene das mãos, bem como uso de antisséptico a base de álcool 70%. É recomendado manter distância mínima de 1 metro entre o profissional e o paciente e evitar o contato físico direto, com a finalidade de proteção de

ambos, informando de forma empática as medidas de segurança, o orientando-o a proceder do mesmo modo quanto às suas relações interpessoais.

Atendimentos em grupo e atendimentos domiciliares:

- conforme determinado pelo Comitê Extraordinário do COVID-19, estarão suspensos os atendimentos em grupo e os atendimentos domiciliares.

Uso de EPIs - Equipamentos de Proteção Individual e medidas de precaução

Naqueles casos considerados emergenciais, para realização do atendimento psicológico presencial, o profissional da Psicologia deverá:

- utilizar máscara cirúrgica, durante o atendimento ao paciente suspeita ou que tenha testado positivo para COVID-19;
- realizar higienização frequente das mãos com água e sabão ou álcool gel;
- manipular o mínimo possível a mobília e superfície próximo ao paciente, principalmente portas, paredes, maçanetas e etc.;
- orientar os pacientes a permanecerem, durante todo o atendimento, em uso de máscara cirúrgica;
- manter distância mínima de 1 metro entre o profissional e o paciente durante os atendimentos;
- evitar o contato físico direto, com a finalidade de proteção de ambos, informando ao paciente, de forma empática, as medidas de segurança e orientando-o a proceder do mesmo modo quanto às suas relações interpessoais.

Dimensionamento de Pessoal:

- em relação à escala de trabalho, as equipes poderão realizar revezamento, escala mínima ou manter escala atual de trabalho, visando sempre a não aglomeração de pessoas e continuidade de atendimento;
- caberá a chefia do setor, avaliar as possíveis alterações de escala do setor;
- manter ambiente de atendimento sempre arejado.

2.3 TERAPIA OCUPACIONAL

Rotina

Em decorrência da situação de calamidade pública decretada no Estado e visando impedir ou minimizar a disseminação da COVID-19, seguem algumas recomendações que deverão ser consideradas para os atendimentos terapêuticos ocupacionais nos hospitais da Rede FHEMIG:

- circulação de profissionais nos isolamentos deve ser estritamente necessária;
- o plano terapêutico ocupacional deverá priorizar ações de reabilitação que não necessitem de materiais que não possam ser higienizados ou descartados após os atendimentos;
- consultar a CCIH da unidade, quanto às recomendações de materiais e sua higienização;
- colaborar com a equipe multidisciplinar no fornecimento de informações durante o Boletim de Saúde, para familiares, diante da suspensão de visitas;
- risco-benefício dos recursos terapêuticos indicados ou desejados pelos pacientes deverá ser rigorosamente analisado por cada profissional, considerando as diretrizes das autoridades sanitárias.

Importante: Diante da elevada demanda de atendimento às dúvidas de pacientes, familiares e profissionais no enfrentamento a pandemia, e a dificuldade de se realizar os atendimentos terapêuticos ocupacionais, devido a contato físico haver exposição de profissional e paciente, é solicitado que o Terapeuta Ocupacional atue realizando os primeiros cuidados psicológicos - PCP.

De acordo com o Projeto Sphere (2011) e o IASC (2007), os primeiros cuidados psicológicos descrevem uma resposta humana e de apoio às pessoas em situação de sofrimento e com necessidade de apoio. Os PCP incluem os seguintes temas:

- oferecer apoio e cuidado práticos não invasivos;
- avaliar necessidades e preocupações;
- ajudar as pessoas a suprir suas necessidades básicas (por exemplo, alimentação, água e informação);
- escutar as pessoas, sem pressioná-las a falar;
- confortar as pessoas e ajudá-las a se sentirem calmas;

- ajudar as pessoas na busca de informações, serviços e suportes sociais;
- proteger as pessoas de danos adicionais.

Os PCP não são:

- algo que apenas profissionais podem fazer;
- atendimento psicológico profissional;
- “debriefing psicológico”, já que não envolve necessariamente uma discussão detalhada sobre o evento que causou o sofrimento;
- atendimentos em que são solicitados que as pessoas analisem o que aconteceu ou que relatem os eventos ocorridos em ordem cronológica.

Os PCP pressupõem capacidade de ouvir as histórias das pessoas, mas isso não significa pressioná-las a falar sobre sentimentos e reações que tiveram em relação a um evento.

Uso de EPIs - Equipamentos de Proteção Individual e medidas de precaução

Para realização do atendimento terapêutico presencial, o profissional da Terapia Ocupacional deverá:

- utilizar máscara cirúrgica, durante o atendimento ao paciente suspeita ou que tenha testado positivo para COVID-19;
- utilizar avental de manga longa e luvas de procedimento, caso ocorra a necessidade de contato com o paciente;
- realizar higienização frequente das mãos com água e sabão ou álcool gel;
- proceder a higienização dos materiais utilizados no atendimento ou descarte dos mesmos;
- manipular o mínimo possível a mobília e superfície próximo ao paciente, principalmente portas, paredes, maçanetas e etc.;
- orientar os pacientes a permanecerem, durante todo o atendimento, em uso de máscara cirúrgica;
- manter distância mínima de 1 metro entre o profissional e o paciente durante os atendimentos;
- evitar o contato físico direto, com a finalidade de proteção de ambos, informando ao paciente, de forma empática, as medidas de segurança e orientando-o a proceder do mesmo modo quanto às suas relações interpessoais.

Dimensionamento de Pessoal:

- em relação à escala de trabalho, as equipes poderão realizar revezamento, escala mínima ou manter escala atual de trabalho, visando sempre a não aglomeração de pessoas e continuidade de atendimento;
- caberá a chefia do setor, avaliar as possíveis alterações de escala do setor;
- manter ambiente de atendimento sempre arejado.

2.4 NUTRIÇÃO

Rotina

- Recomenda-se a higienização frequente das mãos com água e sabão ou álcool 70%;
- Nos estabelecimentos de saúde, os Nutricionistas e Técnicos de Nutrição devem priorizar rotinas e ações estratégicas. Neste momento, devem agir invariavelmente em coordenação com equipes multiprofissionais e gestores;
- É recomendável evitar o contato físico do nutricionista e técnico em nutrição com os pacientes com COVID-19. Sugerimos que, caso não seja possível realizar as triagens via contato telefônico ou por dados secundários de prontuários, aquelas podem ser suspensas, durante a pandemia, a fim de proteger os profissionais e pacientes, reduzindo, assim, o contato físico; todavia, fica enfatizado que os pacientes em UTI, automaticamente, representam por si só alto risco nutricional;
- Sugerimos evitar a utilização de módulos nutricionais dentro das UTI, e prezar pela menor manipulação do paciente, frente à elevação do risco para equipe de enfermagem. Recomendamos também o uso da Dieta Enteral Sistema Fechado.

Uso de EPIs - Equipamentos de Proteção Individual e medidas de precaução

O profissional deverá:

- utilizar máscara cirúrgica, durante o atendimento ao paciente suspeita ou que tenha testado positivo para COVID-19;
- utilizar touca/avental de manga longa e luvas de procedimento, caso ocorra a necessidade de contato com o paciente se houver manuseio ao paciente ou bomba de infusão de dietas;

- manipular, na quantidade mínima possível, a mobília e superfícies próximas ao paciente, principalmente portas, paredes, maçanetas, etc;
- sanitizar com álcool a 70% os instrumentos de trabalho, como fitas métricas e adipômetros entre cada atendimento quando o contato físico for imprescindível. Necessário observar, neste caso, a realização de limpeza e desinfecção rigorosa de balanças, bancadas, cadeiras, maçanetas, banheiros e demais superfícies com solução clorada (hipoclorito de sódio a 1%).

Observação: Em unidades que não são referência para atendimento de COVID-19, e existam casos de pacientes em isolamento devido ocorrência de sintomas respiratórios, não haverá mudanças na rotina da equipe de nutrição, quanto a distribuição de refeições, restringindo acesso do servidor que está sob os cuidados do paciente ao refeitório.

Unidades de Terapia Intensiva - UTI

O combate à pandemia do COVID-19 apresenta-se como o grande desafio atual do sistema de saúde brasileiro, e hoje, a terapia nutricional ostenta caráter fundamental no cuidado integral e atenção ao paciente crítico.

No presente horizonte, constata-se que a maioria dos pacientes contaminados é tratada por observação domiciliar, em isolamento. Entretanto, uma parcela desses pacientes apresenta complicações, e necessita de hospitalização, de sorte que, cerca de 5% (cinco por cento) desses casos, exigem tratamento via terapia intensiva. Certamente, nesse sentido, nota-se que o subgrupo em tela apresenta, invariavelmente, complicações frequentes que se resumem à disfunção respiratória, seguida da disfunção renal.

Os pacientes que permanecerem, por mais de 48 horas na UTI, devem ser considerados em grupo de risco por desnutrição. Conforme a recomendação da ESPEN 2019, esse tipo de paciente beneficia-se de TN precoce e individualizada.

Em pacientes com situação de saúde grave, a Nutrição Enteral (NE) revela-se como via preferencial. Sugerimos, nesta hipótese, que seja iniciado o procedimento, dentro de 24 horas a partir do início da manifestação do vírus. No caso de contraindicação da via oral e/ou enteral, a Nutrição Parenteral (NP) deve ser iniciada o mais precocemente possível. Sugerimos considerar o uso de NP suplementar, após 5 a 7 dias, em pacientes que não conseguirem atingir aporte calórico proteico > 60% das necessidades do paciente por via digestiva.

Sugerimos ainda utilizar fórmulas enterais com alta densidade calórica (1,5-2,0kcal/ml), em pacientes que apresentem disfunção respiratória aguda e/ou renal, objetivando com isso a restrição da administração de fluidos e um aporte protéico, na fase aguda da doença, entre 1,5 e 2,0 g/kg/dia.

A progressão calórica deve ser adiada em pacientes com níveis baixos de fósforo, potássio ou magnésio até a adequada correção, com posterior aumento gradual.

Muito embora as dificuldades frequentes surgidas a partir da pandemia atual sejam quantitativamente altas, é indispensável atentar que pacientes acompanhados pela EMTN devem seguir recebendo o suporte nutricional com a atenção que necessitam, sem nenhuma repercussão negativa em seu tratamento.

Unidades de Internação (Enfermarias) e Lactário:

A alimentação por via oral cuida-se do procedimento preferencial em pacientes não graves com diagnóstico de COVID-19, incluindo a utilização de suplementos orais quando a ingestão energética estimada for < 60% das necessidades nutricionais.

O Fluxo de higienização e esterilização de mamadeiras próprias deve ser realizado, preferencialmente, em ambiente ISOLADO, evitando fluxo cruzado. Sugerimos seguir os procedimentos de higienização e esterilização já padronizados na Unidade.

Serviço de Nutrição e Dietética:

Primeiramente, destacamos ser imprescindível evitar aglomerações, o quanto possível, nos serviços de nutrição. Seguem possíveis soluções/alternativas para reduzir aglomerações:

- 1) ampliar horário de atendimento do SND; definir horário exclusivo para grupos de risco;
- 2) todos os setores deverão fazer escala de revezamento no horário das refeições, a fim de evitar aglomerações no refeitório, com permanência máxima de 20 minutos;
- 3) fracionar os clientes em turnos;
- 4) substituir o serviço de autosserviço/bufê pelo fornecimento de marmitas, adotando estratégias para evitar filas, quando possível;
- 5) Aumento do espaçamento entre as mesas e diminuição do número de cadeiras disponibilizadas aos usuários nos refeitórios, objetivando aumentar a distância entre os usuários durante as refeições, quando possível.

Orienta-se ainda:

- a adequação do local do serviço, sempre que possível, visando a adequada distribuição das refeições, de modo que ocorra o ato de se alimentar, em locais ventilados (boa circulação e renovação de ar), não fechados, os quais ostentam a distância mínima de dois metros entre os profissionais;
- a promoção de atividades educativas, diariamente, sobre higiene das mãos conforme recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS);
- a disponibilização de álcool 70% nas mesas de apoio;
- ao invés do comensal servir sua refeição, que o funcionário da empresa de alimentação sirva as preparações. Lembramos a indispensável oferta de quantidade que o servidor solicitar, com exceção do prato principal e sobremesa, os quais possuem quantidade per-capita definido no contrato correspondente.
- nos casos em que se revelar impossível ao funcionário da empresa de alimentação oferecer as preparações, deverá ocorrer a substituição mais frequente de utensílios (colheres, conchas, entre outros) usados nos sistema self-service, com a desinfecção imediata dos utensílios e do balcão de distribuição;
- recomendamos a utilização apenas de copos descartáveis em todos os horários das refeições; os talheres deverão ser disponibilizados individualmente, embalados em sacos plásticos descartáveis; não disponibilizar prato pequeno e bandejas; não utilizar o celular no refeitório;
- lembrar que o vírus pode depositar-se em talheres, pratos, corrimões, maçanetas das portas, balcões, mesas e outras superfícies, por meio de gotículas de saliva e secreções corporais da pessoa infectada. Portanto, todos os utensílios e equipamentos do serviço devem ser higienizados e sanitizados com álcool a 70% ou solução clorada, invariavelmente, antes do início da distribuição das refeições, a cada turno, e sempre que necessário.

Necessária é a realização de limpeza e desinfecção frequente de bancadas, cadeiras, maçanetas, banheiros, pias, interruptores de luz e demais superfícies, com solução clorada (hipoclorito de sódio a 1%).

As jarras de água que ficam nas enfermarias devem ser substituídas por utensílios descartáveis (sugere-se uso de copo de 500 mL na quantidade de dois por leito).

- os trabalhadores deverão ser devidamente orientados sobre a utilização de utensílios de limpeza (baldes, panos, buchas, vassouras, etc.) específicos e destacados para os sanitários e vestiários.
- retirar das mesas de refeições, objetos que possam ser potenciais veículos ou instrumentos de contaminação, a exemplo de jogos americanos, displays de propaganda, porta-guardanapos, galheteiros, ornamentos, temperos entre outros.
- dispensar o oferecimento de açúcar, azeite, sal e adoçante (somente em sachê).
- destacamos que se mostra contra indicada a liberação de alimentos externos para pacientes e funcionários.
- os resíduos decorrentes da alimentação deverão ser descartados e coletados de acordo com o fluxo habitual do serviço;

Por fim, salientamos que, no momento, desconhecem-se evidências que sugiram que o COVID-19 possa ser transmitido por alimentos. No entanto, seguindo o primado da prevenção, importante adotarem-se as boas práticas de manipulação e processamento de alimentos estabelecidas pelas autoridades sanitárias competentes, a fim de assegurar que as condições higiênico-sanitárias dos alimentos preparados sejam adequadas à sua função.

Distribuição das Refeições (Copeiras)

- Utilizar os equipamentos de proteção individual (EPIs) de forma adequada e permanente.
- Não tocar ou ajustar a máscara durante a distribuição de refeições.
- Distribuir todas as refeições em material descartável.

Fora da enfermaria durante a distribuição de refeições:

- Realizar higiene das mãos com água e sabão e álcool 70%
- Pegar o marmitex/bandeja do carrinho de distribuição de refeições;
- Abrir a porta da enfermaria;
- Fechar a porta do enfermaria.

Dentro da enfermaria:

- Deixar o marmiteix/bandeja na mesa de refeição sem encostar em outros objetos;
- Sair da enfermaria.

Fora da enfermaria ao finalizar toda a distribuição de refeições:

- Realizar higiene das mãos com água e sabão e álcool 70%.
- Limpar e desinfetar todas as superfícies internas e externas dos carrinhos de distribuição após a realização do transporte. A desinfecção pode ser feita com álcool a 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para este fim e seguindo procedimento operacional padrão definido para a atividade de limpeza e desinfecção dos carrinhos de distribuição e realizar higiene das mãos com álcool em gel ou água e sabonete líquido.

Importante

Para os pacientes suspeitos ou que tenham testado positivo para COVID-19 e para os acompanhantes (Isolados):

- As copeiras devem disponibilizar as refeições, devidamente identificadas (nome completo, leito e tipo de dieta) no posto de enfermagem, para o paciente e seu acompanhante;
- A equipe de Nutrição e Dietética deverá disponibilizar o mapa de dietas do setor para a conferência da enfermagem;
- O Técnico de Enfermagem responsável pela assistência aos pacientes suspeitos ou confirmado de COVID-19, previsto em lei, será responsável por disponibilizar as refeições;

Para os profissionais de saúde que atuam na assistência aos pacientes suspeitos ou que tenham testado positivo para COVID-19

As copeiras devem disponibilizar, no posto de enfermagem, todas as refeições e utensílios em materiais descartáveis para os profissionais de saúde que atuam na assistência direta aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo COVID-19, devendo, sempre que possível, disponibilizar área isolada para tais servidores realizarem suas refeições. A Coordenação de Enfermagem deverá enviar diariamente a lista desses profissionais de saúde ao Serviço de Nutrição.

Resíduos alimentares dos pacientes suspeitos e confirmados com COVID-19, acompanhantes e profissionais de saúde que atuam na assistência desses pacientes:

- os resíduos decorrentes da alimentação deverão ser descartados em lixeira de resíduo infectante e serão coletadas de acordo com o fluxo habitual do serviço;
- todas as lixeiras para descarte de resíduos dos leitos e enfermarias para pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19 deverão ser de resíduos infectantes.

2.5 FONOAUDIOLOGIA

Rotina

O fonoaudiólogo é um dos profissionais que integra a equipe multiprofissional na terapia intensiva com o objetivo de realizar triagem, avaliação, habilitação ou reabilitação da motricidade orofacial, deglutição e comunicação.

A intubação orotraqueal (IOT) é comumente utilizada nas unidades de tratamento intensivo em pacientes graves que necessitam de auxílio para a manutenção da respiração; porém quando prolongada (>48h), pode proporcionar lesões na cavidade oral, faringe, laringe, causam diminuição da motricidade, da sensibilidade local e comprometem o processo de deglutição, determinando as disfagias orofaríngeas. A identificação precoce de disfagia e aspiração é importante para minimizar complicações clínicas em pacientes extubados e garantir segurança da alimentação por via oral.

Orientações

- a circulação de profissionais nos isolamentos deve ser a estritamente necessária;
- é necessário o planejamento da Assistência Fonoaudiológica a partir da utilização do protocolo institucional de broncoaspiração para garantir melhores critérios de elegibilidade e desfechos clínicos;
- o atendimento precoce do profissional de fonoaudiologia de 24 a 48 horas após extubação de paciente com suspeita ou que tenha testado positivo para COVID-19;
- atentar-se ao paciente com SARS-CoV-2 pelo alto risco de incoordenação deglutição/respiração, sendo neste caso indicado atenção com relação ao maior

risco presumido de aspiração traqueal. Deve-se atentar aos critérios de risco de aspiração a fim de eleger com melhor rigor a intervenção fonoaudiológica;

- ao realizar ausculta cervical o profissional deverá higienizar o estetoscópio com álcool 70%;
- higienização do oxímetro de pulso com álcool 70%;
- os restos de alimentos, espessantes e embalagens devem ser descartados em lixeira infectante do isolamento, sem que haja circulação por outras áreas;
- não é recomendado Videofluoroscopia da Deglutição se suspeita ou que tenham testado positivo para COVID-19;
- não recomendado avaliação endoscópica da deglutição (FEES) e a laringoscopia flexível (com ou sem estroboscopia) em pacientes com suspeita ou que tenham testado positivo para COVID 19 devido à geração de aerossóis;
- aspiração endotraqueal, desinsuflação do cuff, adaptação de válvulas unidirecionais de fala e deglutição, estimular tosse e treino de via oral em pacientes traqueostomizados deverá ser realizada quando o exame para COVID-19 estiver negativado. Se emergencial, eleger o momento ideal para realizar a intervenção desde que não interfira na segurança dos demais pacientes e também do profissional que prestará a assistência. Realizar aspirações endotraqueais em circuitos fechados;
- o processo de decanulação deverá ocorrer após curso da doença com painel viral negativo;
- recomenda-se a utilização de métodos digitais e figuras plastificadas de fácil higienização, considerando a necessidade de apoio visual para facilitar a comunicação entre terapeuta e paciente durante a avaliação e terapia.

Avaliação estrutural

Evitar inspeção, manuseio da cavidade oral, língua e testes de reflexos orais pacientes suspeitos ou que tenham testado positivo para COVID-19, devido alto índice de disseminação do vírus. Esses procedimentos auxiliam na correlação de fatores que alteram a biomecânica da deglutição, posteriormente avaliada no PARD, cabendo ao profissional a avaliar o risco-benefício.

Avaliação no paciente traqueostomizado

- intervenção fonoaudiológica no paciente traqueostomizado com COVID-19 não é indicada. Somente se não for possível aguardar o resultado negativo e a equipe multidisciplinar decidir por esta atuação;
- avaliação do teste de azul de metileno modificado em indivíduos traqueostomizados.

Avaliação de risco de disfagia (PARD)

- identificar e interpretar as alterações na dinâmica da deglutição, caracterizar os sinais clínicos sugestivos de penetração laríngea ou aspiração laringotraqueal, definindo a gravidade da disfagia e estabelecer condutas a partir dos resultados da avaliação.

Reabilitação Fonoaudiológica

- após a avaliação da deglutição e do diagnóstico bem estabelecido, deve-se definir um planejamento terapêutico para a reabilitação do distúrbio de deglutição. Todavia, em caso de paciente suspeito ou que tenham testado positivo para COVID-19, algumas condutas estão contraindicadas;
- é contra-indicado o uso de equipamentos de incentivo respiratório, exercícios e manobras terapêuticas com fluxo aéreo expiratório, devido a possibilidade de aumento da aerolização. Devem ser realizadas somente após curso da doença com painel viral negativo. Recomenda-se avaliar a deglutição, ajustar dieta, consistência, volume, temperatura, postura corporal, adaptar utensílios e a realização de manobras compensatórias permitidas e adequadas a cada caso.

Uso de EPIs - Equipamentos de Proteção Individual e medidas de precaução

Para realização do atendimento do fonoaudiólogo deverá ficar atentos à:

- utilizar avental de manga longa, óculos ou protetor facial/face shield, se houver risco de respingo de materiais orgânicos ou químicos) e luvas de procedimento;
- utilizar máscara N95, PFF2 ou equivalente nos casos de procedimentos geradores de aerossóis. Nas demais situações é preconizado o uso da máscara cirúrgica;
- realizar higienização frequente das mãos com água e sabão ou álcool gel;

- proceder a higienização dos materiais utilizados no atendimento ou descarte dos mesmos;
- manipular o mínimo possível a mobília e superfície próximo ao paciente, principalmente portas, paredes, maçanetas e etc.

Dimensionamento de Pessoal

- caberá a chefia do setor, avaliar as possíveis alterações de escala do setor;
- a assistência deverá ser prestada preferencialmente por um profissional exclusivamente, mas na impossibilidade, recomenda-se que os pacientes suspeitos ou que tenham testado positivo para COVID-19 sejam os últimos atendidos;
- fonoaudiólogos que compõe o grupo de risco (asmáticos, hipertensos, diabéticos, idosos e gestantes) não devem prestar assistência a esses pacientes.

FISIOTERAPIA

A fisioterapia respiratória desempenha importante papel no tratamento da COVID-

19. Dentre as principais atribuições do fisioterapeuta estão:

- Auxílio à equipe multiprofissional no atendimento ao paciente grave (na intubação e ressuscitação cardiopulmonar);
- Programação e assistência à ventilação mecânica;
- Monitorização beira leito;
- Auxílio à equipe no posicionamento do paciente;
- Auxílio no posicionamento e monitorização quando o paciente estiver na posição prona;
- Aplicar terapia de higiene brônquica e remoção de secreção;
- Minimizar dispnéia e diminuir o trabalho respiratório;
- Oferta e manejo da oxigenoterapia.

Procedimentos geradores de aerossóis

- Intubação/extubação;
- Broncoscopia;

- Ventilação não invasiva VNI (AVALIAR RISCO-BENEFÍCIO DO USO E INDICAÇÕES ESPECÍFICAS, CONFORME ITEM 3.5.3 - VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI) NA COVID-19 deste Protocolo);
- Cateter nasal de alto fluxo (NÃO RECOMENDADO SUA UTILIZAÇÃO);
- Macronebulização (NÃO RECOMENDADO);
- Nebulização (NÃO RECOMENDADO SUA UTILIZAÇÃO): preferência por espaçadores de puff para utilização de broncodilatadores;
- Aspiração com sistema aberto (NÃO RECOMENDADO);
- Desconexão do ventilador;
- Traqueostomia;
- Reanimação Cardiopulmonar (RCP);
- Uso de Umidificação Ativa na VM (NÃO RECOMENDADO SUA UTILIZAÇÃO);
- Ventilação e manobras com sistema bolsa-válvula-máscara (AMBU).

Oxigenoterapia

- Em adultos considerar Sat. O₂ alvo entre 93%-94%.
- Evitar Sat. O₂ abaixo de 90% e acima de 96%.
- Não é recomendada a utilização de Máscara de Venturi ou Macronebulização.

Estratificação de casos a serem atendidos pela fisioterapia hospitalar de acordo com o quadro clínico apresentado:

AVALIAÇÃO/TRIAGEM DA ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM PACIENTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19	
Quadro clínico	Atuação da fisioterapia
Sintomas sem comprometimento respiratório e sem alteração RX	Não indicado
Pneumonia com tosse improdutiva, ou tosse produtiva e eficaz, Sat. O ₂ \geq 90% com fluxo < 5 L/min	Não indicado
Sintomas leves, mas com dificuldade em	Fisioterapia para minimizar a sensação de

eliminar secreção ou outras doenças associadas (fibrose cística, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença neuromuscular, lesão medular).	dispneia, e diminuir trabalho respiratório, usando o EPI necessário e paciente usando máscara cirúrgica.
Sintomas leves e/ou pneumonia com consolidação exsudativa e dificuldade na eliminação de secreção (tosse fraca, ineficaz, úmida, frêmito tátil)	Fisioterapia para minimizar a sensação de dispneia e diminuir trabalho respiratório seguindo cuidados e precaução para pacientes ventilados ou não.
Sintomas graves, piora da hipoxemia, febre, dificuldade ventilatória, tosse frequente, exames de imagem sugestivos de consolidação.	Fisioterapia para minimizar a sensação de dispneia e diminuir trabalho respiratório seguindo cuidados de precaução para pacientes ventilados ou não. Recomenda-se otimização precoce dos cuidados e envolvimento da UTI.

Intubação e ventilação mecânica

O procedimento deve ser feito com circuito fechado no ventilador para evitar transmissão por aerossol.

Observação: Os critérios para intubação orotraqueal (IOT) estão descritos no item – Critérios para Tratamento Intensivo deste Protocolo.

- Evitar ventilação com máscara + AMBU (aerossolização). As ventilações manuais devem ser realizadas somente em casos de extrema necessidade.
- Pré-oxigenação: MFR a 10 L/min ou máscara com AMBU e filtro de barreira a 6 L/min.
- O AMBU poderá ser montado com o filtro de barreira + sistema de aspiração fechado + espaçador ou somente AMBU e filtro de barreira.
- Após IOT, insuflar o balonete do TOT e acoplar a VM imediatamente, realizar ausculta e checar o posicionamento do TOT, e por último fixar o mesmo (necessário no mínimo duas pessoas para segurança do procedimento).
- Sempre clampar TOT ao desconectar da VM.
- Manter pressão do balonete do TOT a 25-30 cmH₂O, ou maior de acordo com a necessidade de vedação da via aérea, e reavaliar no mínimo 3 vezes ao dia.

Atenção: caso necessite colocar espaçador de puff, se a indicação for após a intubação e conexão no ventilador, colocar em espera a VM, clampar o tubo e colocar o espaçador. Realizar o mesmo procedimento para a troca de filtros e trach care após o vencimento dos mesmos.

Ajustes iniciais da VM

- Modo volume ou pressão controlada.
- Volume de 4,0 a 6,0 ml/kg de peso predito.
- PEEP de 10 cm H₂O, posteriormente deve ser feita uma mini- titulação da PEEP para avaliar qual valor resulta em driving pressure \leq 15 cmH₂O – recomenda-se a PEEP máxima de 18 cmH₂O para essa mini-titulação).
- Pressão de platô < 30 cm H₂O.
- UTILIZAR FREQUÊNCIAS RESPIRATÓRIAS INICIANDO COM 20.
- Ajuste da FR para manter volume minuto entre 7 – 10 L/min.
- Driving pressure (pressão de platô - PEEP) \leq 15 cm H₂O.
- Sat. O₂ inicial entre 90-95% (evitar hipóxia e hiperóxia).
- ETCO₂ inicial entre 30 e 45.
- Gasometria arterial após IOT para ajuste dos parâmetros iniciais (após 30 min a 1 hora).
- Tolerar hipercapnia permissiva, se PH > 7,25.
- Utilizar somente sistema de aspiração fechado.
- Aferir pressão de balonete do tubo endotraqueal (ideal deixar entre 25-30 cmH₂O, checar e zerar vazamentos).
- Usar filtro:
 - ✓ 1ª opção HMEF (BB100) na posição paciente.
 - ✓ 2ª opção HME na posição paciente e HEPA na máquina.

A unidade deverá usar de acordo com o recurso disponível.

Prona

- Indicada após tentativa de Minititulação da PEEP.
- Equipe capacitada é fator fundamental para a segurança do processo.
- Dever ser utilizada precocemente, (primeiras 48 horas) desde que não haja contraindicações.

- Indicada em pacientes com relação PaO₂/FiO₂ < 150 mmHg.
- Duração da posição: 16 a 20 horas.
- Gasometria arterial deve ser colhida após uma hora para avaliar resposta.
- Sugere-se que as reavaliações durante a posição prona sejam feitas a cada 4-6 horas.
- Responder a posição: aumento de 20 mmHg na relação PaO₂/FiO₂ ou de 10 mmHg na PaO₂.

Execução

Sugere-se a participação de 3 (três) a 5 (cinco) profissionais. Recomenda-se que a equipe seja treinada e que assistam a vídeos de execução da manobra.

Seguem links para consulta:

- PROSEVA (3 pessoas): https://www.youtube.com/watch?v=E_6jT9R7WJs
- William Harvey Hospital (5 pessoas): <http://www.youtube.com/watch?v=Hd5o4ldp3c0>

Antes de realizar a manobra, alguns cuidados devem ser observados

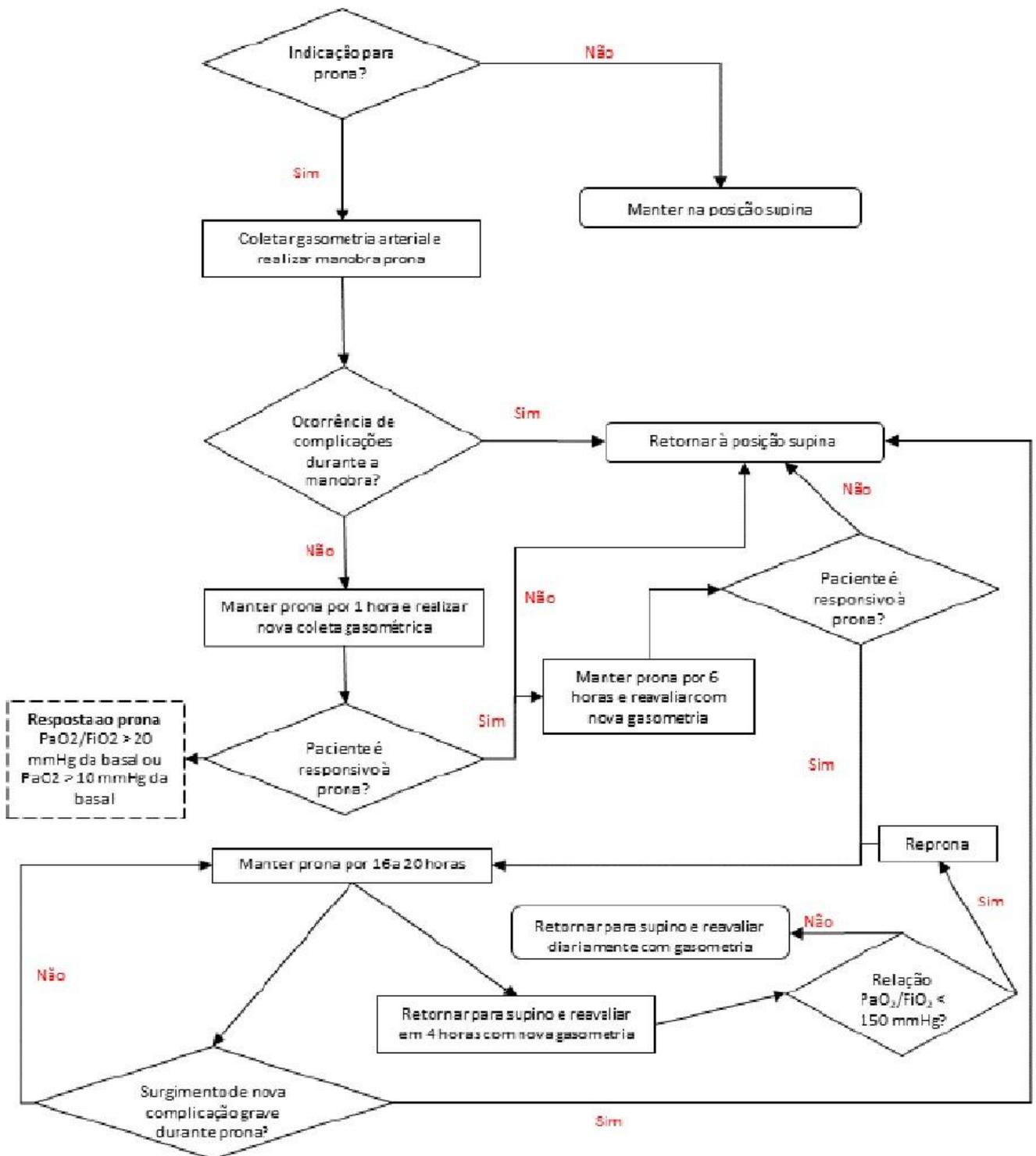
- pausar dieta e abrir sonda nasoentérica 2 (duas) horas antes do procedimento.
- providenciar coxins para apoio de tórax e pelve, e se possível para face, punho e região anterior das pernas.
- aproximar carro de parada cardiorrespiratória, caixa de intubação e testar material de aspiração.
- realizar cuidados oculares e para pele.
- revisar fixação dos dispositivos invasivos, curativos e via aérea artificial (aspirar vias aéreas, verificar fixação, medir pressão do balonete do tubo endotraqueal e registrar comissura labial).
- pausar hemodiálise contínua (recircular e heparinizar cateter) caso em uso.
- pré-oxigenar com FiO₂ = 100% por 10 minutos.
- ajustar analgosedação e avaliar a necessidade de bloqueio neuromuscular.
- desconectar e fechar sonda nasoenteral, clampar sondas, drenos e posicioná-los entre as pernas e braços.
- colocar a cabeceira em posição plana e alinhar os membros.

- pausar infusões e desconectar cateteres.
- realizar a técnica em envelope, dividida em 3 (três) momentos: deslocamento para o lado contrário ao ventilador (após esse movimento, posiciona-se os coxins), lateralização e posição prona.

Após o procedimento, verificar:

- o posicionamento do tubo endotraqueal pela ausculta pulmonar e comissura labial, além de confirmar a pressão do balonete do tubo.
- cabeceira da cama deve estar posicionada em trendelemburg reverso, para reduzir o risco de aspiração (20°).
- membros superiores devem ser posicionados em posição de nadador (um braço fletido para cima e outro estendido para baixo, com rosto virado para o braço fletido), com alternância a cada duas horas, evitando a lesão do plexo braquial.
- eletrodos do eletrocardiograma devem ser posicionados no dorso.
- Sugere-se a utilização de placas hidrocolóides para proteção da testa, face, joelhos e ombros, além da colocação de travesseiros na frente do paciente, distribuídos de modo a aliviar os pontos de apoios anatômicos principais.

Abaixo segue um fluxograma de protocolo para a posição prona:



FONTE: Assobrafir. Adaptado de Oliveira e cols.

Aspiração

Considerando a situação de pandemia do COVID-19, e o aumento significativo do número de casos confirmados com necessidade de ventilação mecânica prolongada, o uso do sistema de aspiração fechado (TrackCare) para higiene brônquica torna-se imprescindível, por ser um sistema de aspiração que evita a geração de aerossol

mantendo a segurança do profissional de saúde e diminuindo a contaminação do ambiente.

Nesse contexto, considerando que o consumo desse insumo aumentou significativamente, e que a dificuldade de aquisição é uma realidade preocupante, uma vez que o fornecedor é o mesmo para todo o território nacional, faz-se necessário o uso racional desse material, de forma a não prejudicar a assistência do paciente e a segurança do profissional de saúde. Outra preocupação é com a segurança dos profissionais de saúde, uma vez que a abertura do sistema ventilatório do paciente provoca a dispersão de aerossol no ambiente, aumentando a chance de contaminação desse profissional. Dessa forma, de forma contingencial e para aumento da segurança assistencial, o tempo de permanência do sistema de aspiração fechado deve ser o período de ventilação mecânica do paciente, não havendo troca, exceto em situações de sujidade ou mau funcionamento.

Sendo o TrackCare um sistema de aspiração protegido por uma bainha plástica que recobre a sonda, o qual possui uma antecâmara para lavagem da mesma com válvula unidirecional (que permite lavagem da sonda sem retorno do líquido para o tubo) e que permite a conexão de pote para coleta de secreção ("Bronquinho") de forma independente, além de propiciar a não despressurização do sistema de ventilação, considera-se que não há necessidade de troca para coleta isolada de amostra de secreção. A manutenção desse sistema durante todo o período de ventilação mecânica do paciente ou enquanto estiver funcionando está alinhado com as políticas de proteção dos profissionais de saúde contra a COVID-19, uma vez que evita a abertura do sistema e impede a geração de aerossol. O risco de contaminação das culturas se torna menos importante, nesse cenário, e o resultado dessas culturas deve ser analisado, levando-se em consideração outras variáveis clínicas na definição de condutas terapêuticas.

O processo de coleta do material respiratório pelo TrackCare é descrito a seguir:

- Conectar o TrackCare no paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 em VM;
- Se o exame for positivo, manter o TrackCare conectado ao paciente durante todo o período que houver risco de transmissão;
- Se o exame for negativo e o paciente apresentar quadro clínico que permita a suspensão do isolamento, o TrackCare poderá ser substituído pelo sistema de aspiração aberto, uma vez que não há risco de contaminação do profissional de saúde.

Os materiais que podem ser coletados pelo TrackCare, são:

- ✓ Aspirado traqueal: coleta de amostra para pesquisa bacteriana e BAAR, não instilar SF 0,9%;
- ✓ Mini bal: coleta de amostra para análise de cultura microbiológica, necessário instilar SF0,9% (colocar solução 20 ml de SF 0,9% dentro de seringa estéril para posterior conexão no sistema de aspiração).

Técnica de coleta

- Preparar material e já deixar separado na sequência de uso, próximo ao leito do paciente;
- A coleta ideal deve ser realizada por dois profissionais assistenciais (mesma categoria profissional, ou não) para garantir a não contaminação do material e segurança do paciente.
- Caso o profissional tenha expertise na técnica, poderá realizar sozinho.
- Monitorar dados prévios do paciente para ver estabilidade do mesmo e acompanhar resposta hemodinâmica durante procedimento;
- Pré-oxigenar o paciente a 100% antes de iniciar procedimento;
- Se paciente alerta, avisar ao mesmo sobre o que será feito, na tentativa de manter o paciente tranquilo e seguro;
- Verificar paramentação do profissional;
- Conectar "Bronquinho" no TrackCare;
- Ligar o vácuo sem acionar a válvula do sistema de aspiração;
- Introduzir a sonda no tubo do paciente até que o mesmo apresente tosse por reflexo (nesse momento, provavelmente, a sonda chegou na carina);
- Recuar a sonda cerca de dois centímetros para tentar garantir que os orifícios geradores de vácuo não encostem na mucosa da traqueia, minimizando risco de lesão;
- Acionar a válvula de vácuo do sistema de aspiração, e conectar seringa com SF0,9% no sistema para instilar no caso de **mini bal**. No caso de **aspirado traqueal**, não é indicado utilizar SF0,9% na coleta;
- Aspirar quantidade suficiente para análise com a sonda parada, através de vácuo intermitente (vácuo contínuo aumenta o risco de lesão de mucosa);
- Após coletada a amostra inativar o vácuo e recuar a sonda através do tubo (não voltar com a sonda pelo tubo com vácuo acionado, no caso de coleta de material, para não aumentar o risco de contaminação pelo biofilme);

- Finalizada a coleta, conectar a borracha do "Bronquinho" na entrada específica do pote, identificar material com dados do paciente;
- Avaliar o paciente, se necessário realizar higiene brônquica, uma vez que o procedimento induz ao deslocamento de secreção, lavar a sonda sempre após utilização da mesma, na antecâmara com SF 0,9%. Retornar a FiO2 do paciente para a basal, após estabilidade do mesmo.

Extubação

- Avaliar bem junto à equipe multidisciplinar a indicação de extubação para não correr risco de reintubação com todos os riscos inerentes ao procedimento.
- Paramentar-se de forma correta, pois se trata de um procedimento passível de contato com o vírus.

Recomenda-se avaliar:

- Balanço hídrico.
- Gasometria arterial.
- RX.
- Nível de consciência do paciente e capacidade de tosse.
- Reversão do motivo da intubação.
- Hemodinâmica do paciente.
- Índice de oxigenação
- Parâmetros baixos na VM.

Recomenda-se a extubação em modalidade PSV/CPAP por indicar menor risco de contaminação, evitando assim o uso de Tubo T ou Y como forma de trial pré-extubação. Pode-se utilizar como trial, na modalidade PSV/CPAP, Pressão de suporte de 7 e PEEP de 5 e avaliar a evolução do paciente.

Reanimação cardiopulmonar (RCP)

Se o paciente já estiver em VM, recomenda-se que o mesmo não seja desconectado, evitando-se assim dispersão de aerossóis, reduzindo a chance de contaminação da equipe.

Ajustes da VM durante a RCP:

- Volume de 4 a 6 ml/kg de peso predito.
- FiO2 100%.

- Ajuste da FR 10-12 ipm.
- Relação I:E 1:2.
- Tempo inspiratório de 1 segundo.
- PEEP = 5 cmH₂O. Na literatura, observa-se sugestões para utilização de ZEEP (PEEP = 0 cmH₂O) para favorecer as compressões torácicas.
- Sensibilidade inspiratória ajustada, a fim de evitar disparos adicionais (off ou o menos sensível possível), devido às compressões torácicas realizadas durante a RCP.
- Alarme de pressão máxima de vias aéreas (pressão de pico) ajustado em torno de 60 cmH₂O.

As ventilações manuais devem ser realizadas somente em casos de extrema necessidade. Se seu uso for inevitável, recomenda-se clampar o tubo na transição para a BVM (EVITE ao máximo a dispersão de aerossóis!).

Já no paciente não intubado, o procedimento deve ser realizado por dois profissionais, não permitindo escape de ar. A intubação orotraqueal (IOT) deve ocorrer o mais rápido possível, sendo realizada pelo profissional (médico) mais experiente. Até que a IOT aconteça, deve-se manter ou aumentar a oferta de oxigênio destinada ao paciente, através da máscara facial com reservatório ou do ambu). Evitar comprimir o ambu. As ventilações manuais devem ser realizadas somente em casos de extrema necessidade.

Traqueostomia

As indicações de traqueostomia não diferem das indicações habituais. Todavia deve-se ter em mente que o tempo médio de ventilação mecânica nos pacientes com COVID19 é em torno de 14 a 21 dias.

Pode ser considerada em pacientes selecionados para facilitar os cuidados de enfermagem e acelerar o desmame do ventilador.

O fisioterapeuta será responsável por preparar o paciente para o processo cirúrgico, otimizando os parâmetros ventilatórios. Após o procedimento, o fisioterapeuta irá fazer a checagem do balonete, posicionamento da cânula e readequação dos parâmetros ventilatórios.

Evitar ao máximo a desconexão do VM.

Decanulação

Manter processo e rotina habitual da unidade.

Mecânica ventilatória

PESO IDEAL
HOMENS: $50 + 0,91 (\text{altura}_{(\text{cm})} - 152,4)$
MULHERES: $45,5 + 0,91 (\text{altura}_{(\text{cm})} - 152,4)$

DRIVING PRESSURE
$DP = P_{\text{platô}} - PEEP$

COMPLACÊNCIA ESTÁTICA
$C_{\text{est}}_{(\text{mL}/\text{cmH}_2\text{O})} = V_{\text{t}}_{(\text{mL})} / P_{\text{platô}}_{(\text{cmH}_2\text{O})} - PEEP_{(\text{cmH}_2\text{O})}$

RESISTÊNCIA DA VIAS AÉREAS
$R_{\text{va}} = P_{\text{pico}} - P_{\text{platô}} / \text{Fluxo}$

MECHANICAL POWER
$MP = 0.098 \times FR \times V_{\text{t}} (P_{\text{pico}} - DP/2)$
SARA grave < 27 J/min

PCO₂ ESPERADA NA ACIDOSE METABÓLICA
$PCO_2 \text{ esperada} = 1,5 \times (\text{HCO}_3) + 8$

PCO₂ ESPERADA NA ALCALOSE METABÓLICA
$PCO_2 \text{ esperada} = 0,7 \times (\text{HCO}_3) + 20$

HOMENS											
Altura _(cm)	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200
Peso Predito _(kg)	48	52	57	62	66	71	75	80	84	89	93
VC mínimo	192	210	228	246	264	282	300	319	337	355	373
VC alvo	240	262	285	308	330	353	376	398	421	444	466
VC máximo	288	315	342	369	396	424	451	478	505	532	559
MULHERES											
Altura _(cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Peso Predito _(kg)	34	39	43	48	52	57	62	66	71	75	80
VC mínimo	137	156	174	192	210	228	246	264	282	301	319
VC alvo	172	194	217	240	262	285	308	330	353	376	398
VC máximo	206	233	261	288	315	342	369	397	424	451	478

Síndrome da imobilidade e mobilização precoce

Síndrome caracterizada por um conjunto de alterações em diversos sistemas do paciente, sendo os problemas musculoesqueléticos, circulatórios e dermatológicas os mais frequentes. As consequências da imobilidade, associadas à idade avançada, à gravidade da doença e ao tipo de admissão (aguda/crônica) podem se estender até 5 anos após a alta hospitalar.

Avaliação

Observar os critérios de indicação à mobilização precoce:

- Adultos (idade > 18 anos) internados em UTI por pelo menos 72 horas, em respiração espontânea ou que necessitem de 48 ou mais horas de VM invasiva ou não invasiva;
- Pacientes cooperativos, sem hipertensão craniana;
- Pacientes com estabilidade hemodinâmica definida como PAS > 90mmHg e < 170mmHg; FC > 60bpm e < 120bpm;
- Pacientes com estabilidade respiratória definida como, preferencialmente, saturação de oxigênio > 90%, sob fração inspirada de oxigênio < 60% e FR < 25irpm.

Observar os critérios de contraindicação à mobilização precoce:

- Doenças terminais;
- PAS > 170 mmHg;
- Sat. O₂ < 90%, independente da fração inspirada de oxigênio;
- Hipertensão intracraniana;
- Fraturas instáveis;
- Infarto agudo do miocárdio recente;
- Feridas abdominais abertas;
- Queda de 20% ou mais da FC durante a realização das atividades de mobilização precoce.

Intervenção

A escolha da intensidade e frequência deve se basear na eficácia clínica, na tolerância individual de cada paciente, na idade e nas condições prévias a sua internação. O fluxo deve contemplar, preferencialmente, a funcionalidade: iniciar da posição deitada, sentar, levantar e andar.

- Mobilização passiva: cerca de 10 a 20 mobilização por articulações selecionadas até duas vezes/dia.
- Exercícios ativos: iniciar gradualmente até atingir uma hora por dia, em até duas vezes de 30 minutos; movimentos funcionais que possam servir de base para atividades de vida diária (exemplo: levar a mão a boca, dobrar a perna, mexer

os pés para cima e para baixo); iniciar, gradualmente, transferência de deitado para sentado e transferências de peso na posição sentada.

- Progressão: verticalização assistida, iniciando gradualmente até atingir uma hora por dia, em até duas vezes por dia; sentar em poltrona, iniciando gradualmente até atingir 90 minutos, em até duas vezes por dia; associar, quando possível, atividades de controle de tronco; pacientes que conseguirem permanecer na postura ortostática de forma estável devem ser encorajados a iniciar deambulação.

Observações Importantes: Atentar-se à estabilidade hemodinâmica e respiratória do paciente durante todas as atividades e respeitar os limites físicos e emocionais do mesmo.

2.6 EQUIPE DE ENFERMAGEM

Manejo dos fluidos corporais (diurese, evacuação, débitos de drenos e aspiração traqueal)

- Desprezar fluidos corporais no vaso sanitário do próprio banheiro da enfermaria, evitando transitar com estes fluidos até a pia de descarte do expurgo. Na ausência de banheiro, levar até o expurgo para descarte.
- Descartar ao final de 24 horas de plantão, em lixeira de resíduo infectante mais próxima do leito do paciente, o frasco descartável com conteúdo de aspiração traqueal. No caso de frascos de vidro, o conteúdo deverá no vaso sanitário do próprio banheiro da enfermaria. Na ausência de banheiro, levar até o expurgo para descarte. Proceder a pré- lavagem do frasco e encaminhar para CME; Caso falte o frasco de plástico nas unidades, favor utilizar o frasco de vidro com as mesmas orientações acima.
- Mensurar a diurese pela bolsa coletora de urina para pacientes em uso de Sonda Vesical de Demora evitando assim risco de contaminação do profissional.
- Desprezar a cada 6 horas ou antes se atingir (dois terços) capacidade da bolsa para diminuir o risco de contato com fluido.
- Pacientes masculinos com diurese espontânea deverá ser colocado uripen/ coletor urinário de sistema aberto e quantificar a cada 2 horas pelo frasco e

desprezar a cada 6h ou antes de atingir a capacidade do frasco. Não utilizar marrecos/papagaios.

- Evacuação: pacientes que estiverem em isolamento com banheiro privativo e tiver condição, vão ao banheiro. Os que não tiverem condição de sair do leito ou estiverem em quartos sem banheiro deverão evacuar na fralda descartável e a fralda descartada em lixeira de resíduo infectante mais próxima do leito. Não utilizar comadres.
- Não entrar no quarto com prancheta, prontuário, caneta, prescrição, celular, ou qualquer outro objeto que possa servir como veículo de disseminação do vírus.

Banho

- Banho a seco para todos os pacientes dependentes ou semidependentes, utilizando a compressa de banho seco;
- Se for encaminhado ao banho de aspersão, solicitar higienização após o término do banho.

Troca de fralda e higiene Íntima

- proceder a troca de fralda e realizar a higiene íntima utilizando a compressa de banho seco;
- se necessário, realizar a troca de traçado conforme as orientações abaixo.

Retirada de roupa de cama

- Proceder a retirada da roupa de cama sem que ocorra movimentos bruscos e ou sacudidas;
- Colocar no hamper do box ou da enfermaria imediatamente após serem retiradas.
- Manter o hamper fechado com as roupas em seu interior para que na sequência a mesma seja recolhida pela equipe de higienização.

Sondagem Naso/Orentérica

- Procedimento pode ser gerador de aerossol/gotícula durante a passagem da sonda, por isso a necessidade do uso da Máscara N95/PFF2 ou equivalente;
- Quanto à confirmação do posicionamento da sonda, deverá ser realizada por raio X no leito, evitando deslocamento de paciente, sempre que possível.

Higiene oral

- Higienizar a boca do paciente por meio de escovação e/ou bochecho com antisséptico. Fornecer bochechos com Peróxido de Hidrogênio a 1% a 1,5% antes de cada atendimento (O COVID-19 é vulnerável à oxidação). Ambos são recomendados para reduzir a carga viral salivar. A clorexidina é ineficaz contra o novo COVID-19, mas deve ser usada na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica no paciente entubado.
- Manter o ambiente ventilado.
- Não é recomendado o armazenamento de escova dental. Estas deverão ser descartadas após o seu uso.
- Pacientes com suspeita e/ou confirmação para COVID-19 que fazem uso de dispositivos protéticos bucais, quando retirados, NÃO armazenar no hospital. Serão entregues devidamente desinfetados a um responsável. Em caso da necessidade de uso determinada pelo cirurgião-dentista, a(s) prótese(s) deverão ser entregues com antecedência à equipe de assistência para desinfecção, em conformidade com o protocolo de cada hospital.

2.7 AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Guarda de documentos e papéis em geral

- Documentos e papéis em geral deverão ficar sempre na Sala de Prescrição;
- Não devendo ser levados para enfermarias/leitos/box, os formulários do prontuário;
- Durante transporte, o prontuário não deverá entrar em contato com o paciente e/ou maca/cadeira de rodas
- Após alta/transferência ou óbito, o prontuário deverá permanecer em quarentena fora da área de contaminação, preferencialmente em envelope de papel ou caixa de papelão por 48h., antes da saída do setor/área de isolamento.

3.0 A COMUNICAÇÃO E A INTERAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA

Autores:

Aline Cândido de Almeida Pinto Mendes

Cristiane Nascimento Lima

Gui Tarcísio Mazzoni Júnior

Kátia Cristina Martins Fonseca

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Maria Lúcia dos Santos Cabral

Maria Thereza Coelho Papatela Jabour

Roberta Aparecida Gonçalves

No enfrentamento da Pandemia de COVID-19, a comunicação entre os envolvidos no processo assistencial, sejam pacientes, familiares e profissionais de saúde, é algo que deve ocorrer de forma clara, objetiva e qualificada. Para isso é necessário adotar estratégias de comunicação adequadas que promovam adaptações efetivas, diante das exigências advindas desse período e que se tornaram muito frequentes.

3.1 Comunicação com paciente e seus familiares:

Para fins deste Protocolo, adota-se como concepção de família, um grupo social de pessoas unidas por laços naturais, de afetividade ou de vontade própria que convivem e querem permanecer juntas. É importante dizer, que sob o ponto de vista do paciente, a pessoa de sua escolha será o seu principal contato, mesmo que não tenha vínculo consanguíneo. Nas situações de pacientes institucionalizados é importante saber quem será o seu responsável, principalmente nos casos em que não houver familiares.

A Portaria nº 1.820/2009 do Ministério da Saúde prevê ao paciente o direito a acompanhante, que são pessoas de sua “livre escolha” nas consultas e nos exames, e também assegura o direito ao acompanhante, quando há necessidade de internação nos casos previstos em lei, assim como quando a autonomia da pessoa estiver comprometida.

Diante das recomendações de suspensão de visitas para contenção da COVID-19, o impacto causado para pacientes e familiares foi imenso, diante da insegurança de ambos quanto ao futuro, exigindo novos protocolos, inclusive no que se refere à relação entre profissionais de saúde, paciente e família para a manutenção da comunicação e da interação. Sendo assim, as unidades hospitalares deverão adequar as rotinas de

trabalho da equipe assistencial, a fim de se instituir times de respostas hospitalares, visando corroborar com este processo:

- Time de comunicação intra-hospitalar: poderá ser composto por diversas categorias profissionais, com o objetivo de divulgar notas técnicas, novas rotinas e protocolos assistenciais, dados estatísticos, cases de sucesso, entre outros.
- Time de comunicação com familiares: responsável por favorecer a relação médico-paciente-família, nos casos do Boletim Médico (sendo neste momento o termo adotado para Boletim de Saúde), Visita Virtual e Prontuário Afetivo (registro de informações pessoais no que tange à personalidade, gostos, hobbies, paixões, afetos).

Orienta-se que o referido time seja composto por:

- Boletim de Saúde: equipe psicossocial e médico;
- Prontuário afetivo: psicólogos e terapeutas ocupacionais;
- Visita virtual: psicólogos e terapeutas ocupacionais e, em casos de contingenciamento, o fonoaudiólogo.
- Time de más notícias: composto por médico, equipe psicossocial e, na sua ausência, a equipe de enfermagem. O time realizará comunicados de internação a familiares, óbito de pacientes, realização de procedimentos invasivos (intubação orotraqueal), transferências para unidades de tratamento intensivo ou definição de cuidados paliativos. Cabe ressaltar a relevância da equipe de cuidados paliativos atuar em consonância com este time e em acordo com as diretrizes estabelecidas no subcapítulo 4.3 deste Protocolo: RECOMENDAÇÕES PARA PACIENTES GERIÁTRICOS E ADULTOS JOVENS PARA AVALIAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS. Devido ao perfil de assuntos que poderão ser tratados por este time, a gestão deverá compreender situações em que o profissional sinalizar desconforto para atuar neste time, devendo ser direcionado a outro.
- Time de discussão de casos: responsável por viabilizar o giro de leitos, atuando pró-ativamente para favorecer a desospitalização e articulação com a Rede de Atenção à Saúde - RAS. Orienta-se a presença do Médico e do Assistente Social, atuando em consonância com o Núcleo Interno de Regulação - NIR.

Instituir times hospitalares visa a segurança do profissional para a realização da tarefa, evitando que a mesma tenha caráter individualizado.

Conforme disposto no Inciso X do Artigo 5 da Constituição Federal de 1988,

"Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;"

Dessa forma, para os times de comunicação com familiares e de más notícias, os profissionais que compõem essas equipes deverão assinar termos que pactuem a não divulgação de imagem, manutenção de sigilo e resguardo de privacidade do paciente, além de rigorosamente orientarem os familiares a adotarem as mesmas medidas.

O Termo de Consentimento que é apresentado ao paciente no momento da admissão na unidade hospitalar deverá ser adequado para o novo contexto de comunicação e interação com os familiares, considerando as diretrizes deste capítulo.

Os times de comunicação devem auxiliar os pacientes quanto à utilização dos recursos de mídia, como o WhatsApp por exemplo, principalmente os idosos, que possuem muita dificuldade na utilização de ferramentas tecnológicas. Por meio de uma comunicação efetiva, pacientes e familiares sentem-se acolhidos e bem informados, diminuindo a angústia e o estresse ocasionados durante o afastamento do seu círculo familiar e social. Observações *in loco* pelos profissionais de saúde corroboram que quanto mais perto dos familiares e do círculo de convivência do paciente, mais rápida é a sua recuperação e mais forças a pessoa encontra para lutar contra a enfermidade instalada.

Para se estabelecer quais estratégias de comunicação poderão ser aplicadas pelos times, será necessário classificar os pacientes:

- a) com capacidade para comunicação e interação efetiva: pacientes fora da ventilação mecânica, com hemodinâmica estável, sem uso de ventilação não invasiva frequente, sem *delirium*.
- b) com capacidade para comunicação e interação comprometida: pacientes fora da ventilação mecânica, com hemodinâmica estável, sem uso de ventilação não

invasiva frequente, que apresentem dificuldade de processar e transmitir informações, alterações cognitivas, sintomas psiquiátricos, déficit de memória, em *delirium*, déficit auditivo parcial ou total que necessitem de comunicação alternativa ou ampliada, apresentem rebaixamento de nível de consciência, comprometimentos oriundos de quadros neurológicos, etc.

- c) sem capacidade para comunicação e interação efetiva: pacientes em ventilação mecânica ou ventilação não invasiva ou hemodinâmica instável.

Orientações para comunicação de más notícias

A situação de pandemia tem trazido muitos desafios. Está sendo importante uma modificação em toda forma de trabalho para que as instituições se adequem e consigam minimizar o sofrimento vivido por pessoas, seja pela internação de um ente querido, seja pelo risco de quem está cuidando também adoecer ou pela dificuldade que a falta de interação social acarreta.

Diante de tantos fatores, faz-se necessário pensar em novas abordagens para comunicação de más notícias, já que ela pode ser tanto para o paciente que necessita ser informado da morte ou internação de um familiar próximo, quanto para familiares sobre o paciente internado (modificação do quadro, transferência para a UTI, realização de procedimentos invasivos como ou o óbito).

Para tanto, é importante que a instituição crie um fluxo com rotina de comunicação, horários das visitas virtuais, funcionamento dos boletins de saúde com horários, fluxo de dúvidas e notícias inesperadas para o familiar responsável. Recomenda-se que seja intercalado o horário do boletim e o da visita virtual.

A comunicação de óbito é ato médico, acompanhado do psicólogo ou assistente social que dará suporte e manejo às reações advindas da família ou de quem recebe a notícia. A comunicação deverá ser feita preferencialmente de modo presencial. Entretanto, devemos considerar que outras categorias da linha de frente, estarão sujeitos a realizar comunicação de más notícias, diante do cenário de contingência vivenciado.

A equipe psicossocial (composta preferencialmente de psicólogos e assistentes sociais) do hospital entrará em contato com o familiar, quando a notícia for sobre o paciente. Antes, é necessário que o profissional faça uma avaliação junto aos familiares para definir quem será a pessoa que ficará responsável por receber e repassar as notícias, indicando também um segundo responsável, caso haja alguma impossibilidade de contato com o primeiro. A avaliação deverá ocorrer através de ligação telefônica, por psicólogo ou assistente social que fará uma entrevista com os familiares, de forma a levantar dados que permitam avaliar se as pessoas escolhidas para receber a notícia tem capacidade emocional para lidar com notícias adversas e repassá-las adequadamente aos outros familiares. Esses familiares que ficarão responsáveis, precisam ter uma relação psicoafetiva com o paciente para que o contato com os profissionais e com o paciente seja efetivo na minimização do sofrimento de ambos, paciente e família. É importante pontuar também que em momentos de estresse, a capacidade cognitiva e o entendimento de informações por parte dos familiares podem estar prejudicados, por isso a escolha precisa ser feita avaliando essa situação, que só será possível através do contato com esses familiares. Em casos de pacientes curatelados por instituição, quem receberá as notícias será o responsável pela mesma.

O contato desses responsáveis ficará disponível no prontuário, de maneira que seja de fácil consulta, caso não haja equipe psicossocial no hospital. No caso de contingenciamento a equipe de terapia ocupacional auxiliará. Na ausência da equipe psicossocial, a enfermagem auxiliará o médico para esse contato:

- Antes de comunicar a notícia, procurar saber se a pessoa está sozinha, se tem mais alguém no local, se a pessoa está em condições de receber a notícia;
- Nos casos em que o familiar próximo ao paciente precisar de cuidados hospitalares ou vier a óbito, a notícia deve ser comunicada ao paciente por equipe de profissionais médico, assistente social e psicólogo, quando este estiver, avaliando-se o melhor momento e amparando as possíveis reações;
- Ao informar, seja claro e objetivo e permaneça um tempo maior para acolher as emoções e viabilizar algum desejo do paciente a outro familiar, como uma mensagem ou bilhete;
- As orientações para trâmites funerários e entrega de documentos deverá ser realizada apenas a familiares ou responsáveis e se necessário, acionar rede de apoio como vizinhos e outros familiares para acompanhá-los;

- As orientações para registro de óbito e para o funeral de paciente suspeito e confirmado para COVID-19 deverão ser fornecidas por escrito, conforme rotina já instalada nas Unidades;
- No ato do reconhecimento do corpo, os familiares deverão ser orientados a seguirem as recomendações referentes ao uso de EPI, higienização das mãos e distanciamento físico;
- Todos os procedimentos devem ser registrados em prontuário.

Orientações para o Boletim de Saúde

Durante o período da internação, deverão ser realizadas adequações institucionais para que o familiar receba o Boletim de Saúde por meio de ligação telefônica, diariamente, com linguagem acessível, a fim de se alcançar a compreensão do familiar. O time responsável estabelecerá esse contato. É necessária uma interação efetiva da equipe assistencial do setor com o time de comunicação com familiares para que seja intercalado o Boletim de Saúde com a visita virtual, de modo a favorecer as informações aos familiares, sempre que possível. Deverá ser planejado como ocorrerá o boletim de saúde e qual time deverá participar: de comunicação com familiares ou time de más notícias.

Orientações para o prontuário afetivo

Devido à dificuldade de aproximação dos pacientes com COVID19, as equipes assistenciais, em busca de um cuidado individualizado, devem instituir o prontuário afetivo, que reúne informações de todas as paixões dos pacientes como gostos musicais, sobre quais assuntos possui mais interesse (esporte, livros), seu time do coração, quais são os familiares e pessoas queridas que aguardam o momento de sua alta para recepcioná-lo. Podem ser incluídas dicas de carinho e incentivo.

Orientações para a Visita Virtual

A suspensão de visitas devido às recomendações de contenção da pandemia faz com que a experiência do paciente e seus familiares em relação à internação se torne desfavorável uma vez que, no momento em que o paciente precisar de apoio e carinho

dos seus entes queridos, ele estará afastado. Para os casos em que o paciente possui condições de comunicação a dor torna-se mais amena. Já para os casos em que o paciente não consegue se comunicar, pode-se estabelecer um sofrimento. Por isso, é necessário instituir diretrizes para que a experiência do paciente seja a menos traumática possível, como a implantação das visitas virtuais.

Uma das finalidades das visitas virtuais é atenuar os impactos negativos da hospitalização e minimizar a falta de contato com os familiares em decorrência do isolamento do paciente, diminuindo a angústia dos envolvidos. A ausência de contato da família afeta profundamente as pessoas internadas em unidade de terapia intensiva, muitas das quais irão falecer no hospital. O contato através dos meios eletrônicos passou a ser uma alternativa ética às necessárias medidas de restrição de visitas presenciais, sendo na maioria das vezes, o único meio em que familiares encontram para ter algum contato com o ente querido, que ao falecer, nem mesmo ritual de funeral e despedida lhe é permitido, acabando por aumentar e complicar o processo de luto.

Com relação ao paciente que se encontra sedado ou inconsciente, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) traz a seguinte contribuição: *“A dignidade humana não deixa de existir quando uma pessoa está em coma. A visita virtual é uma forma de resgate desta dignidade, ameaçada pela imposição do isolamento naquele que se encontra em processo ativo de morte ou severamente enfermo”*.

Para a adequada realização da visita virtual é necessária a observação de alguns aspectos para que o profissional de saúde seja um mediador eficaz dessa interação família-paciente:

- Criação de um time de comunicação com familiares e time de comunicação de más notícias, composto por dois ou mais profissionais de saúde da instituição, que possibilitará a interação do paciente em contexto de hospitalização/isolamento e seus familiares;
- É responsabilidade desse time de comunicação agir, orientar e conscientizar os demais profissionais da unidade sobre implicações ético-legais de uma inadequada exposição de pacientes em redes sociais, através de cartazes e demais meios de comunicação disponíveis;

- É imprescindível que o time de comunicação informe aos familiares a respeito das implicações ético-legais de uma inadequada exposição de pacientes em redes sociais, bem como esclarecer que a equipe não faz gravações das visitas virtuais;
- O corpo clínico deverá preencher declaração de responsabilidade (abaixo), sendo garantida a privacidade de pacientes e membros da equipe, responsabilizando-se por não realizar divulgação de imagens, bem como informações sigilosas do caso;



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu

portador do MASP nº: _____, categoria profissional: _____, me comprometo a **NÃO** divulgar dados, imagens, fotos ou vídeos das visitas virtuais realizadas aos pacientes internados na Unidade _____. Em caso de divulgação não autorizada em mídias sociais (WhatsApp, Facebook, Instagram, Snapchat, etc.), ou ainda, a terceiros, estou ciente das possíveis sanções legais descritas na lei nº: 13.709 em seu artigo 5º, II, LGPD sancionada no ano de 2018.

Local e Data

Assinatura do Servidor

Obs: Este Termo deverá ser arquivado na Pasta Funcional do Servidor

- Classificar todos os pacientes conforme capacidade de comunicação e interação, considerando-os com capacidade de comunicação e interação efetiva, com capacidade de comunicação e interação comprometida ou sem capacidade de comunicação e interação efetiva;
- Organizar a escala de atendimento, de acordo com o número de pacientes a serem contemplados, bem como a escala de profissionais voltados para as ações de comunicação nas unidades de terapia intensiva, cuidados intermediários e salas de emergência;
- Alinhar com o familiar principal de referência do paciente: o horário de realização da visita virtual, quem irá participar e demais itens necessários (carregador, fonte de energia), de forma a evitar contratempos ou ansiedade;
- Observar as questões de adequações técnicas do dispositivo eletrônico a ser utilizado (nível de carga na bateria, qualidade do sinal de internet, etc) e atentar para as higienizações do dispositivo conforme descrito no Capítulo 6: ISOLAMENTO, CONTROLE DE SURTOS E VIGILÂNCIA DE PACIENTE, ACOMPANHANTES, VISITANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, bem como local de guarda;
- Realizar paramentação, fazendo uso de EPIs necessários, conforme diretrizes assistenciais constantes neste protocolo;
- Efetuar entrevista prévia à visita virtual com os familiares que participarão da mesma, para que estejam cientes da atual condição do paciente, recebam acolhimento e orientação por parte da equipe e estejam preparados para o contato;
- Certificar-se sempre que este familiar corresponda ao paciente correto;
- Orientar esses familiares que fotos, imagens de vídeo e/ ou informações clínicas do paciente não sejam enviadas através de aplicativos de conversa ou redes sociais, reforçando as implicações;
- Proceder à visita virtual, posicionando o aparelho em uma distância adequada que permita que o paciente ouça e enxergue bem;

- Sugere-se a duração de 5 a 10 minutos por paciente. Em caso de conexão ineficiente, sugere-se a realização de chamada de áudio em viva voz, mantendo a distância adequada do aparelho. Poderá ocorrer redução, caso haja necessidade de otimizar o tempo;
- Analisar como foi a realização da visita virtual, quais pontos podem ser melhorados durante a intervenção com o paciente e familiares, de acordo com os objetivos terapêuticos estabelecidos;
- Dar sequência às visitas a serem realizadas, considerando a ordem previamente estabelecida em que pacientes com capacidade de comunicação e interação efetiva são abordados primeiro;
- Disponibilizar-se para atendimento psicológico ao paciente e aos familiares após a visita para dirimir quaisquer dúvidas e acolher a dor e angústia;
- Registrar em prontuário os participantes do time, tempo de duração e o nome do familiar que participou;
- Em caso de intercorrência no quadro clínico do paciente ou durante a realização de procedimentos propedêuticos, não deverá ser realizada videochamada, atentando sempre para a privacidade do paciente e os demais que estão no setor. Cabe ressaltar que, se a visita virtual estiver previamente agendada, deverá ser comunicado ao familiar que em breve o time realizará outro contato;
- Avaliar com antecedência a pertinência da chamada, valores e desejos do paciente e de seu familiar principal e substitutos;
- A realização das visitas virtuais aos pacientes que apresentam capacidade de comunicação e interação comprometida devem seguir as orientações anteriores, somadas às adaptações necessárias para viabilizar a comunicação, conforme quadro clínico apresentado;
- A realização das visitas virtuais aos pacientes sem capacidade de comunicação e interação efetiva devem considerar as orientações de segurança anteriores. Indica-se a realização de videochamadas com o aparelho utilizado no modo “viva voz”, ou envio de áudios gravados por familiares do paciente, que devem ser reproduzidos à beira leito;

- O profissional responsável deverá conscientizá-lo sobre as implicações legais quanto à privacidade e exposição inadequada de pacientes, bem como avaliar o impacto que tais imagens podem causar ao familiar em questão;
- Caso o familiar relate preferir não ver o paciente na sua condição atual, o profissional poderá utilizar a estratégia de chamadas de voz;

As visitas que ocorrem por meio virtual a pacientes graves devem e podem ser realizadas, respeitando sempre os preceitos éticos, principalmente sobre aqueles pacientes que estão com o quadro tão grave que, inevitavelmente, evoluirão para óbito. Em muitas situações, trata-se de um momento de despedida, evoluindo para o momento do luto, o que pode gerar muitas dúvidas e angústias. O time de comunicação, diante de uma postura ética e humanizada, deve compreender este momento, tentando auxiliar da melhor forma os familiares e os pacientes que ali se encontram, evitando a exposição do paciente a pessoas não autorizadas.

Estas diretrizes foram elaboradas segundo as boas práticas de assistência hospitalar e poderão ser alteradas mediante publicações oficiais dos Conselhos de Classe Federais ou do Estado de Minas Gerais.

3.2 Comunicação entre profissionais:

Durante a pandemia, tem ocorrido situações nunca vivenciadas pela população brasileira. Além do estresse do grande fluxo de trabalho que mobiliza emocionalmente as equipes, ainda corre-se o risco de lidar com o adoecimento de familiares, que poderão vir a ser internados no mesmo local de trabalho e com o adoecimento e morte de colegas que integram a equipe. A ocorrência de profissionais infectados e em estado grave, desencadeia na equipe sensação de insegurança, gerando dificuldades para o desempenho normal de suas funções. Nesse sentido, faz-se necessário cuidar desse profissional ou equipe que está vivenciando tal situação.

A orientação é de que se forme um Time de Apoio Emocional e Intervenção Coletiva. Essa equipe ficará a cargo de fazer acolhimento dos profissionais das Unidades, presencialmente e por telefone, oferecendo escuta na modalidade de plantão psicológico e formalizando ações que possam contribuir para minimizar o sofrimento da pessoa ou equipe, além de se fazer encaminhamentos necessários como indicações de

acompanhamento psicológico, contato antecipado para a GSST (Gerência de Segurança e Saúde do Trabalhador), preenchimento de BIM e outras ações que se fizerem necessárias.

Intervenções em grupo online são efetivas e podem fortalecer o senso de equipe e apoio mútuo, já que nesse momento é necessário o distanciamento físico. Na equipe é importante constar um psicólogo, sendo que este profissional não deverá fazer parte da equipe assistencial, podendo ser o psicólogo organizacional da instituição e outros profissionais de apoio do Núcleo de Saúde e Segurança do Trabalhador, ou até um profissional requisitado à GSST para realizar esse trabalho pontualmente.

Não existe protocolo que atenda adequadamente a situação de perda de um colega de trabalho, mas orienta-se que:

- 1- Reconhecer e validar o seu próprio sentimento: seja honesto consigo mesmo!);
- 2- Lembrar-se de que podemos ser corajosos e partilhar nossa vulnerabilidade ao mesmo tempo;
- 3- Recuperar e reafirmar o seu propósito diariamente: tenha certeza de sua presença ali não é por acaso...;
- 4- Procurar ajuda se estes sentimentos afetarem suas capacidades profissionais e humanas;
- 5- Ter esperança: esta situação irá passar.

Ressalta-se que é fundamental o apoio por parte dos coordenadores de equipes, diante das particularidades enfrentadas pelos profissionais, lembrando-se de que os processos são importantes, mas são desenvolvidos por pessoas, com sentimentos e limitações.

O momento exige intervenções, mas principalmente, empatia para enfrentamento conjunto de adversidades e superação de limitações.

“Estamos todos escrevendo esta história. Cada um tem a sua contribuição, cada um leva um pouco e deixa um pouco de si”.

Referências:

ANVISA. **Bulário Eletrônico**. 2020. Disponível em:
http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Analgesia e sedação na Covid-19**. 2020. Disponível em:
https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/julho/07/Analgesia_e_sedacao_AMIB_070720_V_V_VJS.pdf.

Diretrizes de sedação (conduta médica em Terapia Intensiva). Disponível em:
<https://pebmed.com.br/diretrizes-de-sedacao-conduta-medica-em-terapia-intensiva/>.

FHEMIG. **Plano De Capacidade Plena Hospitalar Em Resposta à Pandemia de Covid-19** – 2021. Disponível em:
http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1872:planos-de-contingencia-e-de-capacidade-plena-hospitalar&catid=1432:covid-19.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Plano “Minas Consciente – Retomando a economia do jeito certo”**. 2021. Disponível em:
<https://www.mg.gov.br/sites/default/files/paginas/imagens/minasconsciente/plano_minas_consciente_3.4.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA. **Orientação para estimativa de consumo diário de medicamentos do kit intubação, por leito, conforme doses terapêuticas preconizadas**. Disponível em:
<<http://www.sbrafh.org.br/inicial/orientacao-para-estimativa-de-consumo-diario-de-medicamentos-do-kit-intubacao-por-leito-conforme-doses-terapeuticas-preconizadas/>>.