

Desafios Diante da Abertura de Uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Cenário de Covid-19

Challenges with the opening of an intensive care unit (ICU) in the scenario of Covid-19
Retos con la apertura de una unidad de cuidados intensivos (UCI) en el escenario del Covid-19

Julyana Gall da Silva e Ana Carolina S. de Carvalho
Retextualização: Rafaela Leite Bicalho

16.07.2020

Ana Carolina Siqueira de Carvalho: professora do curso de medicina, vice líder do grupo de enfermagem e pesquisa, enfermeira e responsável técnica por uma UTI de um hospital em Petrópolis, faz mestrado na UFF e especialista em medicina intensiva.

Julyana Gall da Silva: Pós-Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ. Membro Efetivo do Grupo de Pesquisa em Enfermagem FMP/FASE (GEPENF). Membro efetivo do núcleo de pesquisa de Fundamentos do cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE) da EEAN - UFRJ, departamento de Enfermagem Fundamental (DEF - EEAN) desde 2009.

Julyana Gall da Silva: Carol a gente queria primeiro agradecer a sua presença aqui, dá um pouco desse conhecimento de algo que a gente está vivenciando, para todos os profissionais de saúde, agradecer em nome da UNIFASE, agradecer em nome do grupo GEPENF, que é sempre importante ter pessoas como você, que estão na prática atualizada sobre o assunto. Gostaria de dar início a sua palestra, avisar o pessoal que está entrando, por favor desligarem a câmera e o microfone, pra gente não ter interferência durante as palavras da Ana Carolina. E as dúvidas e perguntas que forem surgindo, indo escrevendo ao longo da palestra no chat, que ao final vou estar repassando para ela responder. Desde já agradeço a presença de todos os alunos, de todos os profissionais de saúde presentes na palestra, visto que a gente está em um tempo, alguns alunos estão de férias, outras pessoas estão trabalhando muito, mas a gente agradece a presença e prestígio de todos. Ana Carolina obrigada, quando você quiser pode começar.

Ana Carolina: Boa tarde a todos, em primeiro lugar queria agradecer pelo convite, retornar ao lugar onde eu iniciei na academia é muito bom, agradecer o convite da Juliana do grupo de pesquisa, é muito bom fazer parte, dividir um pouco de conhecimento e aprender um pouco com vocês. Então eu vou dar início a minha palestra. O tema é os desafios diante da abertura de uma unidade de terapia intensiva, uma UTI, no cenário de covid-19.

Em meados de janeiro, começaram as informações mundialmente sobre o coronavírus. Desde dezembro, mais ou menos, já estávamos nos preparando, para o que estávamos por enfrentar. Matérias de jornal já falavam das dificuldades que o corona vírus trouxe, a dificuldade de leitos de

UTI, tanto para montar, a falta de equipamentos, uma situação bem complexa que passamos nessa fase de coronavírus e ainda estamos passando.

Os grandes desafios iniciais que tivemos na UTI Covid: primeiramente as informações em excesso. Nós tivemos uma grande dificuldade, principalmente com os profissionais, porque normalmente nós fazemos um treinamento de um determinado assunto e isso anualmente é atualizado para os profissionais. Na situação do coronavírus nós tivemos que fazer treinamentos repetitivos, então existiu uma dificuldade muito grande em criar protocolos assistenciais. Hoje dentro da unidade hospitalar precisamos estar baseados nesses protocolos assistenciais, pra nortear as ações dos profissionais da área da saúde, e foi muito complexo. Como gerente de enfermagem, essa foi umas das maiores dificuldades. Como explicar pros profissionais, tantas mudanças em tão pouco tempo. Como explicar um tema de uma semana atrás, tudo o que modificou em uma outra semana. Isso compromete bastante a assistência. Mas é uma coisa inerente da doença, que é uma doença nova, que acaba trazendo realmente muitas dificuldades, cada semana uma descoberta nova.

O que que são protocolos assistenciais? Na enfermagem é um instrumento muito necessário, e no hospital, num todo, são necessários para nortear os procedimentos. Esse protocolo assistencial como eu disse, é que vai nortear a enfermagem, como fazer cada procedimento, passo a passo.

Treinamos os enfermeiros, treinamos os técnicos de enfermagem, fizemos treinamentos ligados com a fisioterapia, com a recepção, com a higiene. Nesse momento precisamos unir forças, para conseguir dar continuidade nesses treinamentos e para todo mundo falar a mesma língua dentro do hospital.

Passamos por dificuldades de exigências da vigilância epidemiológica, partes burocráticas muito trabalhosas. A vigilância epidemiologia ajudou muito, nesse sentido, mas nós precisamos notificar todos os casos de coronavírus. Então, surgem as dúvidas: quem é o profissional notificador? Quem é o profissional responsável por identificar os sintomas e apontar que aquele paciente é suspeito de Covid ou não? Nós precisamos muito da ajuda da vigilância epidemiológica, e precisamos muito também do envolvimento da equipe multidisciplinar, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas. Muitas pessoas ainda acham que é só uma pessoa, que norteia os cuidados, e na verdade não é. A gente precisa trabalhar em equipe para conseguir desenvolver as habilidades, até para prestar uma qualidade assistencial melhor para o paciente.

Então, quem é o profissional notificador? A notificação é compulsória. Identifiquei que o paciente está com suspeita de Covid tenho que notificar ele imediatamente. Ela pode ser feita por qualquer profissional de saúde, mas neste hospital onde nós abrimos a UTI de Covid, nós definimos através desse protocolo que os médicos são responsáveis pela notificação dos pacientes e os enfermeiros plantonistas são responsáveis pela notificação dos funcionários que se contaminaram por Covid.

Além de treinamentos burocráticos, tiveram treinamentos práticos. Inicialmente tivemos o treinamento sobre a intubação orotraqueal, que no início foi um procedimento novo, que a gente teve que implantar mudanças para se adaptar a esse cenário do Covid. A primeira mudança da intubação é utilizar uma equipe reduzida. Procuramos no protocolo, colocar que seria um médico, o fisioterapeuta, um enfermeiro e somente um técnico de enfermagem, para a gente reduzir o número de pessoas expostas ao Covid, ao risco de contaminação. A necessidade de experiência profissional, porque a intubação tem que ocorrer de forma rápida, para reduzir os aerossóis. E até mesmo para garantir uma melhor qualidade de assistência para esse paciente, a agilidade é um fator importante. A equipe tem que estar muito treinada. Nós chamamos “time de resposta rápida”, a formação de uma equipe para agir prontamente nessas situações, principalmente intubação. Nós tivemos que inserir dentro do material de intubação uma pinça para clampeamento do tubo orotraqueal. Para quem não sabe, essa pinça serve para reduzir o risco de secreção sair do tubo e contaminar outras pessoas. Então é toda uma técnica para a gente intubar e não gerar aerossóis ou gerar de uma menor forma possível.

É um fato muito interessante nos treinamentos, conseguir explicar para os profissionais a necessidade de reduzir os aerossóis e com isso não utilizar o AMBU. Eu não sei se todos são profissionais da área da saúde, se todos já passaram pela disciplina de saúde do adulto, UTI e emergência. Mas, o AMBU é um equipamento para a gente fazer a ventilação manual o paciente. É uma coisa utilizada em todos os procedimentos de PCR. Só que nesses casos, evitar o uso para reduzir a geração de aerossóis. Esse foi um grande desafio, porque mudar uma cultura e sensibilizar os profissionais para mudança de pratica é uma etapa bem complicada. Nós pedimos um médico da própria UNIFASE para fazer o treinamento e foi muito satisfatório, as pessoas saíram com outra cabeça e prontas para encarar essas situações de intubação.

Em relação a gestão dos profissionais de saúde, continuamos com os treinamentos. Utilizamos os treinamentos de posicionamento prona. Esse posicionamento é muito utilizado para os pacientes de COVID, por melhorar os parâmetros respiratórios e facilitar a abertura dos alvéolos pulmonares. Com isso tem uma melhora de troca gasosa, que reduz o tempo de intubação do paciente. Esse procedimento era pouco utilizado dentro das unidades, então tivemos que passar por um treinamento de alguns dias envolvidos com a fisioterapia para conseguir chegar à conclusão de treinamento.

Fizemos o treinamento de coleta de SWAB. Hoje o SWAB é um meio utilizado como padrão ouro do Covid 19 para identificar se o paciente é positivo ou negativo. O método de coleta desde o início do Covid até hoje já mudou 4 vezes. Então, inicialmente nos coletávamos 3 swabs. Um para cada narina e um para orofaringe. Depois passou para 2 swabs, 1 da narina e outro para orofaringe. E atualmente nos usamos 1 swab para 2 narinas.

Essa é a dificuldade. Toda semana tem novidade, há mudança da prática, de protocolos e fluxos. Tivemos treinamentos sobre como notificar, sobre como paramentar e desparamentar. Aprende na disciplina de fundamentos da faculdade, como paramentar e desparamentar e parece uma coisa tão simples. Mas, o profissional envolvido nessa situação e no risco de poder se contaminar até com a paramentação e desparamentação, é uma coisa difícil de ser realizada. Então nós intensificamos os treinamentos nesse sentido.

Agora vamos falar sobre recursos humanos. Uma grande dificuldade encontrada nesse tempo de Covid foi a escassez de profissionais. Porque mesmo com tanta gente que se forma _ e nós temos tantos técnicos e enfermeiros no Brasil e no mundo_ com o crescente dos casos de Covid, abriram muitas unidades e hospitais campanha, a demanda por profissionais aumentou. Aqui em Petrópolis abriu uma unidade específica para Covid, um hospital específico para Covid, e com isso ocorreu um aumento da oferta de empregos e vagas para esses profissionais. Nesse sentido ficou difícil a contratação porque os profissionais na maioria das vezes já estavam alocados em algum outro hospital. Nós também abrimos mais 11 leitos de UTI, então, tivemos que aumentar a equipe inteira. Essa foi uma dificuldade muito grande encontrada nessa pandemia.

Outra dificuldade foi a pouca ou nenhuma qualificação específica para a UTI. A formação inicial, em geral, é pouco voltada para intensificação, para UTI, e isso dificulta a composição de quadros, porque é muito complicado colocar um funcionário que não tem muita experiência numa situação onde os treinamentos são mais focados para o Covid, e temos poucos profissionais com experiência nos cenários de UTI. Assim intensificamos o treinamento. Tivemos muitos profissionais contaminados com Covid e o afastamento de diversos profissionais.

Se pensar que existe uma escassez de profissionais devido o aumento da oferta do emprego, e ainda temos que contar com o afastamento de diversos profissionais, inclusive por doenças psicológicas _ lidar com o óbito de profissionais e pessoas que são próximas no ambiente de trabalho. Existiu também uma sobrecarga dos profissionais durante o plantão, tanto pela falta do colega, quanto pela carga horária, que acabou sendo aumentada com plantões extras. Então, percebemos a sensibilização dos profissionais na falta, na ausência de outro colega. Os profissionais se oferecem para fazer plantões extras e com isso eles acabam sobrecarregados. O cansaço e o comprometimento da saúde mental foram fatores muito associados ao Covid e até hoje, mesmo com a “normalidade agora da doença”, tendo se adaptado à todos os protocolos e à prática dessas unidades, ainda percebemos que os profissionais têm muito comprometimento da saúde mental.

Em relação ao dimensionamento de profissionais, na enfermagem o COFEM cobra de todo responsável técnico que exista dimensionamento de profissionais de enfermagem. O que isso quer dizer? Que eu tenho uma fórmula que me diz quantos profissionais, tanto enfermeiros como técnicos de enfermagem, eu tenho que ter dentro de uma UTI para prestar um cuidado de qualidade.

Junto com essa solicitação do COFEM, nós encontramos RDC Nº 26 de 2012, que é uma resolução um pouco antiga, mas que ainda é vigente. Então, administrativamente, nós estamos em um conflito entre seguir os dimensionamentos de profissionais que o conselho federal de enfermagem solicita ou seguir a RDC Nº 26. Essa RDC diz que temos que ter um enfermeiro assistente a cada 3 leitos e um técnico de enfermagem a cada 2 leitos. Então uma UTI com 10 leitos, teria que ter pelo menos pela RDC, 5 técnicos de enfermagem e 1 enfermeiro. Porém dentro dessas unidades, temos escalas que são utilizadas especialmente nas UTIs. Uma delas é o NAS (nurse activity score) e o TISS28. O NAS e o TISS sempre dão resultados de quantitativo de profissionais maior do que a RDC preconiza. É muito importante refletirmos sobre essa situação, isso é um ganho que a enfermagem ainda precisa lutar para conseguir ter um quantitativo de profissionais ideal diante dessa pandemia.

Tivemos a dificuldade tanto na contratação, pela escassez de profissionais, como em seguir o dimensionamento correto porque a RDC diz uma coisa e o dimensionamento pelo CONFEM cita outra. Então na nossa unidade não tivemos falta de profissionais. Seguimos a RDC por conta dos extras que tivemos que abrir para os funcionários trabalharem além da carga horária deles. Porém existe sim o comprometimento da qualidade assistencial pela ausência de profissionais, isso é um problema mundial e aqui em Petrópolis não seria diferente. A sobrecarga profissional, quando existe uma falta de profissionais em excesso, que a gente chama de taxa de absenteísmo mutual. Acaba que os profissionais assistem mais pacientes do que eles podem até mesmo conforme a resolução da RDC. Então muitas vezes o profissional assume mais de 2 pacientes e isso sobrecarrega o profissional e compromete a qualidade assistencial.

Nós seguimos algumas orientações da Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB) sobre o treinamento de profissionais de outros setores. Tínhamos um setor de clínica cirúrgica e um setor de centro cirúrgico, onde intensificamos o treinamento dessas pessoas e acabamos trazendo profissionais mais experientes para dentro da UTI. Esse foi um dos recursos utilizados para manter uma quantidade de profissionais ideais. Porém essa estratégia de treinar os profissionais que nunca tiveram contato com a UTI segundo a própria AMIB é um risco estratégico. Mas em comparação aos riscos relativos do absenteísmo, tem um ganho. É melhor que a gente tenha um funcionário com mais dificuldades, mas que possa se adaptar com um colaborador e com um profissional de mais experiência, do que contar com o absenteísmo, que é a falta desses profissionais.

A AMIB recomenda a mesma situação, que a partir desse momento que estamos em pandemia, nós deveríamos deixar, abrir mão da RDC Nº 26, que dá um quantitativo menor de profissional para atingir o dimensionamento de acordo com o NAS e o TISS. Só que tivemos muita dificuldade para alcançar essa quantidade.

As mudanças em fluxos e protocolos... agora é a parte mais curiosa para quem não trabalha em UTI. Existe essa curiosidade de como é feita a entrada e a saída de uma unidade, como os profissionais se

paramentam e não se paramentam, onde e o que que mudou dentro dessas unidades. Então, em relação a como entrar nas unidades exclusivas de Covid, fizemos uma estratégia que deu muito certo. Tínhamos um centro cirúrgico _ e ele existe ainda, porém com essa situação de pandemia todas as cirurgias eletivas foram canceladas e o centro cirúrgico foi desativado como centro para Covid. Em primeiro lugar, para que conseguíssemos atender as exigências, tanto do Ministério da Saúde quanto da ANVISA e da vigilância sanitária, o primeiro pensamento foi o conforto dos funcionários.

Como vamos manter as pessoas que estão na linha de frente com o mínimo de comodidade possível e com condições de trabalho necessárias? Então, como entrar nessas unidades exclusivas de Covid? Nós temos um vestiário exclusivo desses colaboradores de unidade de Covid. Eles entram nesse vestiário com a roupa normal que vêm da rua, de casa, e eles trocam essa roupa. A roupa de casa não tem contato nenhum com o uniforme que eles utilizam dentro da unidade hospitalar. Disponibilizamos uniformes exclusivos para esses colaboradores de unidade de Covid que chamamos de “pijamas” por serem mais confortáveis. Então, o profissional entra nesse vestiário, troca a roupa e coloca esse uniforme do hospital. O colaborador não leva esse uniforme para casa, não lava em casa para tentar reduzir o contágio desse profissional e dos familiares dele, e até a propagação do Covid. Como eles utilizam esse uniforme? Esse uniforme é utilizado quando o colaborador vai entrar na unidade de Covid. Quando ele precisa sair dessa unidade para comer, para necessidades fisiológicas e até para descanso, ele tira esse uniforme e coloca para lavar e entra novamente no vestiário para colocar uma outra roupa para ele seguir com a atividade dele, seja ir ao banheiro ou o que for.

Em relação a paramentação e a desparamentação, tivemos que criar um lugar, uma antecâmara para realizar a paramentação e a desparamentação dentro dessa unidade exclusiva de Covid. Então, o colaborador tem espaço, tem bancadas com todo o EPI necessário para utilização e ele tem o espaço e locais identificados com paramentação e desparamentação. Então não é um procedimento que nós fazemos dentro da unidade de Covid, sempre é do lado de fora em um lugar identificado.

E quando utilizar cada equipamento de proteção individual? Essa também foi uma grande dificuldade do início porque antes de abrir uma unidade de Covid tínhamos três UTI's onde os pacientes acabavam chegando com o diagnóstico de Covid e a discussão sobre os protocolos já existentes do Ministério da Saúde era: qual tipo de EPI vai utilizar, vai utilizar N95, vai utilizar máscara cirúrgica, vai usar capote impermeável, não vai usar capote impermeável? Então, o treinamento foi uma atitude, uma estratégia essencial no Covid. Definimos através de protocolo o que cada profissional dentro do hospital utiliza de EPI em cada situação. Na unidade exclusiva de Covid, o colaborador fica paramentado as 12 horas de plantão dele. No caso dos técnicos de enfermagem, os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas ficam 24 horas paramentados dentro dessa unidade. Aí provavelmente vão surgir as perguntas, eles ficam 24 horas com essa roupa? Como eles fazem para realizar as outras

atividades? Nós fizemos um limite de uniformes para cada profissional, para poderem retirar durante os plantões. Então, tinha uma quantidade de vezes para ir e trocar e sair da unidade até mesmo para poder tomar um ar diferente e não ficar em um setor fechado direto.

As modificações afetaram os outros setores também. Em relação à farmácia, temos ainda muitos óbitos por conta do Covid e a dúvida desde o início era: o que que nós vamos fazer com a medicação que sobra desse paciente de óbito, de um paciente que recebeu alta ou de um paciente que foi transferido? Como determinação do Ministério da Saúde, seguimos todas as recomendações. São realizadas a assepsia quando o paciente vai a óbito, e elas são entregues à farmácia e a farmácia lida de acordo com o protocolo deles, com o repouso dessas medicações durante um determinado tempo que, se não me engano são sete dias, até retornar para o estoque como uma medicação não contaminada.

Em relação à nutrição, a enfermagem e a nutrição entraram em um acordo de não expor tanto os profissionais. Sendo assim, o setor de nutrição encaminhava a alimentação para o setor de Covid e os técnicos de enfermagem e enfermeiros e até toda a equipe, todo mundo funcionando muito junto e muito unido, fornecia alimentação desse paciente sem que as copeiras precisassem entrar dentro dessa unidade.

Então, um pensamento muito importante nesse momento de Covid, na montagem dessa UTI, é realmente **a união dessas equipes**, para a gente tentar expor o menos possível os profissionais, para reduzir até a propagação desse vírus.

O setor de recepção foi um setor que teve que mudar fluxo e protocolos já existentes porque o prontuário não pode sair dessa UTI de Covid e ir direto para mão de outra pessoa. Esse prontuário tem que ser ensacado e identificado, fica em repouso também por alguns dias até ele ser encaminhado para as mãos dos colaboradores da recepção. Em relação à higienização, nós encontramos bastante dificuldade porque são muitas novidades para as pessoas. Tivemos que treina-las também, para entender a gravidade da doença e saber o que exatamente fazer em cada sentido, em cada momento. Por exemplo, quando um paciente vai a óbito ou quando ele sai do leito por algum motivo, por transferência ou alta, este leito tem que ficar fechado durante 03 horas, antes de ser iniciada a limpeza.

Então, são rotinas que não existiam, imagina, você acostumado a ir para o seu trabalho e todo dia fazer aquela rotina de um momento para o outro tudo mudou. São rotinas novas e uma percepção muito importante é que os profissionais de saúde estiveram poucos resistentes para estas mudanças. Em vista desta pandemia todo mundo se uniu para tentar se adaptar aos protocolos mesmo com a dificuldade destas mudanças constantes. O setor central de material de esterilização se modificou também, tiveram muitas mudanças de fluxo. As bacias utilizadas para dar banho nos pacientes, os

patinhos, as comadres não podem descer mais para a central de material de esterilização, eles tem que ficar no setor com o paciente, fazendo a limpeza dentro do próprio setor. Estas são recomendações do próprio COFEN.

A hemodiálise também é um fator muito importante, tem um documento da AMIB que diz que 23% dos pacientes que são graves com Covid evoluem para insuficiência renal aguda e com isso a hemodiálise dentro deste setor é uma constante muito grande. Para vocês terem uma noção, anteriormente, nós tínhamos de 3 a 4 pacientes por semana, realizando hemodiálise, dependendo do período. Hoje na UTI tiveram semanas que tínhamos 8 ou 10 dentro só da unidade de Covid. Assim, o número de hemodiálise subiu muito e precisamos aprender a lidar com esta situação da hemodiálise também, porque são muitas máquinas ocupando muito espaço. O protocolo para retirada destas máquinas para uma sala específica indica que tem que ser feito toda uma assepsia da máquina, então, realmente muito trabalhoso ainda.

O setor de transporte também sofreu com muitas mudanças de fluxo e protocolo, pela necessidade de encaminhar o paciente para outra unidade quando ele recebe alta e ainda ele é um paciente que tem que estar em isolamento. O nosso protocolo de isolamento de Covid são 14 dias de sintomas passados, ele recebe alta de Covid. Mas após a alta de Covid ele fica 07 dias em isolamento pelo fato ele ter tido contato com outros pacientes e profissionais. Então, quando o paciente recebe alta da UTI de Covid, pode ser transportado para outro hospital do município, mas precisa continuar mantendo os mesmos cuidados. Então, também houve treinamento do pessoal de transporte.

Em relação aos indicadores todos os protocolos criados a partir de fluxos eles geram indicadores. E, para que não sabe, os indicadores são ferramentas utilizadas para medir o nível da qualidade assistencial prestada. Um indicador que é alarmante é o aumento de incidência de lesão por pressão. Esta é uma incidência muita alta dentro da unidade de Covid por isso temos preconizado dentro das UTIs mudança de decúbito de 2 em 2 horas, para evitar o aparecimento de lesão por pressão. Só que como o paciente do Covid é muito instável e muitas vezes tem que estar na posição prona _ nesta posição o paciente fica por no máximo 16 horas pronado, é uma situação que a gente não consegue fazer essa mudança de decúbito. A gravidade dele, a estabilidade dele, hemodinâmica tudo isso também contribui para o aparecimento dessas lesões por pressão. Então, nós identificamos que o índice de lesão por pressão aumentou muito devido à instabilidade desse paciente, a dificuldade de realizar a mudança de decúbito e até mesmo por ele ficar muito tempo pronado. Foi identificado também através desses identificadores que os pacientes são de alta dependência, o que quer dizer isso? São pacientes que necessitam de cuidados, totalmente dependentes dos cuidados, tanto da enfermagem quanto da fisioterapia como dos outros profissionais. Isso demanda mais tempo de cuidado e mais gravidade do paciente.

Em relação aos materiais e equipamentos, foi uma dificuldade encontrada. Todos os pacientes entubados ou traqueostomizados diagnosticados com Covid, precisam fazer o uso do “Trachcare”, que é um sistema de aspiração fechado. Por que é utilizado? No paciente de Covid, ou paciente com qualquer outra doença respiratória que possa disseminar infecção, ele precisa ser aspirado na forma de sistema fechado, porque se retirar o paciente, desacoplar do tubo, do respirador e ficar com o tubo aspirando isso pode gerar aerossóis, então aumenta o risco de contaminação. Por isso, a utilização do “Trachcare”. O “Trachcare” é sempre utilizado nas UTIs, nesses casos de doença, no caso de PEEP > 10 ou 11. Só que imagina, uma coisa que era utilizada em 3 ou 4 pacientes, passa a ser utilizada em 10 pacientes. Temos que ter bem estabelecido quando troca, como utiliza, para prestar uma assistência adequada para esse paciente. Os frascos de aspiração dessas secreções têm que ser descartáveis e isso também é um problema porque, diante dessa pandemia ficou muito difícil para o setor de compras hospitalar a obtenção desses materiais, a falta no Brasil no geral foi muito grande. Os materiais próprios para cada paciente, como já falei para vocês, o paciente utiliza uma bacia para tomar banho no leito, e essa bacia é dele até o momento da sua saída da UTI, a redução do uso do AMBU, enfim.

O ar condicionado é uma discussão muito grande, porque tem algumas unidades que não utilizam ar condicionado nas unidades exclusivas de Covid. Porém a AMIB fala do uso de ar condicionado com o filtro direcionado, e essa foi até uma medida que nós utilizamos. Manter o ar condicionado de acordo com a CCIH, com essa forma de filtro direcionado porque é um setor muito fechado, os profissionais com muitas vestimentas, eles usam uniforme, usa a vestimenta por cima, que é aquela vestimenta plástica, que gera muito calor, e sem o ar condicionado estava muito difícil. Então, nós fomos atrás de estudos, juntos com a rotina médica do hospital, com o setor de comissão de controle de infecção hospitalar para averiguar o risco-benefício dessa situação. Alguns estudos apontaram como cancelado o uso de ar condicionado em algumas unidades. Seguindo algumas linhas de estudos, aumentou a transmissão de outras bactérias, como a MRSA, outras bactérias multirresistentes. Então tem que avaliar o custo-benefício nessa situação, apesar de ser uma situação muito discutida, se usa o ar condicionado ou se não usa, nessas unidades. A nebulização e oxigenoterapia foram canceladas dentro dessas unidades. Hoje o paciente que dá entrada respirando em ar ambiente quando ele precisa de oxigênio, ele usa somente aquele catéter de oxigênio tipo óculos, que não gera aerossóis, mais máscara de Venturi, VNI, que é um procedimento muito utilizado pela fisioterapia. Todos esses procedimentos que geram aerossóis foram cancelados dentro das unidades exclusivas de Covid. O uso racional de equipamentos de proteção individual, essa é uma luta muito grande, porque realmente precisamos ser racionais nesse momento pela falta de EPIs para compra.

No início, tivemos muitas dificuldades com a gramatura dos capotes e com a impermeabilidade. Infelizmente, no Brasil ainda existe, talvez seja considerado uma falta de respeito em relação ao que

se vende. Então a pessoa, muitas vezes, nós testamos mais de 20 capotes tanto em relação a gramatura quanto em relação à impermeabilidade, acredito que uns 30 a 50, e somente uns 10 funcionaram realmente com a função de impermeabilidade. Então houve muito disso, uma venda de um capote em um valor muito alto, e que não era o que estava descrito, que não tinha a impermeabilidade necessária. E como fazemos os testes de impermeabilidade dos capotes? Isso também é importante. Todo mundo pensa que permeável é só colocar água em cima, se não passar está impermeável, mas não é. Fazemos o teste com desodorante aerossol para ver se passava aerossóis para roupa do colaborador, muitos passaram. Muitos passaram água, mesmo com a descrição de impermeável. Nesse momento de testes, é muito importante contar com a opinião do profissional da área da saúde, porque às vezes quem está na parte da burocracia, pela leitura da descrição do produto está OK, mas no teste não está. Então, trabalhamos muito com a opinião dos colaboradores de trabalho tanto da enfermagem, quanto da medicina, quanto da fisioterapia, quanto da higiene, todo mundo opinava sobre os EPIs.

Agora uma situação muito importante é sobre a apresentação dos medicamentos. Não sei se é do conhecimento de todos mas teve falta no mercado de noradrenalina _ que é uma medicação utilizada para controlar a pressão arterial dos pacientes; de fentanil _ que é o opioide utilizado para os pacientes graves; e o midazolam _ um benzo diazepínico sedativo, utilizado na UTI, tanto para manter o paciente sedado, quanto para sedar na hora da intubação. O midazolam por exemplo, a prescrição do protocolo dentro dessa unidade hospitalar são 250mg. E tínhamos ampola de 10ml, que tem 50mg por ampola, e utilizávamos 5 ampolas de midazolam para fazer um dripping. O dripping é a solução que fazemos para colocar para infusão do paciente, é a medicação. O midazolam nessa unidade que eu trabalho, ele é feito de forma pura e sem diluição, só que com essa dificuldade toda da pandemia, as apresentações da ampola de 50mg em 10ml acabaram no mercado e com isso o setor de compras conseguiu a compra do midazolam mas em outras apresentações, ampolas de 5ml com 5mg por ampola. Essa foi a maior dificuldade sem dúvidas da equipe técnica, por que? No dia a dia, por mais que seja incentivado o pensamento crítico-reflexivo do que você está fazendo, às vezes os profissionais são muito mecânicos. Então, a gente está acostumado a fazer a medicação midazolam prescrito são 5 ampolas de 10ml, e do nada me aparece uma apresentação de 5mg em cada ampola de 5ml, e aí surgiu um treinamento de novo, por que? Quando eu tenho um midazolam de 5mg em 5ml, a minha quantidade de ampolas muda, eu tenho que utilizar 50 ampolas de midazolam nessa apresentação para chegar à solução final que são 250mg, e aí, com isso, o ml/hora fundido para o paciente tem que aumentar em 5 vezes. Então, você imagina os colaboradores profissionais que faziam a medicação de uma forma que eram 5 ampolinhas, hoje diluir, utilizar 50 ampolas para formar uma solução e ainda ter que aumentar em 5 vezes o ml/hora infundido para o paciente. Ou seja, normalmente, o DORMONID puro, que é o midazolam, DORMONID é o nome comercial, começa entre 5 e 10ml/hora para o paciente, a gente programa esse valor em uma bomba

de infusão e com essa apresentação de ampola de 5ml, nós tivemos que começar na prescrição anterior a 5ml/hora com essa apresentação era 25ml/hora. Então, assim, acaba que a área de saúde não é só prestação do cuidado, é o cálculo matemático, nós tivemos que sentar e fazer regra de três e apresentar para a equipe como que isso ia funcionar daqui para a frente. Não satisfeito, no mercado acabou a ampola de 5ml também. Surgem as ampolas de 3ml que possuem 15mg, e muda tudo de novo, porque como tem 15mg em cada ampola, para atingir a solução final precisa de 17 ampolas. Então, uma grande dificuldade dentro dessas unidades de Covid são as mudanças, as apresentações. O fentanil que não tinha no mercado teve que ser substituído por outras medicações, o midazolam teve que trocar por propofol, que são medicações usadas em outros casos, como outras alternativas. A falta dos insumos e das matérias primas no mercado influenciam diretamente na nossa prática.

Como manter o bem-estar desses profissionais alocados nessas unidades? Essa foi uma preocupação muito grande. Administrativamente tivemos muito apoio para conseguir realizar e adaptar uma unidade para o Covid. Fechar um centro cirúrgico não é uma coisa fácil, adaptar ele para favorecer o bem-estar do funcionário também não é uma coisa fácil, mas conseguimos. Costumo dizer que temos que provar para a administração sobre o conhecimento, quando mostramos o conhecimento, o resultado daquilo, e o que que aquilo pode beneficiar, mostrando o custo-benefício, as coisas são mais fáceis de serem conquistadas. Então, o que vestir e onde vestir um pijama exclusivo para essas unidades, o colaborador não utiliza o sapato dele dentro da unidade onde ele fica e pode descansar, onde ele pode se alimentar e pode ir no banheiro. O sapato dele contaminado fica do lado de fora. Onde se alimentar? Nós estruturamos uma área no centro cirúrgico como se fosse uma copa para o colaborador se alimentar, fechamos com a nutrição, que foi muito parceira nesse sentido, por oferecer uma alimentação diferenciada para esses colaboradores que estavam sob tanta pressão. Porque, além de lidar com pacientes muito graves, eles estavam 12 horas ou 24 horas paramentados com aquela roupa quente, muito quente e o cansaço deles era evidente. Então, pensamos como beneficiar esses profissionais de alguma forma? Como fazer para beber água? É uma pergunta que já fizeram várias vezes. Tínhamos um bebedor no setor de UTI de Covid, porém proibimos a utilização desse bebedouro para os profissionais porque ele está dentro de um setor contaminado, a roupa dele pode estar contaminada pelos próprios pacientes, e por eles mesmos, então como ele iria beber água dentro desse setor? Então ficou definido que ele tinha que sair desse setor exclusivo de Covid para poder ir para esse outro setor adaptado que era esse antigo centro cirúrgico para poder beber água, realizar as necessidades fisiológicas, inclusive descansar. Em relação às necessidades fisiológicas, muitas vezes, perguntam como é que eles fazem. Realmente observamos uma redução de idas ao banheiro e até mesmo para beber água, acredito que futuramente vão surgir estudos falando sobre o comprometimento desses profissionais por conta dessa redução, não realizar as necessidades fisiológicas em tempo hábil. O descanso deles tentamos fazer de uma forma bem

confortável, onde as camas tivessem bem separadas, porque mesmo eles não estando na área de Covid, tínhamos que manter o isolamento de pessoas. Então, até hoje eles descansam em lugares bem distantes um do outro, mas com conforto. A vestimenta deles, eu vi várias vezes na televisão mostrando aquela vestimenta tipo de um astronauta, é essa mesmo que nós utilizamos no início. E como nós fizemos para garantir que essa vestimenta fosse confortável? Eu não posso dizer 100% que todas as vestimentas foram tão confortáveis como nós queríamos. Porém, para garantir isso aos profissionais nós fizemos teste, dávamos as vestimentas por 12 horas e pedíamos o parecer deste colaborador, e quando o parecer deste colaborador era negativo, tirávamos ela de uso. Por exemplo, muitas vestimentas encontradas no mercado rasgavam, e quando elas rasgam, elas aumentam o risco de contaminação do profissional. Então, foi um embate muito grande com o setor de compras e o setor de compras com esses fornecedores, porque lutamos a todo momento para os profissionais conseguirem ter um mínimo de bem-estar possível.

Outro grande desafio foram os casos de exposição e contaminação. Por muitas vezes nas unidades que não eram de Covid mas eram UTI, foram admitidos pacientes com diagnósticos de infarto, insuficiência cardíaca e com 2 dias de internação o paciente começava a apresentar sinais de Covid. Quando esse paciente apresentava sinais de Covid era realizado todo o protocolo, notificação, coleta de swab, referência para o setor de Covid ou à unidade de coorte de isolamento de possíveis Covid. Mas até chegar à conclusão de que era suspeito ou não era suspeito, muitos profissionais foram contaminados com esse tempo. Outra dificuldade muito grande que encontramos e é um conselho que eu dou para quem não é profissional e para quem é: às vezes você acha que a burocracia é algo pode passar despercebida. A falta de comunicação à respeito das notificações dos pacientes com Covid, por exemplo. As vezes o paciente vinha de uma unidade do município para nossa unidade, sendo que ele já era notificado na epidemiologia como suspeito de Covid só que essa informação não era passada. Então, assim, a informação a esses profissionais da área da saúde sempre foi muito importante mas nesse momento é uma coisa que merece destaque, sem dúvidas, porque você não passar a informação de que um paciente é suspeito, você não compromete só uma equipe, são várias equipes, vários pacientes que estão no mesmo local. O manejo dos casos de exposição proporcionando maior conforto ao profissional, então esse manejo quando o paciente é suspeito nós o tirávamos dessa UTI e passávamos para uma unidade de suspeito ou confirmado de Covid.

Outra atitude que tomamos em relação ao Covid foi a assistência dos profissionais doentes. No princípio se lia pouco sobre essa assistência dos profissionais, era mais sobre os pacientes, a gravidade dos pacientes. Mas nós tomamos a medida de notificar, coletar swab, dar toda a assistência necessária, tanto psicológica quanto a preocupação de como o paciente está. Existiu muito monitoramento dos sintomas do profissional da saúde para saber, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º dia, como estava em relação à doença. Eu acho que isso contribuiu positivamente tanto para os profissionais quanto para a instituição. Ter a preocupação pelo outro é muito importante, mas pelos

profissionais que estão na área de frente em um momento tão fragilizado e tão delicado é muito importante. Saber que a instituição se preocupa com eles, que ele não é apenas mais um funcionário, é o funcionário que merece todo cuidado.

As estratégias utilizadas dentro das unidades foram as equipes “limpas” e de “isolamento”, o que é isso? Quando existia um paciente suspeito de Covid dentro de uma unidade clínica, ele ficava em um box de isolamento, esse box de isolamento era visitado somente por um técnico. Um técnico de enfermagem e um enfermeiro eram exclusivos dessa unidade de isolamento. Fizemos a outra estratégia que foi a coorte de casos suspeitos e confirmados. Como eu expliquei para vocês, um paciente confirmado fica 14 dias de sintomas em isolamento, após o 14º dia ele vai para uma outra unidade para ficar mais 7 dias em isolamento. A gente chama “unidade pós Covid”, identificamos ela dessa forma. Nessa instalação os profissionais fizemos também instalação para descanso, alimentação e idas ao banheiro, fizemos também instalação para banho. No final de cada turno, todo profissional é obrigado a tomar banho antes de sair dessa unidade de Covid, com fornecimento de uniformes, monitoramento de temperatura na entrada e na saída do turno de cada profissional, e os treinamentos intensos.

Dentre todos os itens, todos são muito importantes, mas os treinamentos foi a estratégia mais eficaz nesse momento. A gente consegue comprovar que sem treinamento a gente não conseguiria chegar em um consenso do que era melhor tanto para o profissional quanto para o paciente. Isso foi realmente muito importante.

A saúde mental dos profissionais foi um grande desafio, nós passamos por situações em que os profissionais solicitavam remanejamento de setores, ou seja, eles pediram muito para sair das unidades de terapia intensiva para ir para um setor aberto. Pela sobrecarga e pela pressão dentro dessas unidades, estivemos muito dispostos a ouvir o que o colaborador gostaria. Quanto aos colaboradores escalados na unidade de Covid, tentamos mesclar os colaboradores com mais prática, e no final de cada mês perguntamos, vocês querem sair da unidade de Covid? É importante receber esse feedback do funcionário, porque nós como gerentes, nós não podemos pensar que o colaborador é somente daquele local. Será que aquilo está fazendo bem para ele, será que ele quer continuar? E para nossa surpresa, os colaboradores escalados nas unidades exclusivas de Covid, na maioria das vezes não queriam sair das unidades de Covid. O comprometimento deles com esses pacientes foi notório, e a alegria deles em ver que eles estão realmente na linha de frente, atuando na melhora da saúde desses pacientes. Tivemos solicitação de demissão de colaboradores após o contato com o Covid, percebemos que muitas pessoas ficaram muito reflexivas após o Covid, devido a tantos óbitos, tantas complicações e a sensibilização dos profissionais com os pacientes. Os profissionais que foram acometidos pelo covid é notória a preocupação deles com os outros pacientes, será que eu estou fazendo o meu melhor, estou prestando a assistência necessária?

Obrigada a todos.

Julyana Gall da Silva: Carol como sempre brilhante! Quero agradecer pela palestra esclarecedora, várias coisas indagadas no dia a dia você acabou respondendo. Vou te passar umas perguntas que foram feitas e você pode responder. Primeiramente, sobre a posição prona que colocamos o paciente, dentro desse quesito tem uma pergunta sobre o prognóstico. Como é o prognóstico desse paciente, tendo que ver o custo-benefício, sendo que vai gerar algum tipo de lesão para esse paciente.

Ana Carolina: Então, vou falar pelos dois lados. Pela enfermagem, a nossa lesão por pressão é uma coisa que eu tento com todos os esforços reduzir. O paciente realmente sai com muitas lesões por pressão, mas o prognóstico dele em prona tem sido muito satisfatório, é muita dificuldade para pronar o paciente, são muitos profissionais envolvidos no procedimento, é como mostrei para vocês é uma interação de fisioterapia, médicos, técnicos e enfermeiros, mas vale a pena.

Julyana Gall da Silva: Entendi, tem um bom prognóstico. Uma questão... a gente teve a resolução do COFEM 639, que deu mais autonomia ao enfermeiro de mexer nos parâmetros em relação aos respiradores e a atuação do enfermeiro frente a ventilação mecânica. Como que foi esse treinamento, os profissionais já se sentem seguros ou não? Como é que vocês estão fazendo essa organização do manuseio das parâmetros tecnológicas que tem dentro da unidade para tentar diminuir os riscos, por exemplo de infecção cruzada, de infecção dos próprios profissionais?

Ana Carolina: A minha percepção é que os profissionais da enfermagem tem um conhecimento muito restrito sobre a ventilação mecânica. Observo que o modo ventilatório é muita coisa muito difícil, não é simples para o profissional de enfermagem. Apesar de a resolução dar respaldo para a gente atuar na ventilação mecânica, dentro dos limites, eu vejo muita dificuldade da enfermagem lidar com isso. No hospital onde trabalho, o protocolo é: toda a parte respiratória é de responsabilidade da fisioterapia. Então, a enfermagem não entrou na atuação com ventilação mecânica.

Julyana Gall da Silva: Outra pergunta: como é que foi observado e se houve aumento de uso de contenção nesse enfrentamento do Covid? Porque sabemos que nem todos os pacientes estão sedados, e há o desconforto respiratório, houve esse aumento considerável nas contenções?

Ana Carolina: Existe uma, não é um protocolo, é uma política muito voltada para tentar postergar a intubação. O paciente, principalmente idoso, numa unidade fechada vai desenvolver o “delirium” mesmo, e fazendo uma hipóxia, apresenta muita agitação pré intubação. Então, a contenção mecânica é um fator bem complicador dentro dessas unidades, porque eles fazem muita contenção ainda. O que vale a pena ressaltar, trazendo um pouco pro meu lado, é que o COFEM tem a resolução 543-2012, que fala sobre o uso da contenção mecânica. Então, precisa sensibilizar os

profissionais com relação a se e quanto realmente devo utilizar. E se utilizar, a gente precisa seguir os cuidados estipulados nessa resolução, como monitoramento de hora em hora, avaliar se o paciente deixou de estar agitado ou não. Isso ainda é muito difícil pros profissionais entenderem, a contenção é uma coisa muito banalizada.

Julyana Gall da Silva: Uma outra coisa ainda na questão profissional, as perguntas foram bem direcionadas para a questão profissional, é sobre o manejo do profissional que está apresentando “síndrome de *burnout*”? Vocês ressaltou um pouco dessa questão de saúde mental, que a psicologia está atuando junto, mas como é que está acontecendo o manejo desses profissionais que estão sendo diagnosticados e que tiveram a síndrome? Se tiveram casos, como é que o hospital está enfrentando essa perda profissional, porque acaba sendo uma perda.

Ana Carolina: “*Burnout*” não foi diagnosticado ainda em nenhum dos profissionais, mas ansiedade e depressão sim. Então, como gerente junto com a coordenadora e supervisora de enfermagem da UTI, e até na própria clínica médica, nós tentamos modificar a área de atuação desse profissional. Colocamos uma na CCIH, uma na ASMS, setores que envolvem pouca assistência, para tentar melhorar essa condição da saúde mental. Mas acompanhamento profissional é uma coisa essencial, e muitos estão se afastando. Hoje mesmo recebemos o atestado de uma colaboradora por ansiedade que vai afastar. Sentimos a perda de profissionais excelentes na maioria das vezes, são aqueles profissionais que se destacam, eles se entregam tanto a profissão e ao que está acontecendo que a saúde mental deles fica abalada.

Julyana Gall da Silva: Vem agora a questão familiar. Como é que está a comunicação com a família? Já que a família não pode ter acesso a esse paciente, muitas vezes alguns dos pacientes internados estão lúcidos e como é que está sendo essa comunicação, essa relação com a família?

Ana Carolina: Há uma proposta sendo realizada entre os setores de recepção, serviço social e enfermagem. O médico tem hoje pouco acesso, porque foi restrito o número de visitas, nas unidades de UTI clínica, e na unidade de UTI de Covid foi suspensa totalmente a visita dos familiares. Então, como é que nós fazemos para atuar nesse sentido? Vídeo chamada! Até com o paciente intubado mesmo nos fazemos. Inicialmente era uma proposta do serviço social fazer. Só que os profissionais estão tão comovidos com a situação, que quando um paciente lúcido está pedindo muito, ai a gente acaba liberando. Mas assim, muitas reclamações em relação aos familiares porque fica muito difícil ter só um familiar para você passar a notícia do paciente. Às vezes você é a filha, mas o paciente tem 10 filhas. Ai você explica para uma, mas as outras estão sem informação. E ouvir do profissional de saúde o que é que está acontecendo é diferente de ouvir o que o familiar está passando.

Julyana Gall da Silva: Só mais uma pergunta sobre o uso de máscara n95. Qual é o indicado em relação ao tempo de uso e se é possível usar a n95 mais de uma vez ou não?

Ana Carolina: É possível utilizar mais de uma vez, se ela for acondicionada em envelope de papel com as ligas pro lado de fora. Em relação do tempo de uso isso é muito institucional. Existe unidades em Petrópolis que estão usando por 30 dias, acondicionadas da forma correta. Na instituição onde eu trabalho nós colocamos 7 dias de acordo com a orientação da CCIH, que é a correção de controle de infecção hospitalar. Mas sobre a N95 nós temos as lesões relacionadas ao uso da N95 que é outro assunto. A máscara do N95 do ferrinho no nariz, é a nossa marca do futuro.

Julyana Gall da Silva: Ana Carolina queria muito agradecer!! Sem mais perguntas, então boa noite.

Ana Carolina: Boa noite.