

ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE ENSINO

COVID-19 EMERGENCY AND EMERGENCY UNIT OF A TEACHING HOSPITAL

ENFRENTAMIENTO DE LA COVID-19 EN UNIDAD DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA

Mariana Camargos dos Santos*, Lúcia Marinilza Beccaria**, Cléa Dometilde Soares Rodrigues***, Samantha Vaccari Grassi Melara****, Daniele Pontão*****

Resumo

Introdução: A OMS considera a Covid-19, internacionalmente, um problema de saúde pública emergencial. **Objetivo:** Descrever as ações de enfrentamento à COVID-19 em unidade de urgência e emergência de um hospital de ensino. **Método:** Estudo de caso descritivo sobre o plano de contingência e a diretriz de manejo à COVID-19 envolvendo profissionais de saúde, em que foram necessários precaução de contato e de aerossóis, acolhimento e atendimento em um novo cenário. **Resultados:** O primeiro passo do plano de contingência geral da instituição foi o preparo e abertura de novas unidades para atendimento específico à COVID 19 (Emergência, Unidade Respiratória e Unidade de Terapia Intensiva). Após reuniões com a alta gestão e lideranças de serviços ligados à assistência direta ao paciente e os serviços de apoio, foram implementadas as ações e foi escolhida uma equipe que daria suporte à equipe multiprofissional de saúde. Foram formadas comissões de contingência por algumas áreas técnicas como Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Vigilância em Saúde, Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, para dar suporte durante a pandemia, considerada uma emergência mundial de saúde pública. A importância da educação permanente neste processo foi relevante para a preparação e treinamento dos colaboradores da instituição, daqueles que foram admitidos em regime de urgência e toda equipe multidisciplinar. **Conclusão:** A descrição das estratégias de enfrentamento à COVID-19 em um hospital de ensino e as ações desenvolvidas em unidade de urgência e emergência devem servir de experiência e apoio a outros serviços de saúde, a fim de propiciar maior segurança em cenário de pandemia.

Palavras-chave: Enfrentamento. Infecções por coronavírus. Hospital de ensino. Enfermagem. Emergência.

Abstract

Introduction: WHO considers Covid-19, internationally, an emergency public health problem. **Objective:** To describe the actions to confront COVID-19 in an emergency unit of a teaching hospital. **Method:** Descriptive case study on the contingency plan and the management guideline for COVID-19 involving health professionals, in which precautions of contact and aerosols, reception and care in a new scenario were necessary. **Results:** The first step of the institution's general contingency plan was the preparation and opening of new units for specific care to COVID 19 (Emergency, Respiratory Unit and Intensive Care Unit). After meetings with senior management and service leaders linked to direct patient care and support services, the actions were implemented and a team was chosen to support the multiprofessional health team. Contingency committees were formed by some technical areas such as Hospital Infection Control Service, Health Surveillance Center, Specialized Service in Safety Engineering and Occupational Medicine, to support during the pandemic, considered a global public health emergency. The importance of permanent education in this process was relevant for the preparation and training of employees of the institution, of those who were admitted to the emergency regime and the entire multidisciplinary team. **Conclusion:** The description of strategies to confront the COVID-19 in a teaching hospital and the actions developed in an emergency unit should serve as experience and support to other health services, in order to provide greater safety in a pandemic scenario.

Keywords: Coping. Coronavirus infection. Teaching hospital. Nursing. Emergency.

Resumen

Introducción: La OMS considera al Covid-19, a nivel internacional, un problema de salud pública de emergencia. **Objetivo:** Describir las acciones para enfrentamiento de la COVID-19 en una unidad de urgencia y emergencia de un hospital universitario. **Método:** Estudio de caso descriptivo sobre el plan de contingencia y la guía de manejo del COVID-19 con la

* Enfermeira Aperfeiçoanda em Urgência e Emergência do Hospital de Base – FUNFARME/FAMERP. São José do Rio Preto-SP, Brasil.

**Docente do Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). São José do Rio Preto-SP, Brasil.

***Docente do Departamento de Enfermagem Geral da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). São José do Rio Preto-SP, Brasil.

****Gerente do Serviço de Enfermagem do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP, Brasil.

*****Supervisora do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

participación de profesionales de la salud, en el cual fueron necesarias precauciones de contacto y aerosoles, recepción y atención en un nuevo escenario. Resultados: El primer paso del plan general de contingencias de la institución fue la preparación y apertura de nuevas unidades de atención específica al COVID 19 (Urgencias, Unidad Respiratoria y Unidad de Cuidados Intensivos). Luego de reuniones con altos directivos y líderes de servicio vinculados a la atención directa al paciente y los servicios de apoyo, se implementaron acciones y se eligió un equipo para apoyar al equipo multiprofesional. Se conformaron comisiones de contingencia para algunas áreas técnicas como Servicio de Control de Infecciones Hospitalarias, Núcleo de Vigilancia en Salud, Servicio Especializado en Ingeniería de Seguridad y Medicina del Trabajo, para brindar apoyo durante la pandemia, considerada una emergencia de salud pública. La importancia de la educación continua en este proceso fue relevante para la preparación y capacitación de los empleados de la institución, los que ingresaron en forma de emergencia y todo el equipo multidisciplinario. Conclusión: La descripción de las estrategias de afrontamiento del COVID-19 en un hospital universitario y las acciones desarrolladas en una unidad de urgencias y emergencias, deben servir de experiencia y apoyo a otros servicios de salud para brindar mayor seguridad en un escenario pandémico.

Palabras-clave: Enfrentamiento. Infecciones por coronavírus. Hospital de enseñanza. Enfermería. Emergencia.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, declarou que o surto da COVID-19 era uma emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII), classificado como o mais alto nível de alerta da organização, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI). A decisão de declarar uma ESPII refletia na contenção e disseminação do vírus. Outras emergências de saúde pública aconteceram ao longo da história, sendo esta, a sexta vez que este evento de importância internacional ocorreu, como em 25 de abril de 2009 a pandemia de H1N1; 05 de maio de 2014, disseminação internacional de poliovírus; 8 agosto de 2014, surto de Ebola na África Ocidental; 01 de fevereiro de 2016, vírus Zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas; 18 de maio de 2018, surto de ebola na República Democrática do Congo¹.

A COVID-19 foi caracterizada como pandemia no dia 11 de março de 2020. O termo se refere à distribuição geográfica do evento, não necessariamente se tratando da sua gravidade¹. Segundo o Ministério da Saúde (MS), ela é caracterizada como uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e distribuição de forma global². A transmissibilidade ocorre principalmente entre pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas.

Por meio de gotículas a transmissão ocorre quando uma pessoa permanece em contato, a menos de um metro de distância, com uma pessoa infectada quando ela tosse, espirra ou mantém contato direto

como, por exemplo, aperto de mãos, seguido do toque nos olhos, nariz ou boca. Também por meio de alguns procedimentos médicos em vias aéreas que geram aerossóis capazes de permanecer suspensos no ar por longos períodos. Os aerossóis contendo este vírus podem ser inalados por outras pessoas que não estejam utilizando equipamentos de proteção individual (EPIs) de forma adequada, ao manipular pessoas contaminadas com o SARS-CoV-2².

Os sintomas comumente encontrados da COVID-19 são: febre, fadiga e tosse seca, mialgia, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés, sintomas identificados na maioria dos casos e descritos segundo a OMS. Normalmente, se apresentam de forma leve e gradual, até mesmo assintomáticos. Mesmo não sendo uma regra, pessoas que apresentam comorbidades importantes e idosos tendem a apresentar um risco maior para quadros clínicos graves³.

Acredita-se que o período de incubação do vírus para manifestação de sintomas após a exposição é de 1 a 14 dias, ressaltando-se que indivíduos podem se apresentar de maneira assintomática⁴. Os profissionais que atuam na linha de frente da assistência em saúde são fundamentais na luta contra a COVID-19. Entre os profissionais que atuam como protagonistas à frente desta pandemia estão os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Diante deste cenário o COFEN preconizou que todos os integrantes da equipe devem se paramentar antes de entrar no ambiente onde exista paciente suspeito ou confirmado⁵.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os profissionais responsáveis pelo atendimento de casos suspeitos ou confirmados devem utilizar: gorro para prender o cabelo em procedimentos que geram aerossóis, óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica ou N95, variando de acordo com o procedimento a ser realizado⁶. Para a paramentação e desparamentação se fez necessário providenciar uma antessala para o profissional, sendo assim, a ordem de paramentação é avental, máscara N95 ou similar, óculos ou protetor facial, gorro e luvas descartáveis. Para a desparamentação, remover as luvas de procedimento, sem tocar na parte contaminada, avental descartável de dentro para fora, enrolando a peça e não tocar na parte externa, gorro, retirar de baixo para cima, óculos tocar apenas nas hastes, máscara, não tocar no interior da mesma⁶.

O profissional de saúde deve saber a frequência que os equipamentos de proteção individual (EPIs) devem ser trocados, como por exemplo, a máscara cirúrgica sempre que estiver úmida ou danificada, não pode ser reutilizada; a máscara N95 deve ser retirada de maneira que não contamine a parte interna, que esteve em contato com o profissional. Quando os cuidados com a máscara forem cumpridos e se estiver íntegra, limpa e seca, poderá ser utilizada pelo mesmo profissional por até 12 horas⁶.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) recomenda a dupla checagem na realização da paramentação e desparamentação dos EPIs, ou seja, sob a observação de um companheiro de trabalho que possa acompanhar e verificar a realização correta e cumprimento dos princípios e regras⁶. O serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) deve orientar e verificar se as ações estão sendo atendidas, pois luvas devem ser trocadas sempre que o profissional atenda outro cliente; o protetor ocular facial deve ser higienizado após o uso com hipoclorito de sódio e o capote ou avental deve ser removido e descartado antes da saída do local que realizou o atendimento⁶.

Atualmente, o Brasil ultrapassa o número de 336 mil mortes, segundo balanço do consórcio de veículos da imprensa, sendo responsável por parte das mortes de profissionais de enfermagem no ano de 2020

causadas pela COVID-19. Até o presente estudo, são 47.788 profissionais contaminados pela doença, sendo 541 óbitos até o momento⁷. Portanto, muitos foram os desafios da gestão em enfermagem em serviços hospitalares. Diante do exposto, objetivou-se descrever as ações de enfrentamento à COVID-19 em unidade de urgência e emergência de um hospital de ensino.

MÉTODO E CASUÍSTICA

Estudo de caso descritivo sobre as ações de enfrentamento à COVID-19, realizado em unidade de urgência e emergência de um hospital de ensino do noroeste paulista. Trata-se de uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes⁸.

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 510, de 2016, em seu artigo 1º, parágrafo VII, não é necessário submeter este estudo ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos, por se tratar de um relato de experiência, sem envolver pessoas participantes de pesquisa. O presente estudo representa um aprofundamento teórico de situações que emergem de maneira espontânea e contingencialmente na prática profissional, não revelando dados que possam identificar o sujeito⁹.

Esta instituição de ensino presta assistência hospitalar e ambulatorial em várias especialidades médicas, principalmente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), mas também a pacientes da saúde suplementar, sendo um centro médico de referência para o atendimento de mais de 2 milhões de habitantes dos 102 municípios pertencentes à Divisão Regional de Saúde de Rio Preto (DRS- 15), prestando atendimento também a diversas pessoas de todas as regiões do Brasil e até da América Latina. Ainda, realiza mais de 46.000 atendimentos por mês, feitos por 1.089 médicos e residentes de medicina e outros 1.653 profissionais da saúde que abarcam 30 especialidades e 117 subespecialidades médicas; possui uma das maiores unidade de emergência do interior paulista, com 12.000 atendimentos por mês, sendo referência no atendimento a urgências e emergências.

Em meio à pandemia, a instituição se reorganizou com as unidades destinadas ao atendimento de pacientes com suspeita ou confirmados de COVID-19 compostas por uma unidade de Urgência e Emergência Respiratória (UR), Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) COVID-19 e Enfermarias COVID-19 com os devidos apoios setoriais pré-estabelecidos e com o fluxo desses pacientes desviados dos demais, com uso de elevadores específicos.

Os resultados foram obtidos a partir do plano de contingência e da diretriz de manejo da COVID-19 que a instituição desenvolveu para a realização das ações preconizadas. As primeiras medidas adotadas neste hospital foram reuniões com a alta gestão e lideranças de serviços para elaboração de estratégias e ações de enfrentamento à COVID-19, bem como, a criação da equipe que daria suporte e orientação durante toda a pandemia.

RESULTADOS

Medidas administrativas foram necessárias neste cenário, essenciais para apoiar as estratégias traçadas. Foram formadas comissões de contingência composta por algumas áreas técnicas como Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NHE), Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMET), todos dispostos a dar suporte durante esta emergência de saúde pública.

Foi criado um grupo de crise composto pela diretoria executiva, superintendência e equipes setoriais para padronização de diretrizes de atendimento, cuidado e manejo clínico conforme recomendações do MS. Além disso, foi criada uma Unidade de Emergência e Urgência Respiratória SUS e uma para atendimento de outros convênios, com a intenção de reduzir o número de transmissão da COVID-19.

Reuniões com equipes conveniadas foram essenciais para alinhar o fluxo de atendimento de pacientes suspeitos e confirmados, para que todo o hospital seguisse os protocolos com rigor e seriedade. Houve a participação conjunta do Departamento de

Saúde Regional (DRS) e da Prefeitura Municipal no plano de contingência. O comitê ficou responsável pelas estatísticas e indicadores dos principais sintomas, da taxa de ocupação dos leitos COVID-19 e da taxa de mortalidade.

Foram traçados meios de isolamento de áreas físicas específicas como a criação de uma unidade de emergência respiratória para atender casos suspeitos e confirmados de coronavírus, delimitação das enfermarias COVID-19 e das UTIs específicas para este público foi feito a adequação de setores de apoio como lavanderia, refeitório, serviço de nutrição e dietética, equipe de higiene e limpeza, equipe de manutenção e engenharia, definição de equipes e contratações de novos funcionários para suprir a demanda. Também foi elaborada uma Diretriz de manejo e um Plano de Contingência para que este atendimento estivesse pautado e documentado, podendo ser consultado por todo colaborador do hospital, quando surgisse dúvida.

O início do atendimento ao público, seguindo os protocolos de COVID-19, foi no dia 16/03/2020, sendo realizadas medidas de segurança tais como distanciamento social, uso de álcool 70%, acompanhamento de todos os passos do cliente dentro da instituição; inclusive os funcionários foram instruídos sobre a necessidade de participação ativa no cumprimento destas normativas dentro e fora da instituição, assim como a necessidade da verbalização de sinais e sintomas para que pudessem ser afastados o mais rápido possível, diminuindo a contaminação de outras pessoas.

Foram definidas, de forma organizada e estratégica, as unidades de internação referência para pacientes suspeitos ou confirmados para a COVID-19. Elaboradas diretrizes e protocolos com definições e orientações sobre a condução desses pacientes desde seu primeiro atendimento até o manejo de óbitos, desde o momento da declaração do óbito até a sua retirada do ambiente hospitalar, bem como as orientações para o funeral. Os fluxos de comunicação sobre o estado de saúde e óbito para familiares também foram definidos.

O acesso à instituição ficou delimitado/restrito com a intenção de controle do número de casos. Estágios acadêmicos e técnicos foram suspensos em

um primeiro momento, sendo aceitos apenas alunos dos últimos anos. A instituição de ensino em conjunto com o hospital foram responsáveis pelas orientações de cuidado e o uso correto de EPIs, assim como, pela notificação à vigilância epidemiológica de casos suspeitos e confirmados de alunos.

As visitas foram suspensas para pacientes na instituição e delimitado o número de acompanhantes, sendo permitido apenas quando necessário dentro das situações previstas em lei, como menor de 18 anos e idosos a partir de 60 anos, gestantes e deficientes físicos, sendo que eram questionados sobre presença de sintomas respiratórios; suspensos os trabalhos voluntários e visitas religiosas, atividades acadêmicas; suspensas as visitas da imprensa e de representantes comerciais em toda a instituição. Entende-se que a delimitação/suspensão de pessoas dentro da instituição minimizaria a disseminação do SARS-COV-2.

De forma contínua, foram realizadas orientações para todos os colaboradores a respeito da importância do distanciamento social durante todo seu horário de trabalho e também fora dele. Elevadores definidos para transporte exclusivo de pacientes suspeitos e/ou confirmados em diferentes blocos da instituição, demarcações de espaçamento entre pessoas, limite de quatro pessoas em cada elevador NÃO COVID; demarcações em salas e cadeiras para manter o limite de pessoas e distanciamento social, respectivamente, e protetores acrílicos foram colocados nas principais recepções; ofertadas máscaras cirúrgicas descartáveis a todos os pacientes e acompanhantes, com trocas em horários pré-estabelecidos, sendo supervisionadas pela equipe de enfermagem, a fim de garantir as boas práticas e o uso correto.

A gestão de pessoas foi um dos pontos trabalhados desde o início, afinal, não se faz saúde sem o colaborador. Algumas medidas como férias canceladas em primeiro momento e colaboradores maiores de 65 anos dispensados por período pré-estabelecido (no auge da pandemia). Além de monitoração contínua de profissionais que atuam no cuidado direto com pacientes, programas de biometria desativados, atestados de afastamento por sintomas

gripais e currículos encaminhados somente via e-mail institucional, eventos científicos e reuniões presenciais cancelados, reuniões para discussão de casos acontecendo de maneira restritiva, *home-office* para profissionais que poderiam realizar suas atividades nesta modalidade, além de atendimento médico de forma remota para o colaborador afastado por COVID-19 suspeito ou confirmado, sem necessidade de internação hospitalar.

Uma medida necessária foi a aquisição e entrega de máscara PFF2 a todos os profissionais da instituição, sendo orientados sobre o uso correto, seu armazenamento e sobre sua validade, independente se o profissional atuava de forma direta ou indireta com pacientes suspeitos/confirmados. Foi elaborada uma central de monitoramento, onde todos os colaboradores eram acompanhados sobre presença de sintomas e sua evolução.

O serviço de urgência e emergência é, na maioria das vezes, a porta de entrada de pacientes, exceto quando se trata de internação eletiva. Em um cenário pandêmico, o quadro não foi diferente, por isso, foi desviado o fluxo de pacientes com queixas respiratórias com a criação de uma unidade específica, a Unidade Respiratória.

O acolhimento do paciente ocorre na porta de entrada do pronto atendimento, por isso, a equipe foi treinada/instruída para abordagem com perguntas diretas sobre sintomas gripais como tosse, febre, espirros, coriza, dor de garganta, congestão nasal, dispneia. Caso apresentassem sintomas, o mesmo era direcionado para a Unidade Respiratória, mediante avaliação do enfermeiro responsável.

Um método importante no setor de emergência para direcionar pacientes e identificar suas necessidades é a Classificação de Risco. Ela se apresenta por cores com tempo de atendimento pré-estabelecido, sendo: Emergência (cor vermelha): atendimento imediato, paciente com risco de morte iminente; Muito urgente (cor laranja): atendimento em até 30 minutos, pacientes com dor severa, alterações importantes em sinais vitais (SSVV), sangramento ativo; Urgente (cor amarela): atendimento em até 60 minutos, pacientes com dor moderada, crises hipertensivas; Pouco urgente (cor verde):

atendimento em até 120 minutos, pacientes maiores de 60 anos, gestantes, pacientes escoltados, deficientes físicos, dor leve sem alteração de SSVV; Não urgente (cor azul): atendimento em até 240 minutos, pacientes com condições não agudas, com problemas crônicos, sem alteração de SSVV.

A partir da anamnese, verificação dos sinais vitais e da realização do questionário em relação aos sintomas respiratórios, o enfermeiro utiliza o raciocínio clínico para classificar este paciente e, se necessário, redirecionar para a unidade respiratória. O paciente recebido na unidade respiratória, seja ele do SUS, devidamente regulado, ou de outor convênios da saúde suplementar, é classificado segundo a sua necessidade. Se o mesmo se encontra com saturação <93% e/ou frequência respiratória >24 ou dispneia, é indicada a internação para realização de exames de imagem, coleta de *swab* Exa Coronavírus COVID-19 por PCR - Biomol e/ou oxigenoterapia e, após a estabilização do quadro, é direcionado para leito de enfermaria ou UTI de suspeitos/confirmados.

Nos casos em que o paciente não se adeque neste quadro e não necessite de internação, mas é sintomático respiratório, então é coletado *swab* (1º ao 7º dia de sintomas) e orientado quanto ao isolamento domiciliar por dez dias ou até a remissão dos sintomas por 72 horas, com atestado médico de isolamento para paciente e todos os contatos domiciliares, orientando, também, a retornar imediatamente se houver agravamento de quadro clínico. Se receber alta hospitalar, o paciente recebe folheto com orientações e uma senha para consultar o resultado de *swab* de forma *on-line*.

Os pacientes admitidos na emergência, quando atendidos pela equipe da cirurgia geral, sem história prévia de sintomas da COVID-19 definida pelo próprio indivíduo ou familiares e/ou com quadro clínico de trauma/politrauma grave e parada cardiorrespiratória (PCR) foram direcionados para uma sala específica (Sala do Trauma). Para este atendimento, a equipe deverá estar paramentada com óculos de proteção, capote descartável, máscara N95, gorro, viseira e luvas. Se o paciente for intubado e submetido à ventilação mecânica, a equipe deverá

providenciar filtros especiais como *hidrobacter* e sonda para aspiração sistema fechado (*trach care*).

Caso o paciente não esteja intubado e necessite de oxigenoterapia, a equipe deve instalar uma máscara de alta concentração com reservatório. Máscara de nebulização ou outro dispositivo que possam gerar aerossóis suspensos no ar não foram permitidos. Os pacientes que adentram o setor de emergência para atendimento com equipe da clínica geral, com sintomas da COVID-19 definida pelo próprio indivíduo ou familiares foram direcionados para o Quarto de Isolamento Respiratório. Para este atendimento, a equipe deverá estar paramentada da mesma forma que a equipe da cirurgia geral.

Uma das medidas necessárias durante um quadro de insuficiência respiratória é fornecer oxigenoterapia para manter a saturação do paciente acima de 94%, exceto aqueles com lesão estrutural pulmonar e condições basais de hipoxemia, que toleram uma saturação de 90 a 92% ou conforme sua condição basal. Diante deste problema, evitou-se o uso de água nos dispositivos, a fim de reduzir a dispersão de aerossóis. Então, inicialmente, oferta-se oxigênio (O₂) em cateter nasal como primeira opção com até 6 litros. Após, utiliza-se a máscara de reservatório como segunda opção com até 10 litros de O₂. Quanto à máscara de nebulização e dispositivos inalatórios, devem ser evitados para que a dispersão de aerossóis seja a mínima possível.

Quanto à ventilação não invasiva, pode ser utilizada por pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica de 30 minutos a uma hora, com cuidados específicos como, preferencialmente, utilização de quartos individuais com pressão negativa, máscara conectada a dispositivo trocador de calor e umidade (HME) e circuito duplo do ventilador mecânico com filtro HEPA, que é um dispositivo para retenção de partículas (barreira mecânica) no ramo expiratório. Caso este método não controle o quadro de insuficiência respiratória, verificado por saturação de O₂, o paciente será devidamente intubado e ventilado.

Em pacientes com instabilidade hemodinâmica e/ou alteração do nível de consciência (Escala de Glasgow <8) deve ser considerada a intubação

orotraqueal (IOT). A equipe (máximo de 4 pessoas) deve se paramentar de forma adequada (máscara N95, óculos, viseira, gorro, capote impermeável e luvas de procedimento) e recebe apoio de um profissional de fora do isolamento para a entrega de materiais necessários que devem estar prontos para uso, incluindo o ventilador mecânico quando necessário, porque deve-se evitar a ventilação com ambu nestes pacientes.

As drogas utilizadas na intubação de pacientes suspeitos/confirmados são: lidocaína (dose de 1,5mg/kg): utilizada para abolir os reflexos laríngeos e potencializar o efeito anestésico de outras drogas (utilizada como pré-medicação - 3 minutos antes da indução); rocurônio (dose de 1,2mg/kg) ou succinilcolina (dose de 1mg/kg); dextroacetamina (dose de 1,5mg - 2 mg/kg). Porém, podem ser utilizadas outras drogas conforme o quadro clínico do paciente. Vasopressores e cristaloides devem ser disponibilizados pelo potencial de hipotensão que ocorre após a intubação.

Para maior segurança, no processo de intubação, é realizada pré-oxigenação com máscara e reservatório com o menor fluxo, evitando bolsa-válvula-máscara ou uso de dispositivos supraglóticos. Após, são administradas as drogas prescritas e, a seguir, realizada intubação orotraqueal, utilizando como dispositivo de oclusão do tubo a borracha do êmbolo da seringa; em seguida, o tubo deve ser clampeado por pinça antes da desconexão e só depois deverá ser conectado ao ventilador mecânico.

Foi criado um Time de Apoio à Via Aérea Difícil composto por 3 anestesiologistas e 2 residentes da área para que pudessem dar suporte ao procedimento de intubação. Em relação à traqueostomia, não existem, ainda, estudos que apontem uma técnica diferente, com maior segurança para os profissionais, quanto ao paciente suspeito/confirmado de COVID-19, portanto, quando necessária, deverá ser realizada por um profissional experiente.

Se o paciente tiver parada cardiorrespiratória, deve-se manter a conexão deste com o ventilador mecânico, a fração inspirada de oxigênio à 100%, redução da pressão expiratória positiva final de 5, frequência respiratória em torno de 10 a 12 por minuto, ajuste da sensibilidade do alarme de pressão para que a

compressão da caixa torácica não impossibilite a ventilação, restrição do número de funcionários no local, com apenas um colaborador de apoio para fornecer as drogas necessárias para a reanimação.

Para trabalhar em toda essa estrutura foram necessárias realocações dos colaboradores e, com isso, algumas dificuldades surgiram, como a falta de habilidade de alguns profissionais em trabalhar em outro setor, fora do seu habitual, sendo este desafio sanado com treinamentos e supervisão de profissionais que atuam na assistência direta. Outra dificuldade foi a admissão de pacientes sintomáticos suspeitos e/ou positivos que chegavam na unidade de emergência não COVID-19, por ausência de sinais e sintomas relatados pela equipe de origem, responsável pela regulação do paciente para o serviço em questão. Por isso, foi necessário reforçar as orientações para os serviços de origem e regulação, mantendo estes profissionais atualizados em como proceder diante do protocolo da instituição.

DISCUSSÃO

A situação de crise sanitária evidencia o papel crucial dos trabalhadores da saúde na manutenção e garantia de vida da população e exige prontamente que os serviços de saúde respondam às demandas às quais nem sempre estão preparados¹. No contexto da COVID-19, o trabalho, reconhecido como organizador da vida em sociedade, cedeu lugar a este evento crítico de saúde pública, visto que o mundo precisou reorganizar suas ações comportamentais, a ocupação dos espaços públicos, a mobilidade, os hábitos de vida e padrões de consumo².

Na saúde, colocaram os prestadores de cuidados, particularmente os hospitais de referência para COVID-19 e os seus serviços clínicos, diante de alterações dramáticas e inesperadas relativas à sua atividade clínica. Exigiu também a tomada rápida de decisões e empenho na reestruturação de suas atividades para atendimento da nova demanda².

A experiência deste hospital de ensino vai ao encontro da missão de outros grandes hospitais do país. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por exemplo, mostra em seu plano de

contingência a necessidade de intervir nos riscos assistenciais relacionados ao manejo dos casos suspeitos e confirmados da COVID-19, reduzindo a circulação do vírus no ambiente hospitalar, a contaminação de usuários e de colaboradores em sua instituição, o que corrobora com este estudo, que demonstrou preocupação semelhante. O aumento da capacidade de resposta do hospital frente ao aumento de casos suspeitos e confirmados da COVID-19 deve ser incentivado em todos os hospitais⁸.

Esta preocupação não foi diferente em outros planos de contingência em diferentes estados brasileiros como Brasília, Rio Grande do Sul, entre outros. O discurso de minimizar danos e de estar preparado para o pior cenário foi o discurso mais presente nestes planos de contingência. Na instituição deste estudo, a prioridade foi minimizar a disseminação da COVID-19 e oferecer tratamento e assistência para melhor evolução e recuperação deste paciente^{9,10}.

O enfrentamento à COVID-19 exigiu do serviço de emergência uma reestruturação imediata em curto período de tempo. A designação de novos planos e ações de contingência baseados na literatura internacional, bem como a atualização das informações e protocolos nacionais e internacionais surgiram, exigindo desta forma, a remodelação e adequação das normas conforme as orientações recebidas para o serviço¹¹.

Concomitantemente, verificou-se a importância do engajamento de todos os trabalhadores da saúde de forma interdisciplinar na troca de experiências e conhecimentos para enfrentamento da realidade, bem como os diferentes setores hospitalares para o estabelecimento e padronização da assistência¹⁰. Portanto, alterações estruturais, modificação dos fluxos de atendimento, elaboração de protocolos clínicos e treinamento dos colaboradores da equipe multiprofissional são primordiais para o serviço de urgência/emergência durante uma pandemia.

CONCLUSÃO

Foi necessária a elaboração e implantação de um plano estruturado de forma institucional, com participação das lideranças para atender aos doentes da

pandemia de COVID-19, considerada uma emergência de saúde pública em nível mundial, envolvendo medidas administrativas; unidades destinadas ao atendimento de pacientes com COVID-19; restrição do acesso de pessoas para minimizar transmissão nosocomial; gestão de pessoas; atendimento de urgência e emergência; identificação e direcionamento dos casos; fluxo de atendimento de síndromes respiratórias; fluxo de atendimento de pacientes sem história clínica definida de infecção respiratória por influenza/COVID-19 no pronto atendimento do SUS e outros convênios; manejo da insuficiência respiratória e da intubação orotraqueal.

Destaca-se a participação dos enfermeiros da educação permanente na admissão de novos profissionais, preparação e treinamento dos colaboradores da instituição, para a compreensão do novo fluxo de pacientes, novos protocolos e utilização de EPIs. Acredita-se que as estratégias de enfrentamento à COVID-19 em um hospital de ensino e a descrição das ações desenvolvidas em unidade de urgência e emergência devem servir de experiência e apoio a outros serviços de saúde a fim de propiciar maior segurança em cenário de pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Folha informativa sobre COVID-19. Brasília, DF: OPAS; 2020. [Internet]. [citado em 5 maio 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&I temid=875
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Guia de vigilância epidemiológica. Vigilância integrada de síndromes respiratórias agudas doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros vírus respiratórios. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. COVID-19. Folha informativa COVID-19. Escritório da OPAS e da OMS no Brasil: histórico e o porquê da emergência [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde: Organização Mundial da Saúde; 2020 [citado em 11 nov. 2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19#:~:text=A%20OPAS%20e%20a%20OMS,febre%20can sa%C3%A7o%20e%20tosse%20seca>
4. DataSUS. Coronavírus Brasil. COVID-19 painel coronavírus. [Internet]. 2021 [citado em 14 nov. 2020]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
5. Conselho Federal de Enfermagem. Cofen publica nota técnica sobre o coronavírus. Nota técnica nº 01/2020 CTAS: orientações sobre o novo coronavírus (COVID-19). [Internet]. 2020 [citado em 11 nov. 2020]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-tecnica-sobre-o-coronavirus_77070.html

6. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020: orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. [Internet]. [cited em 12 jan. 2021]. Disponível em: file:///C:/Users/30062/Downloads/NOTA%20TECNICA%20GVIMS_GGTES_ANVISA%2004_2020%20-%202025.02.pdf
7. Observatório de Enfermagem. Enfermagem contra Coronavírus [Internet]. Cofen; 2021 [cited em 12 jan. 2021] COVID-19. Profissionais Infectados com COVID-19 informados pelo serviço de saúde; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://observatoriodenfermagem.cofen.gov.br/>
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4^a. ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde [homepage na Internet]. [cited em 12 jan. 2021]. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
10. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Hospital de Clínicas. Plano de contingência - COVID19. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro [Internet]. EBSERH; 2020 [cited em 12 jan. 2021]. Disponível em: <http://www2.ebsrh.gov.br/documents/147715/0/planoc contingencia covid19/68bc9bb1-00c1-4d14-9319-755329505466>
11. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde, Departamento de Regulação Estadual, Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Plano de contingência hospitalar - COVID-19 [Internet]. 2020 [cited em 12 jan. 2021]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/16180423-contingenciamento-dre-daha-1.pdf>

Envio: 17/02/2021
Aceite: 12/04/2021