

Plano de ação Emergencial COVID-19

CATA – APOIO TECNICO E ASSISTENCIAL – PROTOCOLOS E FLUXOS ASSISTENCIAIS

**CAMPO GRANDE – MS
ABRIL DE 2020**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
PROTOSCOLOS DE ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE	
SUSPEITO/CONFIRMADO - COVID-19 AO PACIENTE NEONATAL	5
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO (SDRA)	
NEONATAL POR SARS-COV-2.....	8
PACIENTE INFANTIL	13
ANEXO 1 – GUIA DE FISIOTERAPIA COVID-19	16
PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRIA E ENFERMARIA PEDIÁTRICA	20
RECOMENDAÇÃO DE IOT:.....	23
PACIENTE ADULTO.....	26
DECÚBITO PRONA.....	28
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	30
Figura 1 – Manejo da oxigenioterapia:.....	30
RECOMENDAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS RESPIRATÓRIOS NO PACIENTE ADULTO	
SUSPEITO/CONFIRMADO - COVID-19.....	35
ENFERMARIAS.....	38
SUPLEMENTAÇÃO DE OXIGÊNIO EM PACIENTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE	
INFECÇÃO POR COVID-19.	40
MANEJO DE BRONCOESPASMO EM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19.	41
REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR	44
PACIENTES CONFIRMADOS QUE NECESSITAM DE IOT E VENTILAÇÃO MECÂNICA	45
ANEXOS.....	46
Escala de IMS	50
Escala de Glasgow.....	51
Escala de Borg.....	51
PROTOCOLO DE BOAS PRÁTICAS NO ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO AOS	
PACIENTES DISFÁGICOS COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19	53
ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO NAS UNIDADES NEONATAIS	55

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO HOSPITALAR DURANTE PANDEMIA

COVID-19	58
Fluxo 1- Atendimento Psicológico Virtual ao Paciente Internado com Covid-19	62
FLUXO 2- Atendimento Psicológico Virtual à Família do paciente Covid-19.....	63
APÊNDICE.....	65
AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO HOSPITALAR DURANTE A PANDEMIA – COVID 19:.....	66
FLUXO DE ATENDIMENTO SERVIÇO SOCIAL / COVID	67
ORIENTAÇÕES PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL.....	68
RECOMENDAÇÕES DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NO ÓBITO FRENTE AO COVID-19 DIANTE DO ÓBITO	68
DESCRIÇÃO DAS AÇÕES POR NÍVEL DE ACIONAMENTO – SERVIÇO SOCIAL.....	69
AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA – COVID 19	71
Dimensionamento da Equipe Técnica:	72
Recomendações de Atendimento do Serviço Social no Óbito frente ao COVID.....	74
FLUXO DE ATENDIMENTO DA TERAPIA OCUPACIONAL DURANTE PANDEMIA COVID-19	75
RECURSOS HUMANOS – CATA – ESCALONAMENTO	77
RESPONSÁVEIS.....	83
APROVAÇÃO:	84

INTRODUÇÃO

A Coordenação de Apoio Técnico Assistencial – CATA está diretamente subordinada à Diretoria Técnica Assistencial e é composto pelos serviços abaixo descrito:

Serviço	Nº de Profissionais
Fisioterapia	68
Fonoaudiologia	09
Psicologia	03
Serviço Social	08
Terapia Ocupacional	06

O Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, referência exclusiva para o COVID-19, definiu o “Plano de Enfrentamento da Pandemia Covid-19” servindo como guia aos servidores das diversas unidades e subsidiando-os na estratégia para enfrentamento desta situação de emergência internacional.

Diante deste novo cenário, o Apoio Técnico Assistencial elaborou um Plano de Ação contendo os Protocolos Assistenciais de todas as profissões sob sua supervisão, organizado de acordo com a área profissional e/ou setor de atuação.

PROTOSCOLOS DE ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE SUSPEITO/CONFIRMADO - COVID-19 AO PACIENTE NEONATAL

PACIENTES ASSINTOMÁTICOS INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL:

- Monitorização cardiorrespiratória.
- Estimulação sensório: motora em pacientes com indicação conforme avaliação e protocolo da unidade.

PACIENTES SINTOMÁTICOS INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL:

- Monitorização cardiorrespiratória;
- Manejo e desmame da oxigenioterapia, ventilação mecânica invasiva (VMI) e não invasiva (VNI) conforme avaliação e protocolo da unidade;
- Técnicas de fisioterapia respiratória quando indicado;
- Estimulação sensório- motora em pacientes com indicação conforme protocolo da unidade;
- Controle de temperatura e umidificação da ventilação mecânica invasiva e não invasiva;
- Aspiração de vias aéreas será realizada conforme avaliação e durante o atendimento fisioterapêutico;
- **REALIZAR ATENDIMENTOS SEGUINDO AS NORMAS DE UTILIZAÇÃO DE EPIS.**

RECOMENDAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS RESPIRATÓRIOS NO PACIENTE NEONATAL SUSPEITO/CONFIRMADO - COVID-19

Assim, considerando que:

1. Apesar do risco potencial de transmissão vertical mãe-conceito, até o momento, os estudos com base em série de casos extremamente limitada não demonstraram a presença do vírus na placenta, líquido amniótico, sangue de cordão ou leite materno. Todos os autores que relataram casos de RN que desenvolveram a doença concluem provável aquisição pós-natal.
2. A principal via de transmissão pessoa a pessoa do novo coronavírus (SARS-CoV-2) ocorre por gotículas respiratórias ou contato. Estudos experimentais indicam que o SARS- -CoV-2 pode permanecer viável em aerossóis por horas e em superfícies (plástico, aço inoxidável) por dias, possibilitando maior propagação do vírus. Esses achados implicam em cuidados redobrados de higiene ambiental e de equipamentos para evitar a infecção cruzada.
3. A dispersão do ar expirado pelos pacientes infectados durante os procedimentos que geram aerossóis (intubação traqueal; suporte ventilatório não invasivo – CPAP nasal ou ventilação não invasiva – cateter nasal; manobras de higiene brônquica – aspiração traqueal, manobras de mobilização de secreções – ventilação com pressão positiva manual – balão autoinflável e reanimador mecânico manual em T – broncoscopia; inalação com sistema Venturi) podem

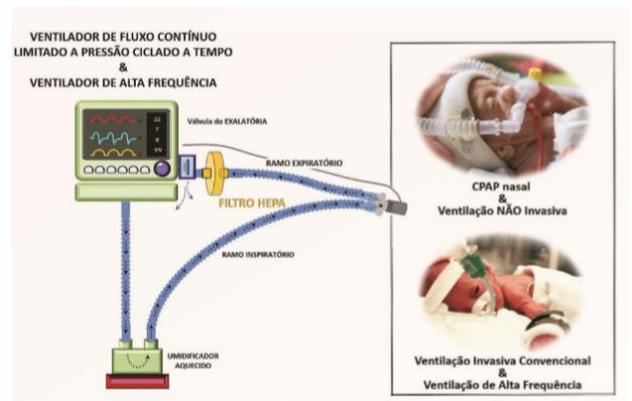
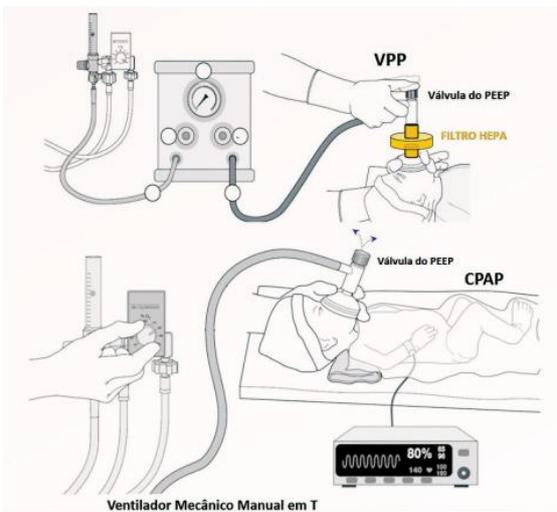
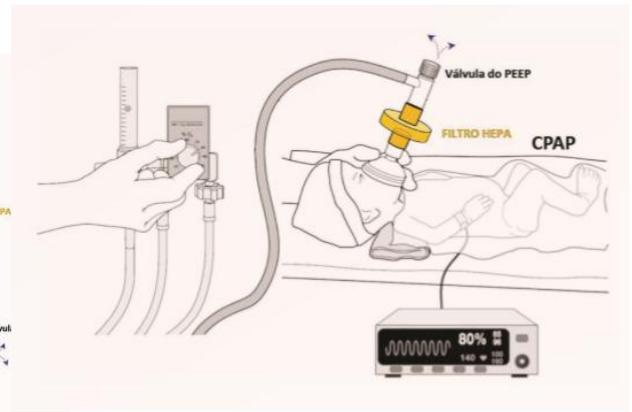
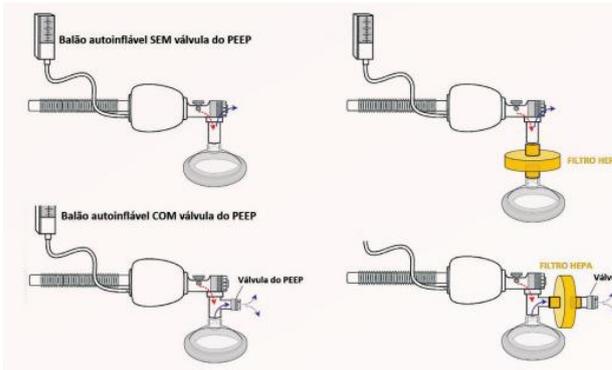
aumentar o risco de transmissão do vírus e infecção cruzada. Desses procedimentos a intubação traqueal parece ser o procedimento de maior risco.

4. Os relatos de séries de casos, provenientes em geral do primeiro epicentro da epidemia, a China, sugerem que, diferentemente dos adultos, as crianças, em especial, o RN apresentam um curso clínico mais brando; a maioria dos casos relatados com RT-PCR (Real-Time Polymerase Chain Reaction) positivo para o SARS-CoV-2 evoluíram de forma assintomática ou oligossintomática.

EQUIPE ASSISTENCIAL E AMBIENTE

1. Seguir as recomendações, atualizadas periodicamente, relacionadas ao preparo do profissional de saúde para precauções de contato, cuidados de isolamento, retirada da paramentação e descarte dos materiais e equipamentos utilizados no atendimento do RN com COVID-19 SUSPEITA ou CONFIRMADA na sala de parto e na unidade neonatal estão disponíveis nos Documentos Científicos – Nota Técnica da Sociedade Brasileira de Pediatria (<https://www.sbp.com.br/especiais/covid-19/>) e ANVISA – Nota Técnica (CVIMS/GGTES/ANVISA No 04/2020 atualizada em 21 de março de 2020);
2. Estabelecer a cada troca de plantão, a equipe multiprofissional responsável pelo atendimento. De preferência composta por profissionais de maior experiência e com treinamento em precauções de contato e cuidados com RN em insuficiência respiratória;
3. Nota: os equipamentos não descartáveis contaminados ou potencialmente contaminados pelo SARS-CoV-2 (laringoscópio e lâminas, ventiladores manuais, etc) não devem ser levados da área contaminada para uma área limpa. Eles devem ser acondicionados e desinfetados seguindo diretrizes rígidas;
4. Cuidados específicos para minimizar a dispersão de aerossóis contaminados:
 - a. Manter o RN durante todo o curso da doença em incubadora com distância mínima de 2m entre os leitos;
 - b. Para o RN intubado e em ventilação invasiva, utilizar o sistema de aspiração fechado para aspiração traqueal;
 - c. Como a intubação traqueal e a ventilação com pressão positiva manual parecem ser os procedimentos que mais geram aerossóis, sugere-se que o profissional que executa essas manobras utilize a técnica de “luvas- -duplas”. Calçar normalmente o primeiro par 3 Departamento Científico de Neonatologia (2019-2021)
 - d. Sociedade Brasileira de Pediatria de luvas e a seguir o segundo par sobre a primeira. Ao término do procedimento retirar e desprezar um conjunto, mantendo o segundo para o restante do atendimento;
 - e. Instalar filtro tipo HEPA (High Efficiency Particular Air – filtros de ar para partículas finas de alta eficácia) eletrostático e hidrofóbico nos equipamentos para suporte respiratório (ventilação invasiva e não invasiva e ventiladores manuais) conforme as

figuras abaixo. Providenciar as trocas periódicas de acordo com as recomendações de cada fabricante. Obs. Não confundir com os filtros trocadores de calor e umidade (HME – Heat and Moisture Exchange) colocados entre a cânula traqueal e o “Y” do circuito de ventilação mecânica em substituição ao sistema de umidificação e aquecimento tradicional, muito utilizado em pacientes adultos. Esses dispositivos, os filtros HME, não estão recomendados no período neonatal devido à baixa eficácia na umidificação e aquecimento.



DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO (SDRA) NEONATAL POR SARS-COV-2

- Quadro respiratório de início agudo, até 7 dias, em RN com infecção suspeita (mãe com histórico de infecção suspeita ou confirmada por SARS-CoV-2 entre 14 dias antes do parto e 28 dias após o parto ou RN exposto a pessoas infectadas pelo novo coronavírus – familiares, cuidadores, profissionais de saúde ou visitantes) ou confirmada por RT-PCR em amostras do trato respiratório;
- O quadro respiratório não deve decorrer de Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), Taquipneia Transitória do Recém-nascido (TTRN) ou malformação congênita;
- Presença de opacidades ou infiltrados irregulares, difusos e bilaterais ou opacificação completa dos pulmões (edema pulmonar) ao RX ou CT, que não são totalmente explicados por derrames locais, atelectasias, SDR, TTN ou anomalias congênitas;
- Afastar edema pulmonar de origem cardíaca (inclusive persistência do canal arterial) por ecocardiografia;
- Avaliar a gravidade da insuficiência respiratória pelo índice de oxigenação
 - $(IO = MAP \times FiO_2 / PaO_2 \text{ pré-ductal}; MAP = \text{pressão média de vias aéreas})$:
 - – SDRA leve: $4 \leq IO < 8$
 - – SDRA moderada: $8 \leq IO < 16$
 - – SDRA grave: $IO \geq 16$

SUPORTE VENTILATÓRIO

Até o momento, a segurança de estratégias de cuidados de suporte respiratório não é clara e o risco de mortalidade, mesmo entre pacientes críticos, é incerto. A escolha da terapêutica, mais ou menos invasiva, deve ser avaliada caso a caso. Manter uma política de suporte respiratório com base na fisiologia e fisiopatologia do RN seguindo as melhores evidências disponíveis nos cuidados intensivos neonatais de acordo com as diretrizes internacionais.

Nos RN de mães com COVID-19 suspeita ou confirmada seguir as orientações da Nota de Alerta da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (www.redeneonatal.com.br/, atualizada em 25 de março 2020); se o bebê necessitar de suporte respiratório na UTI neonatal, manter a rotina da unidade. Não há contraindicação de uso de suporte não invasivo.

Adequar à necessidade de suporte respiratório, caso a caso, mantendo a tendência atual “do quanto menos é mais”. Abordagens menos intensivas e cuidadosamente direcionadas, que auxiliam em vez de controlarem a ventilação são “mais”, pois resultam em menos complicações e melhores resultados. Não há necessidade de alterar os critérios de intubação traqueal e iniciar a ventilação invasiva precoce, mesmo porque a ventilação invasiva não diminui a propagação de aerossóis devido ao vazamento de

gás em volta da cânula traqueal. Observação: O uso de cânulas traqueais com cuff com o objetivo de prevenir vazamento de gás durante a ventilação não está indicado no período neonatal (da sala de parto à UTI), mesmo nesse cenário de pandemia de COVID-19. De início, optar pelo suporte menos invasivo – cateter nasal, CPAP nasal e ventilação não invasiva e, se necessário, ventilação invasiva convencional e alta frequência.

Se em ventilação invasiva, utilizar estratégia protetora pulmonar, ajustando o PEEP para adequar o volume pulmonar com volumes correntes restritas entre 4 a 6mL/kg. Se $FiO_2 > 0,40$ para manter SpO_2 pré ductal entre 90% e 95%, considerar o uso de surfactante exógeno em dose alta (200mg/kg de fosfolípides) pela inativação do fosfolípide pelo processo inflamatório; se necessário repetir a cada 12h (4 doses).

Se necessidade de $FiO_2 > 0,60$ persistente e sem resposta à administração do surfactante ou IO >15 realizar ecocardiografia para afastar hipertensão pulmonar.

CUIDADOS COM O PACIENTE EM VNI:

- Manter conexões bem fixas para que haja mínima manipulação;
- Usar filtro barreira no ramo expiratório;
- Manter temperatura do gás inspirado entre 34 e 35 graus;
- Manter sensor esofágico do monitor cardíaco acoplado no cotovelo do ramo inspiratório para monitorização de temperatura dos gases, caso não haja termômetro digital exclusivo do leito;
- Condensado do circuito:
 - Pré-oxigenar o paciente;
 - Desligar o ventilador para minimizar a pulverização de aerossol;
 - Retirar o condensado desprezando em recipiente fechado com solução de hipoclorito;
 - Religar imediatamente após o descarte do condensado.
- Realizar o procedimento em duas pessoas, preferencialmente, utilizando EPI's apropriados (máscara e óculos).
- Não desconectar o circuito de ventilação.
- Utilizar filtro de barreira no ramo expiratório.
- Substituir a umidificação ativa (copo umidificador) por filtro HME ou HMEF neonatal no ramo inspiratório, quando disponível.
- Utilizar sistema de aspiração fechado. Estender o tempo de troca para cada 5-7 dias ou em caso de sujidade. No momento da troca, clampar a COT.
- Manter fixação adequada da COT para evitar trocas frequentes e diminuir o risco de extubação não planejada.
- Condensado do circuito:
 - Pré-oxigenar o paciente.

- Desligar o ventilador para minimizar a pulverização de aerossol.
- Retirar o condensado desprezando em recipiente fechado com solução de hipoclorito.
- Religar imediatamente após o descarte do condensado.
- Realizar o procedimento em duas pessoas, preferencialmente, utilizando EPI's apropriados (máscara e óculos).

CUIDADOS COM O PROCEDIMENTO DE ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS:

- Utilizar sistema de aspiração fechado (SAF) em pacientes em VMI. Estender o tempo de troca para cada 5-7 dias ou em caso de sujidade. No momento da troca, clampar a COT.
- Evitar aspiração de vias aéreas superiores.
- Utilizar solução com hipoclorito nos frascos de aspiração e para realizar a limpeza das mangueiras.

ADMINISTRAÇÃO DE SURFACTANTE EXÓGENO:

- Realizar administração de surfactante através da extensão para lavagem da sonda de aspiração do sistema de aspiração fechado.
 - Aspirar surfactante em seringa tipo “luer slip”.
 - Realizar assepsia no local de conexão da seringa. No caso de primeiro uso, não será necessária.
 - Conectar a seringa à extensão de lavagem da sonda do SAF.
 - Instilar o surfactante.
 - Instilar ar na extensão até que todo o conteúdo de surfactante atinja a COT.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CRUZ A, ZEICHNER S. COVID-19 in children: initial characterization of the pediatric disease. *Pediatrics*. 2020; doi: 10.1542/peds.2020-0834.

DE LUCA D, VAN KAAM AH, TINGAY DG, COURTNEY SE, DANHAIVE O, et al. The Montreux definition of neonatal ARDS: biological and clinical background behind the description of a new entity. *Lancet Respir Med*. 2017;5(8):657-666.

DE LUCA D. Managing neonates with respiratory failure due to SARS-CoV-2. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(4):e8.

DONG L, TIAN J, HE S, et al. Possible vertical transmission of SARS-CoV-2 from an infected mother to her newborn. *JAMA*. 2020 Mar 26. doi: 10.1001/jama.2020.4621. [Epub ahead of print].

FAN C, LEI D, FANG C, et al. Perinatal transmission of COVID-19 associated SARS-CoV-2: should we worry? *Clin Infect Dis*. 2020 Mar 17. pii: ciaa226. doi: 10.1093/cid/ciaa226. [Epub ahead of print].

HONG H, WANG Y, CHUNG HT, ET al. Clinical characteristics of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in newborns, infants and children. *Pediatr Neonatol*. 2020 Mar 10. pii: S1875-9572(20)30026-7. doi: 10.1016/j.pedneo.2020.03.001. [Epub ahead of print].

KIMBERLIN DW, STAGNO S. CAN SARS-CoV-2 infection be acquired in utero? More definitive evidence is needed. *JAMA*. 2020 Mar 26. doi: 10.1001/jama.2020.4868. [Epub ahead of print].

LIANG T. Manual de Prevenção e Tratamento – COVID-19: Informações Compiladas de Acordo com a Experiência Clínica. Traduzido para o português. Barreiras: Março de 2020.

LU X, ZHANG L, Du H, et al. SARS-CoV-2 infection in children. *N Engl J Med*. 2020 Mar 18. doi: 10.1056/NEJMc2005073. [Epub ahead of print].

LUDVIGSSON JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr*. 2020 Mar 23. doi: 10.1111/apa.15270. [Epub ahead of print].

NIEDERMAN MS, RICHELDI L, CHOTIRMALL SH, et al. Rising to the challenge of the novel SARS-coronavirus-2 (SARS-CoV-2): Advice for pulmonary and critical care and an agenda for research. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020 Mar 23. doi: 10.1164/rccm.202003-0741ED. [Epub ahead of print].

Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo coronavírus (SARS-CoV-2) - Versão n.03/2020* Atualizado em 29.mar.2020. Disponível em <https://www.amib.org.br/pagina-inicial/coronavirus> Acessado em março de 2020.

Recomendações sobre os cuidados respiratórios do recém-nascido com COVID-19 SUSPEITA ou CONFIRMADA. Atualizado em 31. mar. 2020. Disponível em https://www.SBP.com.br/fileadmin/user_upload/22428b-DC_RED_-_Recom_cuidados_Respir_RN_com_COVID.pdf. Acessado em março de 2020.

SHEN K, YANG Y, WANG T, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. *World J Pediatr*. 2020 Feb 7. doi: 10.1007/s12519-020-00343-7. [Epub ahead of print].

SWEET DG, CARNIELLI V, GREISEN G, et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome - 2019 Update. *Neonatology*. 2019;115(4):432-450

TRAN K, CIMON K, SEVERN M, et al. Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review. PLoS One. 2012;7(4):e35797.

VAN DOREMALEN N, BUSHMAKER T, Morris DH, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. N Engl J Med. 2020 Mar 17. doi: 10.1056/NEJMc2004973. [Epub ahead of print].

WANG J, QI H, BAO L, et al. A contingency plan for the management of the 2019 novel coronavirus outbreak in neonatal intensive care units. Lancet Child Adolesc Health. 2020;4(4):258-259.

WANG J, SHI Y. Managing neonates with respiratory failure due to SARS-CoV-2 - Authors' reply. Lancet Child Adolesc Health. 2020 Apr;4(4):e9.

ZENG H, XU C, FAN J, et al. Antibodies in infants born to mothers with COVID-19 pneumonia. JAMA. 2020 Mar 26. doi: 10.1001/jama.2020.4861. [Epub ahead of print].

PACIENTE INFANTIL

CTI PEDIÁTRICO

OXIGENOTERAPIA

- Monitoramento contínuo da SpO₂
- Manter SpO₂ acima de 94% pacientes previamente hígidos ou acima de 90% pacientes com doença crônica prévia.
- Administrar O₂ com cateter de oxigênio ou máscara de baixo fluxo com reservatório (ver fluxograma)
- Não recomendado uso de Máscara de Venturi e micro ou macronebulização pelo risco de formação de aerossóis e disseminação viral.
- Não utilizar água no umidificador.

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)

- Recomenda-se evitar VNI, pelo aumento da pulverização do vírus, devido ao jato de pressão positiva
- Em situações específicas, nas quais se tenha quarto de isolamento, máscara sem reinalação, quarto com pressão negativa, circuito duplo e filtro de barreira no ramo exalatório.

ORIENTAÇÕES PARA IOT

- Realizar pré oxigenação com máscara de reservatório de oxigênio com o menor fluxo de ar possível para manter oxigenação efetiva.
- Evitar ventilação assistida com o dispositivo de Bolsa-Válvula- Máscara (AMBU) ou o uso de dispositivos supra glóticos, pelo potencial de aerossolização e contaminação dos profissionais.

VENTILAÇÃO MECÂNICA

- Checar montagem adequada de circuito conforme peso da criança;
- Verificar posicionamento adequado dos filtros (HEPA e HME);
- Configurar peso ideal, e parâmetros iniciais (pautados dentro da ventilação protetora):
 - Modo Pressão ou volume controlado
 - VC entre 3-6ml/kg previsto
 - Pressão platô < 28 cmH₂O
 - Driving Pressure < 15 cmH₂O
 - PEEP considerar a estratégia de triagem de acordo com a menor Fio₂
 - FR adequada para idade
 - Manter ph 7,15 -7,30 e uma Spo₂ > 94% após IOT
 - Hipercapnia permissiva

- POSIÇÃO PRONA: Relação $paO_2/FiO_2 < 150\text{mmHg}$
- Checar alarmes do ventilador
- Conectar o VM ao tubo e só após ligar o mesmo.

RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

- Paciente sem via aérea avançada: proceder IOT imediata, para isolamento e menor probabilidade de geração de aerossóis e contaminação da equipe, bem como melhor padrão de ventilação/oxigenação
- Paciente com via aérea avançada: Manter conexão com respirador. Não desconectar o tubo orotraqueal para realização de ventilação com ambu.
- Ajuste de parâmetros: FiO_2 100%, zerar peep, sensibilidade maior possível ou desligada, Ti adequado ao paciente, Alarme de pressão 60cmH₂O
- Embora não haja um modo ventilatório de escolha para utilização na RCP, deve-se garantir um volume corrente adequado, em torno de 4 a 6 ml/Kg do paciente.
- Pode utilizar o botão de ventilação manual (Bennet)

INALOTERAPIA

- O uso de nebulizadores (salbutamol, solução salina) para o tratamento de pacientes não intubados com COVID-19 não é recomendado, pois aumenta o risco de aerossolização e transmissão de infecção para os profissionais de saúde nas imediações;
- Utilizar dosador milimetrado se paciente em respiração espontânea (com ou sem espaçador);
- Em pacientes em VM, utilizar aeropuff/câmara retrátil;
- Instalação na VM: tubo – trachcare – aerocâmara – filtro – Y;
- Não esquecer de clampear o tubo e deixar ventilador em standby para a instalação da aerocâmara.

OUTRAS CONSIDERAÇÕES

- Aspirar secreções somente com sistema fechado de aspiração;
- Evitar ao máximo desconexão do ventilador;
- Em situações que seja necessária a desconexão do paciente da VPM o tubo deverá ser clampeado por uma pinça (se possível hiperoxigenar e hiperventilar previamente) e o ventilador deverá ser mantido em modo standby para evitar aerossol a partir do ramo inspiratório;
- Uso de filtros:
 - HME (UMIDIFICADOR): entre o TOT e o circuito;
 - HEPA (BARREIRA): entre o circuito e o ventilador no ramo expiratório;
 - HMEF (EFICIÊNCIA DE FILTRAÇÃO >99,9%): Pode ser utilizado ao invés de HME e HEPA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANA PAULA DA ROCHA FREITAS, ARIANE COESTER, DANIEL UJAKOW CORREA SCHUBERT E HÉLIO PENNA GUIMARÃES EM NOME DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA (ABRAMEDE). Protocolo de Manejo de broncoespasmo em caso suspeito ou confirmado de COVID-19. ABRAMEDE.

BRUNO PRATA MARTINEZ, FLÁVIO MACIEL, JOCIAMR AVELAR MARTINS, DARLAN LAURÍCIO MATTE, MARLUS KARSTEN. COVID-19: Papel do fisioterapeuta em diferentes cenários de atuação. ASSOBRAFIR. Março 2020.

FERNANDA DE CORDOBA LANZA, SIMONE NASCIMENTO SANTOS RIBEIRO. Manejo fisioterapêutico da população infantil COVID-19. ASSOBRAFIR. Março 2020.

FERNANDA KAZMIERSKI MORAKAMI, FLÁVIO MACIEL DIAS DE ANDRADE, MARLUS KARSTEN. Recomendações para atuação do Fisioterapeuta na Ressuscitação Cardiopulmonar. ASSOBRAFIR. Março 2020.

HÉLIO PENNA GUIMARÃES, SERGIO TIMERMAM, ROSENY DOS REIS RODRIGUES, THIAGO DOMINGOS CORRÊA, ANA PAULA FREITAS, ÁLVARO REA NETO. Recomendações para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de pacientes com diagnóstico ou suspeita de COVID-19. ABRAMEDE/SBC/AMIB. Março 2020.

RICARDO MARIA NOBRE OTHON SIDOU, MARIO FERREIRA CARPI, MARCELO BARCIELA BRANDÃO, TIAGO HENRIQUE DE SOUZA. Intubação de pacientes pediátricos com suspeita de confirmação de COVID-19. AMIB. Março 2020.

Suporte ventilatório para paciente com infecção suspeita ou confirmada pelo COVID-19. Hospital Israelita Albert Einstein. V 1.1. 19/03/2020.

TRADUÇÃO LIVRE: ALINE MIOZZO, ANDRIELI GARLET, JORDANA FERNANDES. REVISADO POR: DR. RODRIGO DELLA MÉA PLENTZ. Manejo Fisioterapêutico para o COVID-19 no Ambiente Hospitalar: Recomendações para guiar a prática clínica. MARÇO 2020

GUIA DE FISIOTERAPIA PARA COVID-19 - CTI PEDIÁTRICO

ORIENTAÇÕES PARA IOT

Sequência rápida de IOT

TOT com cuff
+
Filtro HME
+
Filtro HEPA
+
Sistema de ventilação
fechado

TOT OCLUÍDO ou CLAMPEADO
durante todo o procedimento

PRÉ OXIGENAÇÃO
utilizar máscara com
reservatório

AJUSTE DO VENTILADOR

Testar e ajustar conforme peso
e circuito

Checar alarmes

Verificar posição dos filtros
HEPA e HME

Conectar o ventilador ao tubo e
só depois ligar

Evitar ventilação assistida com dispositivo de bolsa - válvula - máscara (AMBU) ou o uso de dispositivos supra glóticos, pelo potencial de aerossolização e contaminação dos profissionais

GUIA DE FISIOTERAPIA PARA COVID-19 - CTI PEDIÁTRICO

VENTILAÇÃO MECÂNICA

Ventilação protetora

Modo pressão ou volume controlado

VC: entre 3-6 ml/kg previsto

Pressão platô < 28 cmH₂O

ΔP (pressão platô - PEEP) < 15 cmH₂O

PEEP considerar a estratégia de triagem de acordo com a menor FIO₂

FR adequada para idade

Hipercapnia permissiva

Manter pH 7,15 - 7,30 e uma Spo₂ > 94% após IOT

OBSERVAÇÃO

1. Paciente sedado/bloqueado por até 48h e reavaliar

2. Tempo médio de VMI é 10 dias

3. DESMAME: se houver melhora de exames de imagem, mecânica ventilatória e testes laboratoriais para Covid-19

4. BOA COMPLACÊNCIA: constante de tempo mais longa que SDRA (CONVENCIONAL) e com alterações de Perfusão (troca gasosa) - HIPOXÊMICOS

5. Perdem recrutamento alveolar muito rápido, MANTER PEEP elevada até melhora de Rx, PaO₂, PaCO₂, PaO₂/FIO₂

Posição PRONA
Relação PaO₂ / FIO₂ < 150 mmHg
Manter no mínimo 18h

TABELA PEEP/FIO₂ (FONTE: PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM COVID-19 HCFMUSP - SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE)

SATURACÃO ACIMA DO ALVO (ANDAR PARA ESQUERDA)

ALVO SATURAÇÃO O ₂ ENTRE 95% -- 95%										ALVO SATURAÇÃO O ₂ ENTRE 95% -- 95%					
30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%	FIO ₂
5	7	7	8	8	9	9	10	10	11	11	12	12	13	14	14-24*
Ajuste inicial															

SATURACÃO ABAIXO DO ALVO (ANDAR PARA DIREITA)

GUIA DE FISIOTERAPIA PARA COVID-19 - CTI PEDIÁTRICO

INALOTERAPIA E MANEJO BRONCOESPASMO

- ✓ Nebulizadores a jato favorecem aerossolização
- ✓ Broncoespasmo não é recorrente em COVID-19

Pacientes em respiração espontânea

Dosador milimetrado
(com ou sem espaçador)

- ✓ VM: modo controlado
- ✓ FR baixa
- ✓ PEEP: 5 cmH₂O
- ✓ Relação I: E > 1:3
- ✓ Quantificar auto PEEP

Pacientes em VM

Aeropuff/câmara retrátil

tubo - traqueare - aerocâmara
- filtro - Y (clampear o tubo
para instalação)

Se BRONCOESPASMO severo:
VM para alta resistência das
vias aéreas

RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

Sem via aérea avançada:
IOT imediata

Com via aérea avançada:
manter CONECTADO ao respirador

AJUSTE DE PARÂMETROS VM NA RCP

- ✓ VC: 4 - 6 ml/kg
- ✓ FIO₂ 100%
- ✓ Zerar PEEP
- ✓ FR: 10 - 12
- ✓ Sensibilidade: Maior possível ou desligada
- ✓ TI: adequado ao paciente
- ✓ Alarme pressão: 60 cm H₂O

PARÂMETROS VM

PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRIA E ENFERMARIA PEDIÁTRICA

EPIDEMIOLOGIA

O primeiro caso de COVID-19 em criança foi diagnosticado no dia 20 de janeiro na China². Até 8 de fevereiro de 2020, 2143 pacientes pediátricos foram reportados na China para COVID-19. Desses, 34% (n = 731) tiveram confirmação diagnóstica por exame laboratorial, e nos demais a doença foi descartada.

A idade média de acometimento da população infantil é de 7 anos, variando entre 1 e 13 anos, embora haja relatos de acometimento em recém-nascidos.

A respeito da gravidade, diferentemente do que vem sendo observado em pacientes adultos e idosos infectados pelo SARS-CoV-2, destaca-se que os pacientes graves em pediatria são a minoria.² Cerca de 5% são assintomáticos, 51% apresentam sintomas leves, 39% sintomas moderados, e 5% sintomas graves e gravíssimos (ASSOBRAFIR - MANEJO FISIOTERAPÊUTICO DA POPULAÇÃO INFANTIL COVID-19, 2020).

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM: Atualizações COVID-19, pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (21/03/20).

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM: Indicações dos exames de imagem

Pacientes com quadro clínico e laboratorial de suspeita da doença, principalmente naqueles com quadro clínico mais grave;

A TC de tórax NÃO deve ser realizada para o rastreio ou diagnóstico inicial. Seu uso deve ser reservado para pacientes hospitalizados, sintomáticos, em situações clínicas específicas (radiografias normais ou com achados indeterminados).

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - PEDIATRIA

No grupo pediátrico o achado de consolidação circundada por atenuação em vidro fosco (sinal do halo) parece ser mais comum que em adultos. Ainda há dúvidas sobre a sensibilidade diagnóstica da TC em crianças. Cerca de 20% das crianças com diagnóstico laboratorial confirmado, apresentaram TC de tórax normal. (ASSOBRAFIR - MANEJO FISIOTERAPÊUTICO DA POPULAÇÃO INFANTIL COVID-19, 2020)

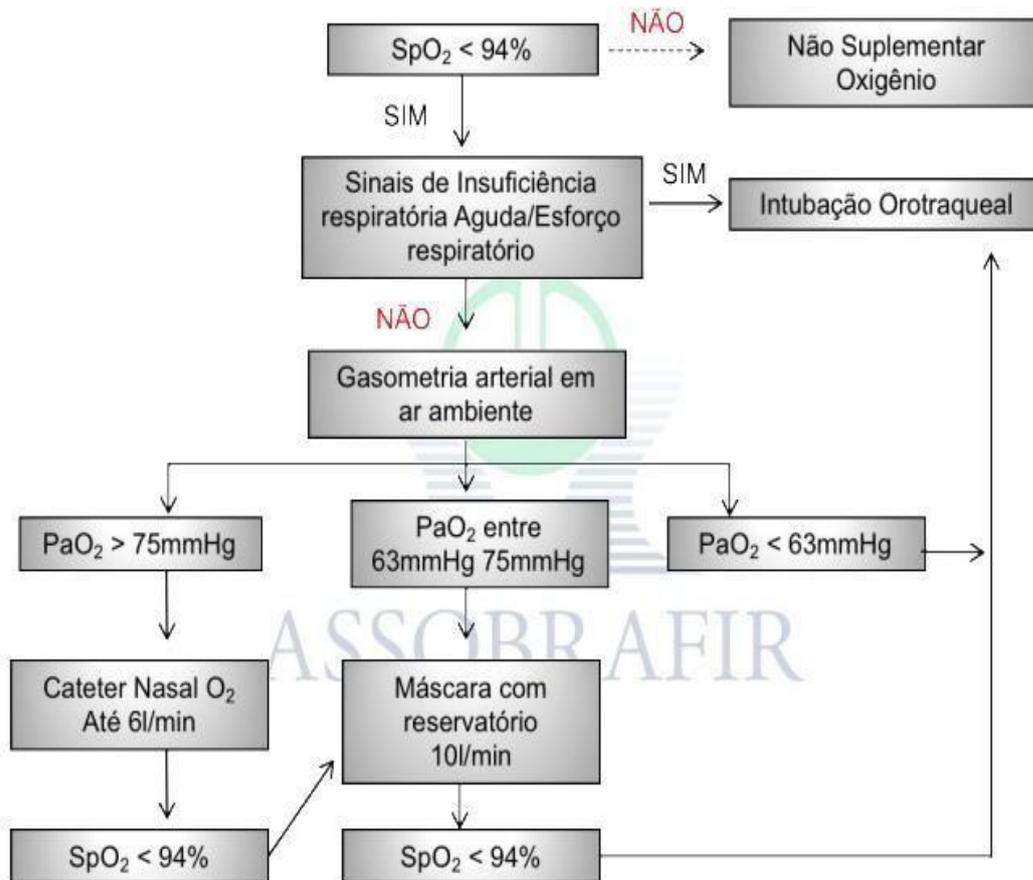


Conforme publicação da ASSOBR AFIR, na população pediátrica deve-se seguir os mesmos critérios propostos para a população adulta:

O monitoramento contínuo da SpO₂ é critério essencial;

A SpO₂ deve ser mantida acima de 94% para os pacientes previamente hígidos, ou acima de 90% nos pacientes com doença crônica prévia;

A administração de oxigênio suplementar com cateter nasal até 6l/min, ou máscara com reservatório a 10l/min, são as escolhas para população infantil.



Fluxograma 1: Panorama para indicação de oxigenoterapia e ventilação mecânica invasiva.¹¹

NÃO UTILIZAR VNI , CNAF , MASCARA DE VENTURI, TENDA DE O2, CAIXA DE HOOD.

MOTIVO: EVITAR A DISSEMINAÇÃO E CONTÁGIO DESTE VÍRUS DE ALTA CAPACIDADE INFECTANTE, EM FUNÇÃO DOS DISPOSITIVOS SEREM CONSIDERADOS GERADORES DE AEROSSÓIS.

RECOMENDAÇÃO DE IOT:

- Preferência para vídeo –laringoscopia;
- Manter SatO2 em 93% com fluxo de menor fluxo de O2 possível (Pré-oxigenação em máscara com reservatório ou adaptação em baraca por 5 minutos);
- Preparar materiais: Tubo com cuff de preferência, trach-care, filtro HME, HEPA e pinça Kelly reta.
- Evitar ventilação manual (caso necessário deverá ser realizado por duas pessoas; acoplar filtro HEPA na válvula);
- Preconizada sequência rápida de sedação (com bloqueador muscular para inibir o reflexo de tosse).

CHECK LIST DE MATERIAIS DE IOT E DEFINIÇÃO DA EQUIPE DEVEM SER FEITOS ANTES !!!!!!!
PRECONIZADO 3 PESSOAS: MÉDICO, ASSISTENTE E SUPERVISOR. O FISIOTERPEUTA ESTARÁ PRESENTE
NO MANEJO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA E CHECAGEM DE CIRCUITOS E FILTROS.

- Quedas de saturação abaixo de 70% após IOT são comuns;
- Técnica com o êmbolo da seringa (3ml).
- Após IOT clampear o tubo com a pinça.
- Insuflar balonete após o adequado posicionamento do TOT.
- Não é recomendado checar o posicionamento do tubo com ausculta pulmonar e ventilação com ambu. E sim conectar ao respirador para tal.
- O respirador já deve ter sido testado e com circuitos e filtros adequados!!!!
- Trach care já deve estar conectado com o filtro HME ou HMEF.
- Não utilizar filtro HEPA na extremidade distal do circuito!!
- O Bennett já tem o filtro barreira em seu kit de circuito!!!

ABAIXO DE 7 QUILOS -----> Circuito menor do Bennett com filtro HEPA no ramo expiratório com o neo mode;

MAIOR QUE 7 QUILOS-----> Circuito adulto do Bennett com o kit completo.

USO DE FILTROS NO VENTILADOR MECÂNICO

DANIEL LAGO
Fisioterapia Respiratória e em Tempo Intensivo

OPÇÃO 01

Filtro HME (heat and moisture exchanger ou trocador de calor e umidade)

Filtro HEPA (high efficiency particulate air ou partículas de ar de alta eficiência)

Onde usar?
Entre o Y e o TOT

Onde usar?
Entre a válvula expiratória e o ambiente OU entre o circuito e a válvula expiratória

CUIDADOS NO TRANSPORTE:

- Pacientes intubados: evitar que o paciente se desconecte do ventilador. Clampear o TOT SEMPRE que for necessário desconectar (por exemplo, para transferir para um ventilador de transporte ou para troca de circuito, trach care, filtros).
- Qualquer procedimento com duas pessoas!!!!
- Pacientes em AA ou oxigenoterapia: deve-se evitar o transporte interinstitucional de casos suspeitos ou confirmados. Se a transferência do paciente for realmente necessária, este deve utilizar máscara cirúrgica, obrigatoriamente.
- Respirador de transporte com filtro HEPA no ramo expiratório (3 disponíveis no hospital).

VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PEDIATRIA:

- VC entre 3-6 ml/kg do peso predito;
- Pressão platô < 28 cmH2O;
- Ph 7,15 – 7,30;
- PEEP: considerar a estratégia de triagem de acordo com a menor FiO2;
- Utilizar o filtro trocador de calor e umidade quando o paciente estiver em ventilação mecânica invasiva;
- Filtro de barreira na extremidade distal do ramo expiratório do circuito ventilatório;
- Procedimento de aspiração traqueal deve ser feito em sistema fechado.

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

- Não desconectar do respirador!!!
- Se em AR AMBIENTE: garantir via aérea!!!

No respirador:

- Fio2 de 100%L;
- PEEP de 0;
- Sensibilidade (a mais difícil, a maior em número);
- T insp: o adequado ao paciente;
- FR: simulando como se fosse com o ambú;
- Alarme de pressão= 60 cmH2o
- Existe o botão de ventilação manual no Bennett!! Pode ser utilizado!!

OUTRAS RECOMENDAÇÕES:

De acordo com a ASSOBRAFIR o papel do Fisioterapeuta é:

- Na prevenção de contaminação, com uso adequado de EPI (podendo se recusar ao atendimento);
- No uso de oxigenoterapia para manter SpO2 >94%;
- Na ventilação mecânica invasiva nos casos de insuficiência respiratória aguda com aplicação de parâmetros de ventilação protetora.
- Lavagem de narinas não é recomendado (alternativa seria pedir para a mãe realizar);
- Utilizar sistema fechado de aspiração e somente se necessário;
- Manobras de fisioterapia respiratória são consideradas dispersoras de aerossol;
- Inalações são dispersores de aerossol (preferência por utilizar espaçador).
- Evitar extubação acidental!!!!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOBRAFIR Matte DL, Andrade FMD, Martins JA, Karsten M. O fisioterapeuta e sua relação com o novo betacoronavirus 2019 (2019-nCoV): comunicação oficial da ASSOBRAFIR. Disponível em: https://assobrafir.com.br/assobrafir_betacoronavirus2019.

ASSOBRAFIR. Aspectos epidemiológicos e atuação do fisioterapeuta na prevenção e tratamento da covid-19 na população infantil em ambiente hospitalar, marco, 2020.

ASSOBRAFIR. Indicação e uso da ventilação não invasiva e da cânula nasal de alto fluxo, e orientações sobre manejo da ventilação mecânica invasiva no tratamento da insuficiência respiratória aguda na COVID-19. Comunicação Oficial Assobrafir. Disponível em: https://assobrafir.com.br/covid-19_vni/

Dong Y, Mo X, Hu Y, et al. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. Pediatrics. 2020.

World Health Organization. WHO Statement Regarding Cluster of Pneumonia Cases in Wuhan,China. <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>. Acessado 28/03/2020.

PACIENTE ADULTO

PRONTO ATENDIMENTO ADULTO

ADMISSÃO DO PACIENTE NO PAM – VERMELHA EM IOT

Na admissão no Pam-Vermelha, o paciente intubado deve ter o tubo clampeado na saída da ambulância e ser transportado até o respectivo box e será desclampeado somente após conexão no ventilador mecânico, que já deve se encontrar ligado e com parâmetros pré-ajustados.

Ventilação mecânica

Ajustar o volume corrente em 4 a 6ml/kg (peso predito)

- Manter uma F_{iO_2} para uma SPO_2 entre 90% e 96% e PaO_2 entre 70 e 80mmHg.
- Ajustar a PEEP através da melhor complacência, pelo Driving Pressure, ou pela tabela PEEP/ F_{iO_2} (Ardsnet). O Fisioterapeuta deverá utilizar do recurso mais familiar e deve evitar o uso empírico de PEEP.
- Ajustar a frequência ventilatória para uma PCO_2 suficiente para manter o PH maior que 7,2 e PCO_2 menor que 60mmHg.
- Manter a Driving Pressure menor que 15cmh₂o. Manter Pressão de Platô menor que 30cmh₂o.

ADMISSÃO DO PACIENTE EM RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

Os pacientes em RE devem ser monitorizados quanto ao padrão ventilatório, frequência respiratória, Spo_2 ou GASAR.

Oxigenoterapia

- A administração de oxigênio deve ser guiada através da oximetria periférica de O_2 (SPO_2) ou por gasometria arterial (GASAR).
- A SPO_2 alvo entre 94% e 96%.
- Utilizar somente cateter de O_2 (máximo 6l/min) como forma de administração na ausência de máscara com reservatório.
- Comunicar prontamente a equipe em caso de SPO_2 menor que 94% refrataria a oxigenoterapia. (Considerar IOT eletiva)

Ventilação mecânica não invasiva (VMNI)

- A VMNI fica contraindicada na ausência de isolamento com pressão negativa e na falta de interface que não seja produtora de aerossol (Helmet).

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

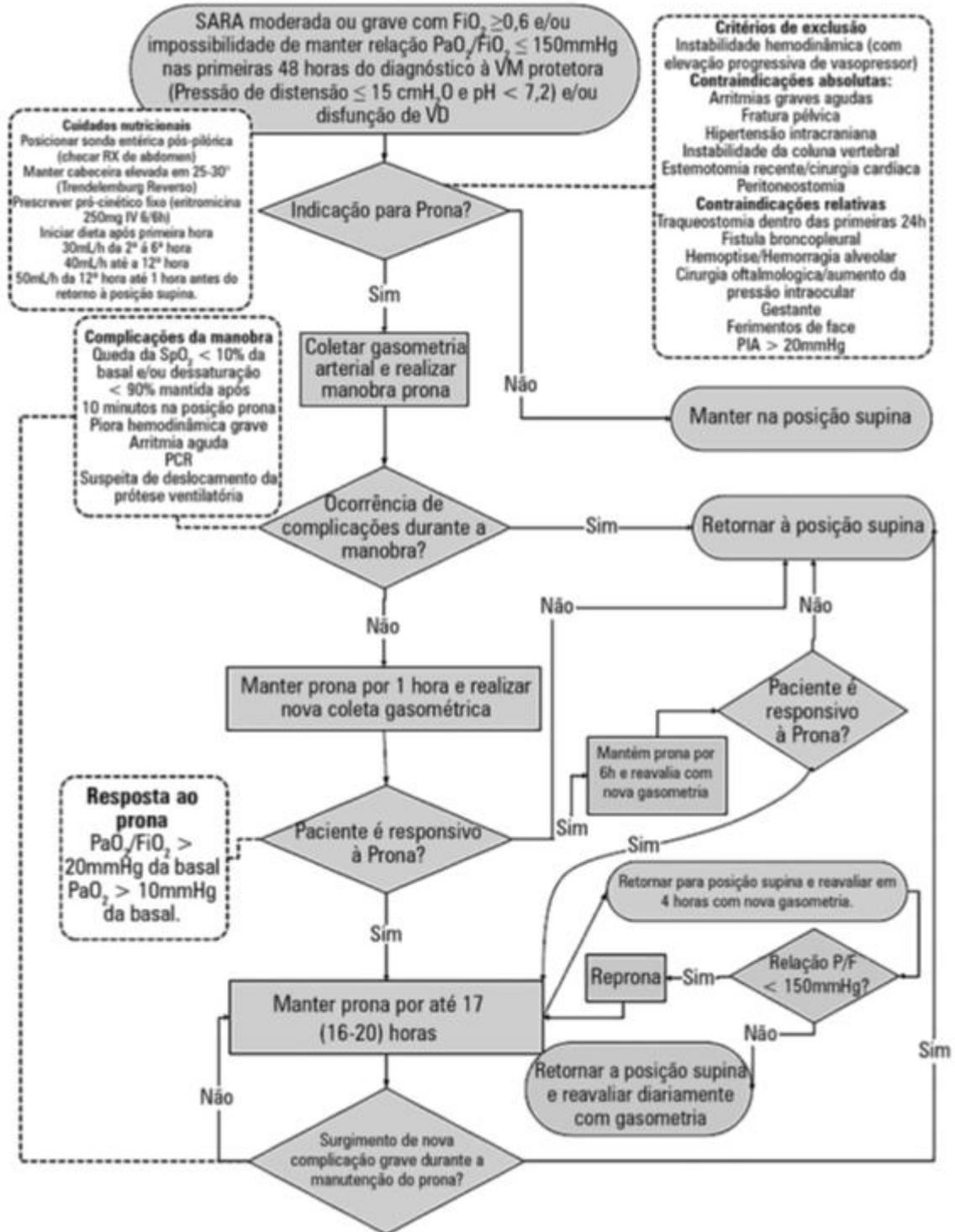
- Pré-oxigenar o paciente em máscara com reservatório de oxigênio
- Montar circuito e testar o funcionamento do ventilador mecânico (VM).
- Deixar instalado ao circuito do VM sistema de aspiração fechado (Trachcare) e filtro HEPA.
- Inserir parâmetros ventilatórios iniciais no VM.
- Após procedimento de IOT, insuflar cuff, clampear o tubo, acoplar ao VM, desclampear o tubo e fixar o TOT.

OBS: Atentar para o fluxo de atendimentos PAM de paciente com COVID- 19.

Evitar o uso do AMBU!

DECÚBITO PRONA

PROTOCOLO PRONA



REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

Em caso de parada cardiorrespiratória, não deve ser realizado compressões torácicas antes do paciente estar intubado e o fisioterapeuta deve seguir as recomendações do item 3 descrito acima.

Após paciente em IOT acoplar ao VM, com os seguintes parâmetros:

- VC – 6ml/kg
- FR – 10 ipm
- FLUXO: necessário para gerar um ti de 1s
- PEEP: 0 cmh₂O
- Fio₂: 100%
- SENS: “mais dura” possível
- Ajuste de alarme de pressão de pico em 60 cmh₂O

Em caso de necessidade de desfibrilação, o VM deverá ser desligado e somente após desligado, desconectar o circuito após o filtro HEPA para realização do choque. Após o choque conectar o circuito no paciente e somente após reconectado, o VM deverá ser religado.

RECOMENDAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DO PACIENTE

- Técnicas de higiene brônquica podem ser utilizadas. A sua indicação deve ser avaliada individualmente. Evitar aspirações traqueais desnecessárias. A técnica de aspiração deve ser realizada em sistema fechado.
- A avaliação da mecânica ventilatória deve ser realizada sempre que possível, com no mínimo a avaliação da complacência estática, pressão de platô e driving pressure.
- A fisioterapia motora pode ser executada, respeitando as contraindicações para realização da mobilização precoce. Considerando o uso de BNM e sedação por longo prazo, o status funcional, força e trofismo muscular deve ser avaliada sempre que possível.
- Todos atendimentos devem seguir as orientações da CCIH para o uso de EPIs.
- Os pacientes em IOT devem ser transportados em VM com o auxílio do fisioterapeuta.
- Sempre que for necessário à desconexão do paciente do VM o TOT deve ser clampeado com pinça e gaze, a fim de evitar a formação de aerossóis.

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

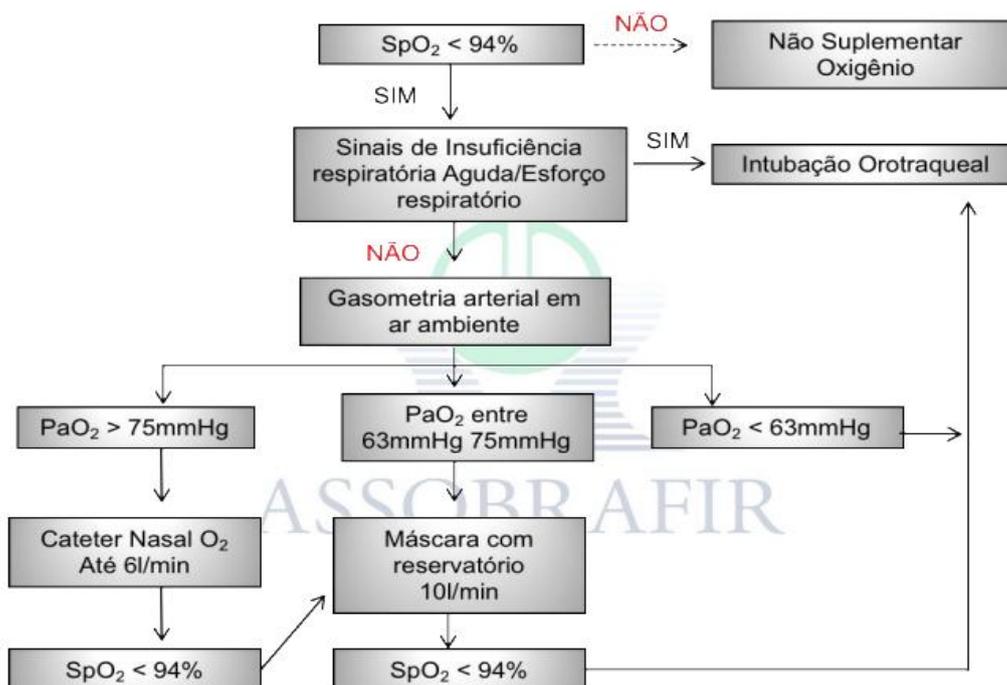
PACIENTES ASSINTOMÁTICOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

- Monitorização cardiorrespiratória;
- Orientações motoras.

PACIENTES SINTOMÁTICOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

- Monitorização cardiorrespiratória;
- Manejo e desmame da oxigenioterapia de acordo com a PaO₂ conforme protocolo ASSOBRAFIR (Figura 1);
- Se esses pacientes evoluírem com necessidade de O₂ nasal maior que 5 litros/minuto para manter SpO₂ > 93% e ou apresentarem frequência respiratória > 28 incursões respiratórias por minuto ou retenção de CO₂ 36 (PaCO₂ >50mmHg e ou pH < 7,25) deverão ser prontamente intubados e ventilados mecanicamente (AMIB, 2020).

Figura 1 – Manejo da oxigenioterapia:



Fluxograma 1: Panorama para indicação de oxigenioterapia e ventilação mecânica invasiva.¹¹

- Auxílio na IOT quando necessário;
- Manejo ventilatório: A ventilação mecânica invasiva protetora poderá ser iniciada no modo volume ou pressão controlada (VCV ou PCV) com volume corrente igual a 6ml/kg de peso predito e pressão de platô menor que 30cmH₂O, com pressão de distensão ou driving pressure menor que 15cmH₂O.

- Ajustar a menor PEEP suficiente para manter SpO₂ entre 90 - 95%, com FiO₂ < 60% (em casos de necessidade de FIO₂ acima de 60%, utilizar tabela PEEP/FIO₂ - SARA moderada e grave).

Tabela 1 – PEEP/FIO₂ - SARA moderada e grave:

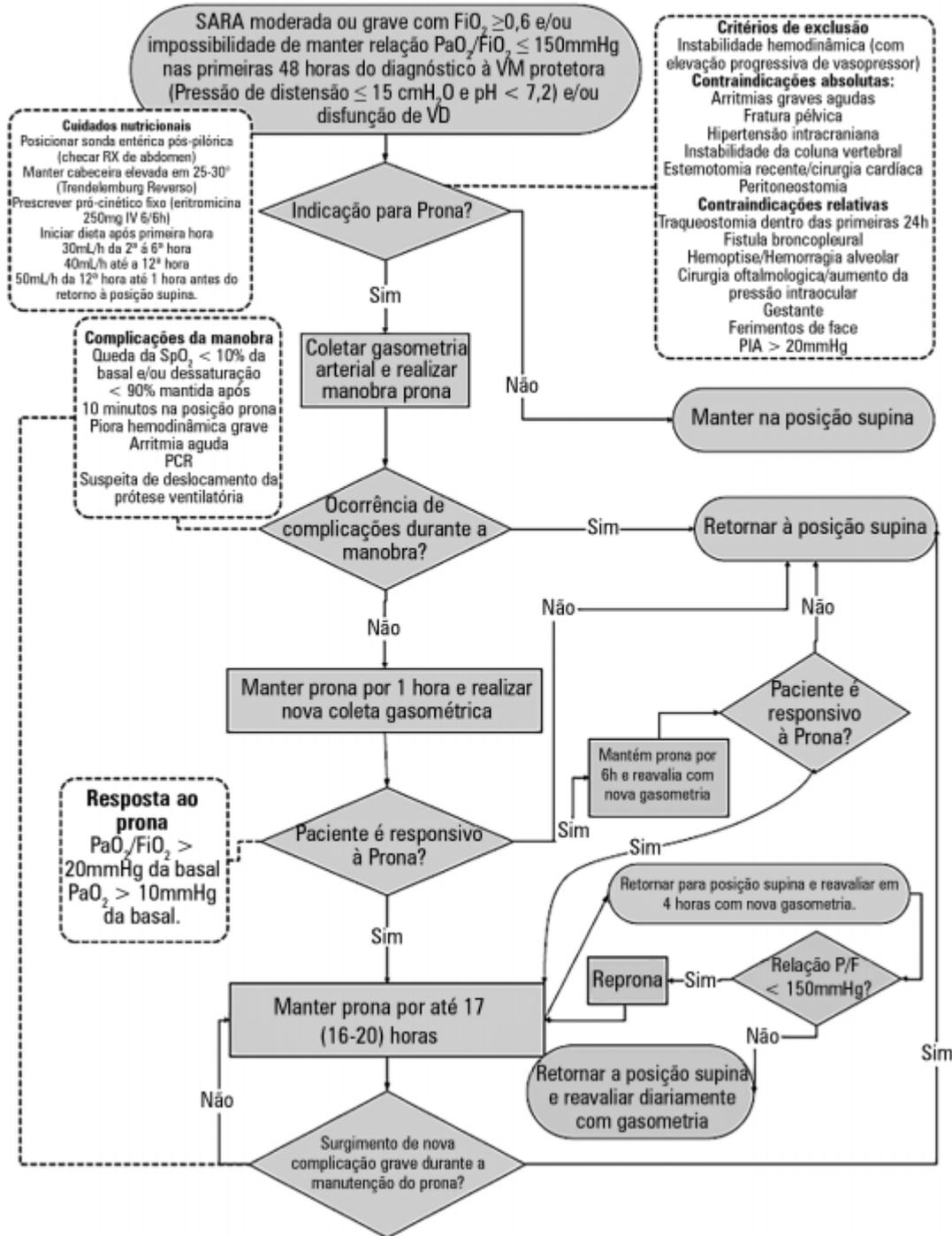
FiO ₂	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12	14	14	14	16	18	18-24

- A frequência respiratória deverá ser estabelecida entre 20 e 35 respirações por minuto para manter PaCO₂ entre 30 e 45 e/ou PaCO₂ entre 35 e 50mmHg.
- Nos casos de PaO₂/FIO₂ menores que 150 já com PEEP adequado pela tabela PEEP/FIO₂ sugere-se utilizar ventilação protetora com paciente em posição prona por no mínimo 16 horas, com todos os cuidados e paramentação adequada da equipe assistente que irá realizar a rotação, devido ao alto poder infectante deste vírus e à necessidade de pelo menos cinco profissionais de saúde para o decúbito prona seguro e adequado do paciente.
- Nos casos extremos de hipoxemia refratária com PaO₂/FIO₂ menor que 80 por 3 horas e ou menor que 100 por 6 horas, pode-se indicar a instalação de ECMO veno-venosa ou veno-arterial nos casos de acometimento cardíaco. Nesse caso, sugere-se que o paciente seja transferido para uma unidade especializada em ECMO ou que uma equipe externa disponibilize estrutura adequada para realização segura e adequada da ECMO, conforme as normas vigentes.

PRONA

O fisioterapeuta **deve auxiliar na prona** dos pacientes. De acordo com Oliveira et al, 2017, são necessárias 5 pessoas para realizar o procedimento com paciente normotróficos e 7 para pacientes obesos. Na presença de dreno torácico é necessário mais uma pessoa exclusiva para cuidados com o mesmo.

Sequência para definição:



Alguns passos a serem seguidos:

- Passo 1: definição da hora e da equipe (responsável médico, enfermeiro e fisioterapeuta);
- Passo 2: providenciar coxins (responsável: fisioterapeuta);
- Passo 3: cuidados pré-manobra (responsável: enfermeiro);
- Passo 4: reunião da equipe para execução da manobra.

Cuidados pré – manobra:

- Suspender a dieta 2 horas antes;
- Clampear drenos;
- FiO2 à 100% 10 minutos antes da manobra.

A técnica utilizada é a do envelope:



Realizar a seguinte sequência: deslocar o paciente para o lado contrário ao ventilador mecânico, lateralizar o paciente e girar para a posição prona.





- Técnicas de fisioterapia respiratória quando indicado;
- Auxílio na RCP (tabela 2);

Tabela 2 - Ajuste dos parâmetros de ventilação mecânica:

Ajuste dos parâmetros de ventilação mecânica	
Modo ventilatório	VCV
Volume corrente	6 ml/kg de peso predito
PEEP	Zero
FiO ₂	100%
FR	10 – 12 rpm
Fluxo ou TI (dependendo do ventilador)	Suficiente p/ TI de aproximadamente 1 segundo
Sensibilidade	A menos sensível – mais difícil
Alarme de pressão	60cmH ₂ O

- Nos casos em que seja necessário cardioversão elétrica desligar o ventilador mecânico durante o choque, religar imediatamente após o procedimento.
- RCP em posição prona: Nos casos de parada cardiorrespiratória durante posicionamento em prona, sem possibilidade de mudança imediata para posição supina, recomenda-se a realização das compressões torácicas (“massagem cardíaca”) em posição prona, mantendo as mãos entre as escápulas. Se necessário, a manobra de contrapressão pode ser realizada por outro profissional (Imagens retiradas do Guidance for prone positioning in adult critical care, fora do contexto da pandemia de COVID-19). O retorno contrapressão 3 à posição supina deve ocorrer caso a intervenção não esteja surtindo efeito ou após recuperação do paciente (ASSOBRAFIR, 2020).



- Mobilização conforme indicação: Recomendar que a instituição de protocolos de mobilização e/ou exercícios terapêuticos precoces seja direcionada para todos os pacientes sob ventilação mecânica, com diagnóstico de insuficiência respiratória aguda (IRpA) secundária à COVID-19, como procedimento de rotina, incluindo a definição de um número mínimo de atendimentos/dia, pode impor uma demanda de trabalho extra, não compatível com a capacidade da equipe.
- Progressão de desmame ventilatório e extubação quando possível.
- Recomenda-se NÃO utilizar cateter nasal de alto fluxo ou ventilação não-invasiva com BIPAP de circuito único como rotina com o intuito de se evitar a disseminação e contágio, exceto sob condições especiais.

***REALIZAR ATENDIMENTOS SEGUINDO AS NORMAS DE UTILIZAÇÃO DE EPIS.**

RECOMENDAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS RESPIRATÓRIOS NO PACIENTE ADULTO SUSPEITO/CONFIRMADO - COVID-19

Assim, considerando que:

Sabe-se que a transmissão do SARS-Cov-2 se dá através de gotículas contendo o vírus, as quais são eliminadas ao falar, tossir ou espirrar a partir de uma pessoa contaminada com o vírus. Estas gotículas podem contaminar uma pessoa sadia que se encontre a cerca de 1 a 2 metros do doente. Pode-se também contrair a doença ao tocar em objetos e superfícies contaminadas com essas gotículas contendo o vírus e, a seguir, tocar nos olhos, nariz ou boca com as mãos contaminadas. Portanto, a principal maneira pela qual a doença se espalha é através de gotículas respiratórias expelidas por alguém que está tossindo. O risco de contrair COVID-19 de alguém sem sintomas é muito baixo.

1. A principal via de transmissão pessoa a pessoa do novo coronavírus (SARS-CoV-2) ocorre por gotículas respiratórias ou contato. Estudos experimentais indicam que o SARS- -CoV-2 pode permanecer viável em aerossóis por horas e em superfícies (plástico, aço inoxidável) por dias,

possibilitando maior propagação do vírus. Esses achados implicam em cuidados redobrados de higiene ambiental e de equipamentos para evitar a infecção cruzada.

2. A dispersão do ar expirado pelos pacientes infectados durante os procedimentos que geram aerossóis (intubação traqueal; ventilação não invasiva; manobras de higiene brônquica – aspiração traqueal, manobras de mobilização de secreções; ventilação com pressão positiva manual – balão autoinflável e reanimador mecânico manual em T – broncoscopia; inalação com sistema Venturi) podem aumentar o risco de transmissão do vírus e infecção cruzada. Desses procedimentos a intubação traqueal parece ser o procedimento de maior risco.

EQUIPE ASSISTENCIAL E AMBIENTE

1. Seguir as recomendações, atualizadas periodicamente, relacionadas ao preparo do profissional de saúde para precauções de contato, cuidados de isolamento, retirada da paramentação e descarte dos materiais e equipamentos utilizados no atendimento do paciente com COVID-19 SUSPEITA ou CONFIRMADA na UTI que estão disponíveis no POP COVID 2019 – HRMS;
2. Estabelecer a cada troca de plantão, a equipe multiprofissional responsável pelo atendimento. De preferência composta por profissionais de maior experiência e com treinamento em precauções de contato e cuidados com o adulto em insuficiência respiratória;
3. Nota: os equipamentos não descartáveis contaminados ou potencialmente contaminados pelo SARS-CoV-2 (laringoscópio e lâminas, ventiladores manuais, etc) não devem ser levados da área contaminada para uma área limpa. Eles devem ser acondicionados e desinfetados seguindo diretrizes rígidas;
4. Instalar filtro tipo HEPA (High Efficiency Particular Air – filtros de ar para partículas finas de alta eficácia) eletrostático e hidrofóbico nos equipamentos para suporte respiratório (ventilação invasiva e ventiladores manuais) conforme as figuras abaixo. Providenciar as trocas periódicas de acordo com as recomendações de cada fabricante. Obs. Não confundir com os filtros trocadores de calor e umidade (HME – Heat and Moisture Exchange) colocados entre a cânula traqueal e o “Y” do circuito de ventilação mecânica em substituição ao sistema de umidificação e aquecimento tradicional, muito utilizado em pacientes adultos. Esses dispositivos, os filtros HME, não estão recomendados no período neonatal devido à baixa eficácia na umidificação e aquecimento.

CUIDADOS COM O PACIENTE EM VMI:

- Manter conexões bem fixas para que haja mínima manipulação;
- Não desconectar o circuito de ventilação;
- Usar filtro barreira no ramo expiratório;
- Utilizar sistema de aspiração fechado (trach – care). Estender o tempo de troca para cada 5 -7 dias ou em caso de sujidade. No momento da troca, clampar o TOT;
- Evitar aspiração de vias aéreas superiores;
- Manter fixação adequada do TOT para evitar trocas frequentes e diminuir o risco de extubação não planejada;
- Nos casos de condensado no circuito: pré-oxigenar o paciente; desligar o ventilador para minimizar a pulverização de aerossol; retirar o condensado desprezando em recipiente fechado com solução de hipoclorito; e, reconectar imediatamente após o descarte do condensado.
- Realizar o procedimento em duas pessoas, preferencialmente, utilizando EPI's apropriados (máscara e óculos).
- Realizar o procedimento em duas pessoas, preferencialmente, utilizando EPI's apropriados (máscara e óculos)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COVID – 19 – REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR. Comunicação oficial ASSOBRAFIR – 27/03/2020 – Disponível em: https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/03/ASSOBRAFIR_COVID-19_RCP_V2-1.pdf

ESTRATÉGIAS DE MOBILIZAÇÃO E EXERCÍCIOS TERAPÊUTICOS PRECOSES PARA PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA POR INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA SECUNDÁRIA À COVID-19 - Comunicação oficial ASSOBRAFIR – 01/04/2020 – Disponível em: https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/04/ASSOBRAFIR_COVID-19_Mobiliza%C3%A7%C3%A3o_2020.04.01-1.pdf

Manejo do paciente com infecção pelo Coronavírus – COVID – 19 e pneumonmia insuficiência respiratória – Pelo comitê de Ventilação mecânica da AMIB – março/2020.

Oliveira, V. M. *et al.* Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona. Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(2):131-141.

PROTOCOLO ASSISTENCIAL PACIENTES HIPOXÊMICOS – COVID-19 – UFSC – HU - 26/03/2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/10197/4923501/PRT.CPA-COVID19.006+Protocolo+Atendimento+Pacientes+Hipox%C3%AAmicos.pdf/0e3cff4a-1814-4dbd-a283-ff7f16d4d991>

Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva. AMIB – abril/2020.

ENFERMARIAS

PACIENTES SINTOMÁTICOS (SUSPEITOS/CONFIRMADOS), INTERNADOS EM ENFERMARIA

Conforme plano de ação emergencial COVID-19, pacientes classificados como casos graves, apresentando comprometimento do trato respiratório e consequentemente do sistema motor; nas enfermarias monitoraremos e auxiliaremos a minimizar os efeitos deletérios no sistema respiratório e motor.

OBJETIVOS DO PROTOCOLO:

- Prevenir e/ou minimizar as perdas:
 - De amplitude de movimento articular;
 - De força e massa muscular periférica;
 - De mobilidade para realização de transferências no leito e para fora dele;
 - De condicionamento cardiorrespiratório;
 - Da independência funcional para os domínios que envolvem o movimento corporal.

CRITÉRIOS PARA A PRESCRIÇÃO UM PROTOCOLO SISTEMÁTICO DE MOBILIZAÇÃO E/OU EXERCÍCIOS TERAPÊUTICOS

- Nível de mobilidade prévio e atual;
- Reserva cardiovascular (pressão arterial - PA, frequência cardíaca - FC, saturação de pulso de oxigênio - SpO₂, índice de percepção de esforço (IPE) mensurado na escala de Borg); compreensão da alteração da Frequência Cardíaca através de nossa própria percepção corporal, durante a prática da atividade físicas. Ela pode ser utilizada para qualquer atividade aeróbia, sendo recomendada como uma opção prática na observação da Intensidade de esforço. Os números de 6-20 são baseados na Frequência Cardíaca de 60-200 bpm. Sendo que o número 12 corresponde aproximadamente 55% e o 16 a 85% da Frequência Cardíaca Máxima.
- Reserva respiratória (SpO₂, relação entre pressão parcial de oxigênio no sangue arterial - PaO₂ e fração inspirada de oxigênio - FiO₂ (PaO₂/FiO₂), dispneia ao repouso ou aos esforços, frequência respiratória - FR e outros parâmetros quando necessários;
- Presença de restrição clínica;
- Grau de força muscular (FM).
- Caberá ao fisioterapeuta o entendimento do momento atual, da história clínica e das comorbidades, bem como do diagnóstico fisioterapêutico, para que a prescrição do protocolo seja adequada ao estado atual do (a) paciente. Isso é bastante importante, pois um protocolo muito intenso pode gerar impactos negativos pela sobrecarga excessiva, enquanto um

protocolo muito leve poderá não atingir os limites necessários para as respostas fisiológicas desejadas.

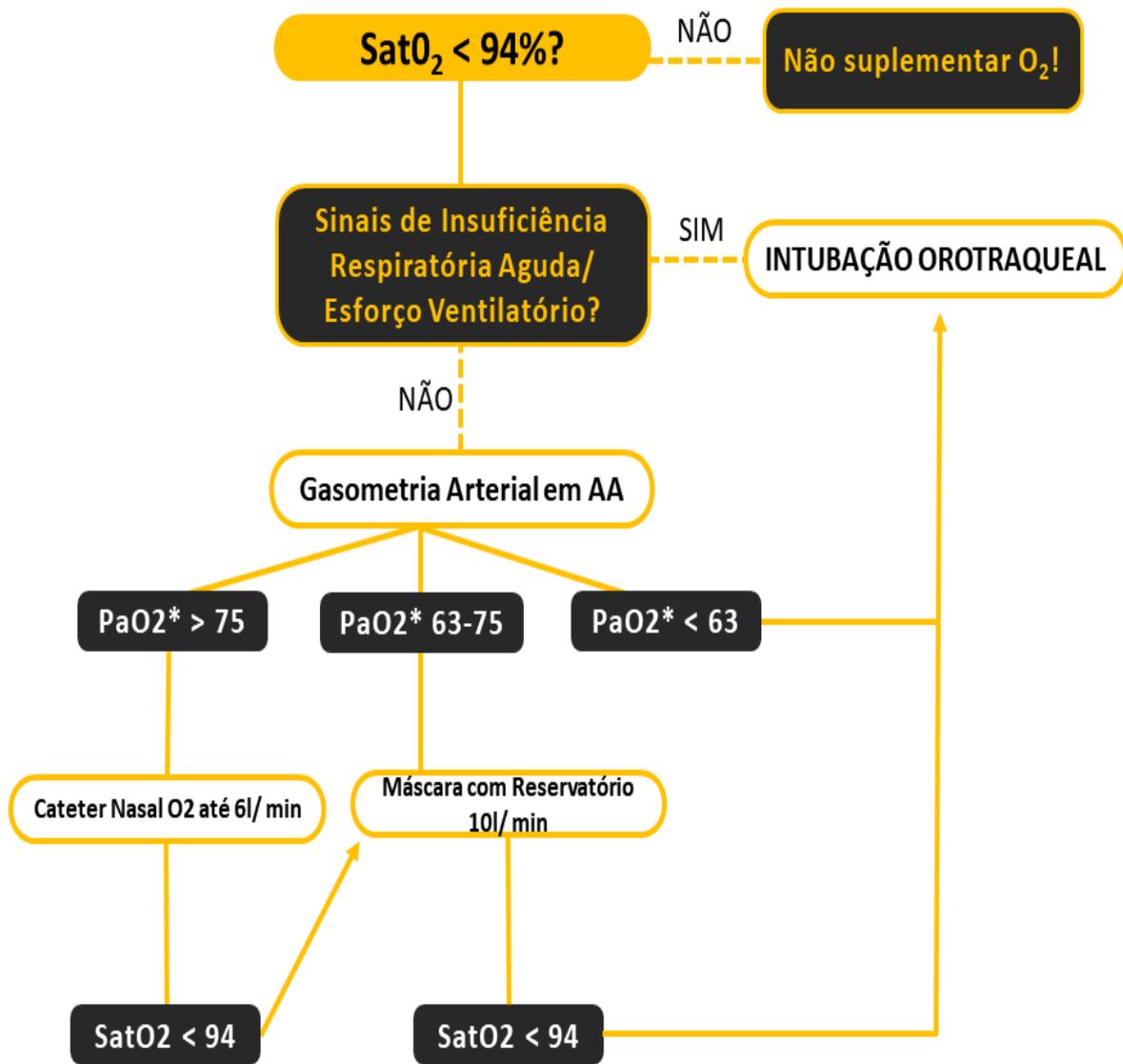
Instrumentos de avaliação funcional:

- Escala de FM periférica-> Escore de força muscular proposto pelo Medical Research Council (MRC);
- Escalas de mobilidade-> Escala de estado funcional (ICU Mobility Scale IMS);
- Escala clínica objetiva da gravidade da lesão cerebral-> Escala de Coma de Glasgow (ECG);
- Escala sobre o grau de independência-> Escala modificada de Barthel.

Plano terapêutico:

- Preservar o estado funcional e/ou iniciar o processo de reabilitação com foco em ganho, a depender do diagnóstico e do prognóstico:
- Monitorização cardiorrespiratória e sinais vitais,
- Cabeceira do leito elevada a 30-45 °,
- Manejo e desmame de oxigenioterapia (Usar cateter nasal até 6L/min, para uma SpO₂>93% e FR<24ipm, máscaras com reservatório são. Não se recomenda uso de máscaras de Venturi e micro e macronebulização pelo risco de formação de arrossóis e disseminação viral.

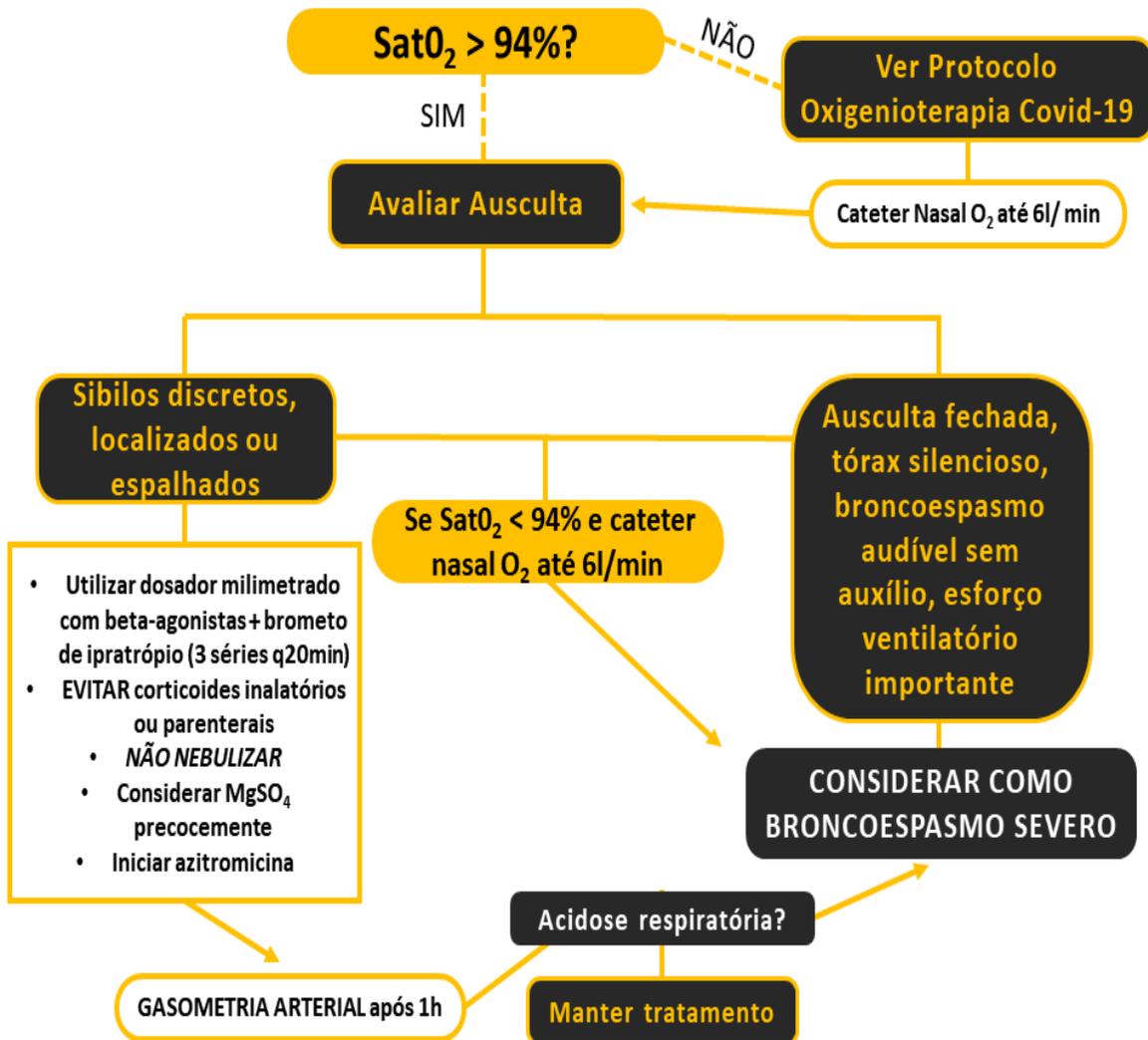
SUPLEMENTAÇÃO DE OXIGÊNIO EM PACIENTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE
INFECÇÃO POR COVID-19.



*utilizar PaO2 corrigida pela idade. Fórmula: 109 – (idade X 0,45)

Fluxograma segundo a Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMED

MANEJO DE BRONCOESPASMO EM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19.



Fluxograma segundo a Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAME

- Ventilação não invasiva: com o uso da interface máscara facial recomenda-se a contra-indicação, pois apresentam vazamento de ar expirado pela porta de expiração, podendo atingir uma distância de aproximadamente 92 cm. A realização com a utilização de capacete (Helmet) demonstra que o vazamento de ar expirado era insignificante quando a VNI era aplicada por meio de um capacete com circuito de ramos duplos, filtros e boa vedação na interface pescoço-capacete;
- Técnicas de fisioterapia respiratória: Realizar os atendimentos seguindo as normas de EPIs- avental ou macacão impermeável, 2 luvas, máscara N95, gorro, propé ou botas, óculos de proteção se possível máscara facial;
- Técnica de Expiração Forçada Huffing: Auxiliar na remoção de secreções pulmonares;
- Tosse (higiene brônquica): Utilizar sacos de plástico fechados para a colocação dos papéis de recolha da expetoração para impedir que se difunda o vírus;

- Manobra de Compressão: Descompressão Torácica (reexpansão pulmonar);
- Exercícios Respiratórios de Expiração Abreviada (aumentar o volume pulmonar e o tempo inspiratório);
- Exercício Respiratório FrenoLabial (aumentar o volume corrente e diminuir a frequência respiratória, melhorando o nível de oxigenação por manutenção de pressão positiva nas vias aéreas);
- Exercícios Respiratórios Exercício Diafragmático (melhorar a ventilação nas bases pulmonares pela otimização da ação diafragmática, como diminuir o trabalho respiratório pela redução da contribuição dos músculos da caixa torácica, reduzir a dispneia e melhorar o desempenho ao exercício);
- Exercícios de Expansão Torácica Localizada (aumentar a ventilação pulmonar nas regiões em que há maior deslocamento da caixa torácica);
- Exercícios Respiratórios Soluços Inspiratórios (aumentar a ventilação nas zonas basais, com elevação da capacidade e do tempo inspiratório);
- Exercícios Respiratórios Inspiração em Tempos (melhorar a complacência do tórax e dos pulmões e aumentar a capacidade inspiratória);
- Incentivadores Respiratórios (aumentar a pressão transpulmonar e restaurar volumes e capacidades pulmonares);



Fonte: SARMENTO, G.J.V. Fisioterapia respiratória no paciente crítico: rotinas clínicas. Barueri, SP: Manole, 2005.

- Treinamento Muscular Inspiratório (aumentar a força e/ou a endurance da musculatura inspiratória);



Fonte: BISSETT, B.M; LEDITSCHKE, IA; PARATZ, J.D; BOOTS, RJ. Protocol: inspiratory muscle training for promoting recovery and outcomes in ventilated patients (IMPROVe): a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2012 Mar 2;2(2). PRESTO, B. DAMÁZIO, L. *Fisioterapia na UTI*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

- Cinesioterapia: movimentos realizados nos membros superiores e inferiores, os quais podem ser passivos, assistidos, ativos e resistidos (resistência do próprio corpo, uso de thera band, peso e resistência manual do terapeuta), exercícios em diagonal conforme colaboração e estado clínico-funcional; alongamentos, descargas de peso. Usar equipamento que possa ser de uso único pelo paciente. Por exemplo, usar Thera band em vez de pesos livres para os membros superiores.
- Treino de sedestação e controle de tronco: visa a colocação do indivíduo na posição sentada para estímulo ao estresse gravitacional, à manutenção do corpo na linha média, contração dos músculos abdominais e extensores de tronco, dissociação de cinturas;
- Treino de mobilidade para transferências no leito: treinos de rolar no leito e de deitado para sentado, ponte, os quais são movimentos essenciais para o dia-a-dia;
- Ortostatismo: posição em pé, a qual pode ser efetuada de forma passiva, ou de forma assistida, com auxílio profissional ou de dispositivos específicos. Recomenda-se que o indivíduo tenha FM de quadríceps maior que três (3) na escala de avaliação manual de força, para que a forma assistida seja avaliada; Equipamentos maiores (poltronas e planos inclinados) devem ser facilmente descontaminados. Evitar o uso de equipamento especializado, a menos que seja necessário para tarefas funcionais básicas. Por exemplo, poltronas reclináveis ou planos inclinados podem ser consideradas apropriadas se puderem ser descontaminadas com uma limpeza adequada e forem indicadas para a progressão da posição sentada / ortostatismo.
- Marcha: treino de realização da marcha com ou sem auxílio, caminhada de 6 min., descer e subir lance de escada;
- Cicloergometria em MMSS e MMII: mobilização assistida ou ativo dos membros com uso de cicloergômetro.

Algumas intervenções podem não ser realizadas, caso o profissional julgue que não há critérios de segurança e/ou com base na avaliação funcional.

As intervenções que gerarem maior consumo energético devem ser indicadas de forma criteriosa, para não aumentar ainda mais o desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio. Por isso, o volume (séries e repetições) e a frequência diária, deverão ser avaliados de forma individualizada, respeitando os critérios de segurança.

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

VENTILAÇÃO DE RESGATE

As ventilações manuais devem ser realizadas somente em casos de extrema necessidade. Nesses casos, use máscara facial, filtro HEPA, bolsa válvula máscara (BVM) e cânula de Guedel. 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 pelo sistema de oferta de oxigênio em uso (catéter de baixo fluxo, máscara facial ou máscara com reservatório). Se o paciente já estiver em ventilação mecânica invasiva, utilize a ventilação manual do próprio ventilador, evitando a desconexão. No ventilador sugere-se os seguintes ajustes:

- FR = 10-12 ipm
- FiO₂ = 100%
- Relação I:E = 1:2
- Tempo inspiratório = 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 60cmH₂O

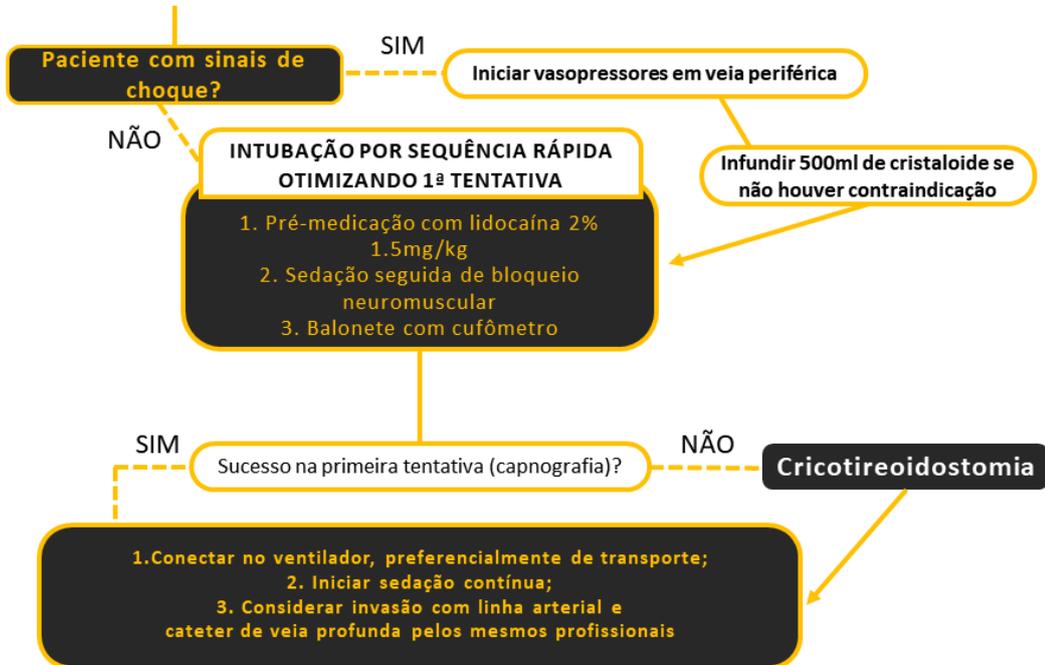
Embora não haja um modo ventilatório de escolha para utilização na RCP, deve-se garantir um volume corrente adequado, em torno de 4 a 6 ml/Kg do paciente. Se for necessário usar a BVM, recomenda-se ventilar um volume \geq 600 mL. Se seu uso for inevitável, recomenda-se clampar o tubo na transição para a BVM (EVITE ao máximo a dispersão de aerossóis!).

Caso a opção seja realizar ventilações manuais com o uso do ventilador mecânico, deve-se acionar o botão específico para a realização dos ciclos respiratórios, sempre que houver essa opção no equipamento. Há, ainda, ventiladores mecânicos que têm um modo ventilatório específico para utilização na RCP, com parâmetros ventilatórios pré-determinados e que realizam as ventilações de forma assíncrona com as compressões torácicas.

PACIENTES CONFIRMADOS QUE NECESSITAM DE IOT E VENTILAÇÃO MECÂNICA

Iniciar pré-oxigenação

Com máscara com reservatório. Menor fluxo possível para deixar a bolsa cheia.



Fluxograma segundo a Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMED

- Uso de sistema fechado de aspiração em todos os casos e aspiração por sistema a vácuo;
- Troca dos filtros trocadores de calor e umidade quando observada alteração da sua função, quando sujo, ou a cada intervalo regular de 5 a 7 dias;
- Uso de filtro de barreira na extremidade distal do ramo expiratório do circuito ventilatório, antes da válvula exalatória do ventilador mecânico.

Após instituição da ventilação mecânica invasiva, deve-se priorizar a adoção da estratégia protetora para minimizar o risco de ocorrência de lesão pulmonar induzida pela ventilação mecânica, recomendando-se:

- Emprego do modo de ventilação controlada a volume (VCV) ou ventilação controlada a pressão (PCV), com volume corrente ajustado em 6 ml/Kg, ou inferior se possível;
- Manutenção da pressão de distensão alveolar (driving pressure) inferior a 15 cmH2O;
- Elevação dos níveis de pressão positiva expiratória final (PEEP), de forma a reduzir os níveis de driving pressure e que garantam uma oxigenação compatível com a vida (PaO2 ≥ 60 mmHg, com FiO2 ≤ 60%);
- Tolerância à hipercapnia permissiva;
- Para paciente em Ventilação Mecânica que necessitará de transporte, deverá utilizar o ventilador de transporte, filtro HEPA e pinça para campear TOT, para fazer a transição do ventilador para o de transporte.

ANEXOS

ESCALA MODIFICADA DE BARTHEL

NOME: _____ **D.N** ____ / ____ / ____ **HD:** ____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.
2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.

CATEGORIA 2: BANHO

1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, servir-se de temperos, passar manteiga, etc.

CATEGORIA 4: TOALETE

1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

1. O paciente é incapaz de subir escadas.
2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

CATEGORIA 6: VESTUÁRIO

1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário
3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.
5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)

1. O paciente apresenta incontinência urinária.
2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou

limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.

4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)

1. O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.
2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULACAO

1. Totalmente dependente para deambular.
2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

Não se aplica aos pacientes que deambulam.

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para a cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Interpretação do Resultado
100 pontos – totalmente dependente
99 a 76 pontos – dependência leve
75 a 51 pontos - dependência
50 a 26 pontos – dependência severa
25 e menos pontos – dependência total

Fonte: <http://health.gov.au/internet/main/p4ublishing.nsf>

Escore do Medical Research Council (MRC)

Movimentos avaliados

- Abdução do ombro
- Flexão do cotovelo
- Extensão do punho
- Flexão do quadril
- Extensão do joelho
- Dorsiflexão do tornozelo

Graude força muscular

- 0 = Nenhuma contração visível
- 1 = Contração visível sem movimento do segmento
- 2 = Movimento ativo com eliminação da gravidade
- 3 = Movimento ativo contra a gravidade
- 4 = Movimento ativo contra a gravidade e resistência
- 5 = Força normal

Consiste em seis movimentos avaliados bilaterais e grau de força muscular para cada movimento entre 0 (paralisia total) e 5 (força muscular normal). A pontuação total varia de 0 (tetraparesia completa) a 60 (força muscular normal). Fonte: Adaptado de De Jonghe et al. (2005).

Fonte: Rev Bras Ter Intensiva. 2011; 23(1):56-61

Escala de IMS

Classificação	Definição
0 Nada (deitado no leito)	Rolado passivamente ou exercitado passivamente pela equipe, mas não se movimentando ativamente
1 Sentado no leito, exercícios no leito	Qualquer atividade no leito, incluindo rolar, ponte, exercícios ativos, cicloergômetro e exercícios ativo assistidos; sem sair do leito ou sentado à beira do leito
2 Transferido passivamente para a cadeira (sem ortostatismo)	Transferência para cadeira por meio de guincho, elevador ou passante, sem ortostatismo ou sem sentar à beira do leito
3 Sentado à beira do leito	Pode ser auxiliado pela equipe, mas envolve sentar ativamente à beira do leito e com algum controle de tronco
4 Ortostatismo	Sustentação do peso sobre os pés na posição ortostática, com ou sem ajuda. Pode ser considerado o uso do guincho ou prancha ortostática.
5 Transferência do leito para cadeira	Ser capaz de dar passos ou arrastar os pés na posição em pé até a cadeira. Isto envolve transferir ativamente o peso de uma perna para outra para ir até a cadeira. Se o paciente já ficou em pé com auxílio de algum equipamento médico, ele deve andar até a cadeira (não aplicável se o paciente é levado por algum equipamento de elevação)
6 Marcha estacionária (à beira do leito)	Ser capaz de realizar marcha estacionária erguendo os pés de forma alternada (deve ser capaz de dar no mínimo 4 passos, dois em cada pé), com ou sem auxílio
7 Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com auxílio de 2 ou mais pessoas
8 Deambular com auxílio de 1 pessoa	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o auxílio de 1 pessoa
9 Deambulação independente com auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o uso de dispositivos de marcha, mas sem o auxílio de outra pessoa. Em indivíduos cadeirantes, este nível de atividade implica em se locomover com a cadeira de rodas de forma independente por 5 metros para longe do leito/ cadeira.
10 Deambulação independente sem auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira sem o uso de dispositivos de marcha ou o auxílio de outra pessoa.

Fonte: Heart & Lung. 2014(43):19-24

Escala de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Fonte: Emmerich J C (2008).

Escala de Borg

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Figura 1 - Escala Modificada de Borg

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COVID-19 – Intervenção na insuficiência respiratória aguda - ASSOBRAFIR 2020

COVID-19 – Reanimação Cardiopulmonar – ASSOBRAFIR 2020

COVID-19- Mobilização precoce na insuficiência respiratória aguda- Assobrafir 2020.

COVID-19: Papel do Fisioterapeuta em diferentes cenários de atuação – ASSOBRAFIR

FOWLER RA, GUEST CB, LAPINSKY SE, et al. Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome during Intubation and Mechanical Ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2004;169(11):1198-1202.

HERMANS G, CLERCKX B, VANHULLEBUSCH T, et al. Interobserver agreement of Medical Research Council sum-score and handgrip strength in the intensive care unit. *Muscle Nerve*. 2012 Jan;45(1):18-25. *Heart & Lung*. 2014(43):19-24.

HODGSON CL, STILLER K, NEEDHAM DM, et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Crit Care* 2014; 18:658.

Intervenção da Fisioterapia na COVID-19 em ambiente hospitalar para casos agudos: Recomendações para guiar a prática clínica Versão 1.0 23 Março 2020

MARTINS JA, ANDRADE FMD, BERALDO MA, organizadores. PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto: Ciclo 6. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016:3:11-36.

MATOS CA, MENESES JB, BUCOSKI SCM, MORA CTR, FRÉZ AR, DANIEL CR. Existe diferença na mobilização precoce entre os pacientes clínicos e cirúrgicos ventilados mecanicamente em UTI? *Fisioter Pesqui* 2016;23(2):124-8.

MIRANDA ROCHA AR, MARTINEZ BP, MALDANER DA SILVA VZ, FORGIARINI JUNIOR LA. Early mobilization: Why, what for and how? *Med Intensiva*. 2017 Oct;41(7):429-436. doi: 10.1016/j.medin.2016.10.003.

MORAIS CCA, MESQUITA FOS, ANDRADE FMD, CORREIA JÚNIOR MAV. Síndrome pós-terapia intensiva. In: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva;

SARMENTO, GJV. Fisioterapia respiratória no paciente crítico. São Paulo: Manole, 2005

SCHUJMANN DS, TEIXEIRA GOMES T, LUNARDI AC, LAMANO MZ, FRAGOSO A, Pimentel M. Impact of a Progressive Mobility Program on the Functional Status, Respiratory and Muscular Systems of ICU Patients: A Randomized and Controlled Trial. *Crit Care Med*. 2019 Dec 19. doi: 10.1097/CCM.0000000000004181

XIAO Z, LI Y, CHEN R, LI S, ZHONG S, ZHONG N. A retrospective study of 78 patients with severe acute respiratory syndrome. *Chin Med J (Engl)*. 2003;116(6):805-810.

PROTOCOLO DE BOAS PRÁTICAS NO ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO AOS PACIENTES DISFÁGICOS COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19

O atendimento fonoaudiológico hospitalar no HRMS, tem como enfoque a atuação, juntamente à equipe multiprofissional, na assistência aos pacientes disfágicos, visando a habilitação e/ou reabilitação da deglutição para propiciar a alimentação por via oral de maneira segura, funcional e prazerosa. Na impossibilidade de dieta por via oral, o Serviço de Fonoaudiologia faz a indicação da via mais segura de alimentação, colaborando para agilizar a desospitalização.

Diante da pandemia de Covid -19, considerando as especificidades da doença, bem como alta transmissibilidade do vírus, algumas medidas fazem-se necessárias na atuação destes profissionais, para que sejam mantidas as boas práticas durante os atendimentos.

PACIENTES ASSINTOMÁTICOS

- O atendimento fonoaudiológico deve seguir os protocolos de avaliação e terapia já implantados pelo Serviço de Fonoaudiologia e as medidas de precaução padrão adequadas, conforme o tipo de atendimento a ser prestado (Higienização das mãos, desinfecção dos instrumentos utilizados e uso de EPIs: Máscara Cirúrgica, Gorro, Capote e Óculos de Proteção).

PACIENTES COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO PARA COVID-19

- Os pareceres deverão ser solicitados somente pela equipe médica e deverá ser analisada a Pertinência da Avaliação Fonoaudiológica, diante do quadro clínico do paciente, primando pelas medidas preventivas de cuidado e de menor risco. Atentar-se ao quadro do 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 maior precisão a intervenção fonoaudiológica;
- A terapia fonoaudiológica deve ser indicada pelo Fonoaudiólogo e baseada na evolução clínica diária de cada paciente, além de se basear nos critérios de segurança para evitar a disseminação e contágio da doença;
- **NÃO** é recomendado o acompanhamento de pacientes intubados sob nenhuma hipótese;
- Em pacientes graves que foram submetidos à intubação orotraqueal, a avaliação e acompanhamento fonoaudiológico para a reintrodução da alimentação oral, dar-se-ão após 24 horas, no mínimo, de extubação, e considerando todo o quadro do paciente;
- Em caso de avaliação e acompanhamento: utilizar impreterivelmente EPIs adequados, seguindo à risca todas as medidas de precaução padrão para paramentação e desparamentação: roupa privativa da unidade, capote descartável, luvas, gorro, óculos

de proteção/ Protetor Facial e Máscara N95, associados ao cuidado de higienização das mãos (lavagem com água e sabão ou com a utilização de álcool em gel 70%) e seguir os passos conforme as diretrizes atuais da Organização Mundial da Saúde (OMS) nos 5 momentos preconizados: I) antes do contato com o paciente; II) antes da realização de procedimento; III) após o risco de exposição a fluidos corporais; IV) após contato com o paciente e V) após contato com as áreas próximas ao paciente;

- Evitar a inspeção e manuseio da cavidade oral e língua, considerando o grande potencial de disseminação do vírus;
- Os alimentos ou espessantes utilizados para avaliação ou fonoterapia nos pacientes com suspeita ou confirmação de Covid-19, devem ser imediatamente descartados dentro da área restrita de isolamento, sem que haja circulação por outras e não reutilizar em hipótese alguma;
- Usar somente utensílios descartáveis;
- Evitar realizar procedimento de ausculta cervical, devido à contaminação e permanência do vírus vivo em superfícies. Nos casos em que a ausculta cervical for essencial, deve-se utilizar o estetoscópio exclusivo do leito do paciente, tomando os devidos cuidados quanto à higienização e desinfecção do mesmo. O mesmo é recomendado com relação ao uso de oxímetro;
- A intervenção nos pacientes **traqueostomizados** (aspiração endotraqueal, deflação do cuff, adaptação de dispositivos como válvulas unidirecionais de fala e deglutição e treino de via oral) deverá ser realizada quando o exame para Covid-19 estiver **negativado**. Se não for possível aguardar a negativação do exame, deve ser realizada a discussão com a equipe multiprofissional para a eleição do momento ideal para realizar a intervenção, desde que não interfira na segurança dos demais pacientes e também do profissional que prestará a assistência;
- **NÃO** é recomendado desinsuflar cuff, estimular a tosse, uso de dispositivos respiratórios ou adaptação de válvula de fala e deglutição durante o curso da doença;
- Sugere-se a não utilização de equipamentos de incentivo respiratório, pelo fonoaudiólogo, nos pacientes com suspeita ou Covid-19 positivo devido à possibilidade de aumento da aerolização durante o uso, podendo potencializar o contágio.
- Iniciar treinamento de deflação do cuff, adaptação de válvula de fala e processo de decanulação **APÓS** curso da doença com painel viral negativo;
- Em caso de necessidade de aspiração endotraqueal, o procedimento deve ser cuidadoso e idealmente com circuito fechado de aspiração;
- Sugere-se que os pacientes sintomáticos ou confirmados sejam os últimos atendidos no plantão. *Fonoaudiólogos que compõe o grupo de risco (asmáticos, hipertensos, diabéticos, idosos e gestantes) não devem prestar assistência a esses pacientes;*

- Os exames objetivos da deglutição (**Videofluoroscopia e Videoendoscopia da deglutição**) sugere-se que sejam indicados e/ou realizados apenas após painel viral negativo;
- A laringoscopia flexível (com ou sem estroboscopia) em pacientes com suspeita ou portadores de Covid-19 **NÃO** é recomendada devido à alta probabilidade de transmissão da doença por aerossóis da cavidade nasal e nasofaringe, aumentando o risco aos profissionais envolvidos. Recomenda-se a participação do fonoaudiólogo nesses exames somente ao paciente que apresente resultado negativo para Covid-19;

ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO NAS UNIDADES NEONATAIS

No contexto atual, devido à escassez de evidências científicas sobre o cuidado perinatal na pandemia Covid-19, surgiram novas necessidades para que os sejam tomados os cuidados devidos no atendimento dos pacientes, mantendo os princípios básicos de atenção e Humanização. Sendo assim, fazem-se necessárias algumas modificações no atendimento Fonoaudiológico, para adequação da assistência, no momento da Pandemia da Covid-19.

A Covid-19 é uma doença nova, com curso clínico ainda pouco conhecido, principalmente em neonatos. Grande parte das orientações descritas derivam de relatos de autores que tiveram experiência nos cuidados de pacientes adultos com Covid-19 na China. Dessa maneira, recomendações encontradas até o presente momento, são de caráter provisório e poderão ser alteradas à medida que novas informações forem obtidas e novos conhecimentos forem construídos.

Até o momento, os estudos não indicaram a ocorrência de transmissão vertical mãe-conceito, e não demonstraram a presença do vírus na placenta, líquido amniótico, sangue de cordão ou leite materno. Estudos que relataram casos de RN que desenvolveram a doença concluem provável contaminação pós-natal. A principal via de transmissão entre pessoas, do novo coronavírus (SARS-CoV-2) ocorre por gotículas respiratórias ou contato. Estudos experimentais indicam que o Coronavírus pode permanecer em aerossóis por horas e em superfícies por dias, possibilitando maior propagação do vírus. Esses achados implicam em cuidados redobrados de higiene ambiental e de equipamentos para evitar a infecção cruzada.

1. Importância da prática da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru, apesar da necessidade de restrições temporárias durante a pandemia;
2. Durante a Pandemia de Covid-19, o contato pele a pele deve estimulado e realizado exclusivamente pela mãe assintomática e não contactante de pessoas sintomáticas;
3. Aleitamento Materno:

Considerando os benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança e da mulher, a ausência de evidências científicas sobre a transmissão da Covid-19 por meio da amamentação e que não há recomendação para a suspensão do aleitamento materno na transmissão de outros vírus respiratórios, recomenda-se que a amamentação seja mantida em caso de infecção pelo

Coronavírus, desde que a mãe deseje amamentar e esteja em condições clínicas adequadas para fazê-lo.

A Sociedade Brasileira de Pediatria em consenso com o pronunciamento da FEBRASGO, até o momento, é favorável à manutenção da amamentação em mães portadoras da Covid-19 (se for o desejo das mesmas). As principais publicações nesse tema, até então indicam que, os benefícios da amamentação superam os riscos de transmissão da Covid-19.

A mãe com suspeita ou confirmação da Covid-19 deverá ser orientada a seguir as medidas de proteção para reduzir o risco de transmissão ao bebê durante a amamentação:

- Higienização adequada das mãos;
 - Uso de capote, luvas e máscara cirúrgica (cobrindo completamente nariz e boca) durante as mamadas, evitando falar ou tossir durante a amamentação;
 - Trocar a máscara a cada nova mamada ou imediatamente em caso de tosse ou espirro;
4. Considerando a alta transmissibilidade da Covid-19 e as recomendações de uso de utensílios descartáveis na assistência dos pacientes com suspeita ou confirmação da doença, NÃO será indicado o uso de bico de silicone, no manejo clínico da amamentação
5. Os casos suspeitos ou confirmados, que necessitem de complementação durante a internação e/ou tiverem programação de alta hospitalar com complemento, NÃO serão submetidos a treino na mamadeira, receberão complemento por translactação e no dia da alta será avaliada a aceitação via oral na mamadeira. Este cuidado visa evitar risco de contaminação para a equipe do lactário no processo de esterilização, bem como dos demais pacientes que utilizem mamadeira.

Na situação de pandemia da Covid-19, poderão surgir muitas dúvidas e novas orientações, sendo importante acompanhar a publicação de novos estudos e realização de discussões multidisciplinares para melhor definição nas tomadas das condutas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque C. Comitê de Fonoaudiologia BRASPEN. A Importância do Fonoaudiólogo no Combate ao COVID. 2020. <https://www.braspen.org/post/a-importancia-do>

Departamento Científico de Aleitamento Materno. O Aleitamento Materno nos Tempos de COVID-19. 09 de Março de 2020. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22393c-Nota_de_Alerta_sobe_Aleitam_Materno_nos_Tempos_COVID-19.pdf

Departamento Científico de Neonatologia- SBP. Recomendações sobre os cuidados respiratórios do recém-nascido com COVID-19 SUSPEITA ou CONFIRMADA. 31 DE Março de 2020. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22428b-DC_RED_-_Recom_cuidados_Respir_RN_com_COVID.pdf

Departamento de Fonoaudiologia AMIB José Ribamar do N. Junior (Presidente do Departamento de fonoaudiologia AMIB) – SP. 02 de Abril de 2020. https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/03/Recomendacoes_do_Departamento_de_Fonoaudiologia_da_AMIB_referente_ao_atendimento_aos_pacientes_portadores_ou_com_suspeita_de_COVID-19_na_terapia_intensiva_e_no_ambiente_hospitalar.pdf

Parecer do Departamento de Fonoaudiologia da AMIB referente ao atendimento ao COVID19 na terapia intensiva e no ambiente hospitalar. 22 de Março de 2020. https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/22/14_Parecer__FonoaudiologiaCOVID-19.pdf

Recomendação CFFa no 19, de 19 de março de 2020. <https://www.fonoaudiologia.org.br/>

Recomendações para o Método Canguru Durante a pandemia de Covid 19. 03 de Abril de 2020. https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/MC_RECOMENDACOES_COVID_03_04_2020.pdf

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO HOSPITALAR DURANTE PANDEMIA COVID-19

O atendimento psicológico hospitalar no HRMS objetiva propiciar suporte emocional ao paciente e seus familiares durante o período de internação.

Apesar de todos os avanços e tecnologia da ciência, a doença continua sendo vista como um desequilíbrio e uma desarmonia entre os sistemas físicos e mentais do homem. Mudam-se a natureza das doenças, mas ainda assim continuam existindo. Precisando de um lugar para tratar e recuperar a saúde, surge a Instituição Hospitalar.

Ao mesmo tempo em que ele (o hospital) significa a busca pelo equilíbrio perdido com a doença, espaço de tratamento e cura das doenças... enfim, um lugar de cuidado, representa também um lugar marcado por situações extremas, de sofrimento, dor e luta constante entre vida e morte. É um ambiente desconhecido, imprevisível, que reflete a fragilidade do homem.

Quando o indivíduo é hospitalizado, acaba vivenciando experiências que geram sofrimento, sensação de abandono, medo do desconhecido, medo da morte. Experimenta ainda ansiedades, fantasias e perdas (sejam elas reais ou simbólicas – como perda de um órgão de seu corpo, p.ex.). Sendo assim, o psicólogo é parte da equipe multiprofissional e se faz importante nesse processo, a fim de contribuir para o cuidado integral do paciente.

Em linhas gerais, o psicólogo em uma instituição hospitalar, cuida dos fenômenos subjetivos do paciente e sua família, através de sua escuta qualificada. Então, atua a fim de possibilitar suporte emocional a essas pessoas.

Diante da pandemia de Covid-19, considerando as especificidades da doença, bem como alta transmissibilidade do vírus, algumas medidas fazem-se necessárias na atuação desses profissionais, para que sejam mantidas boas práticas durante os atendimentos.

Em uma situação de crise grave como a atual, diversos cenários devem ser traçados, devemos considerar o enorme potencial de sofrimento dos diversos personagens envolvidos, desde pacientes e familiares até profissionais e líderes do sistema de saúde.

Devemos ter atenção especial sobre o sofrimento humano relacionado a esta pandemia. Normalmente os esforços sistêmicos na busca da cura, além dos esforços para salvar a maioria da população são priorizados. Porém, identificamos justificativas claras para elaboração de um fluxo de atendimento psicológico hospitalar por meio da tecnologia de informação e comunicação voltado para pacientes e familiares. Dentre elas estão:

- 1- Internação prolongada seguida de morte: a média de permanência das internações supera 20 dias e envolve isolamento dos pacientes de seus familiares por questões de segurança. Sendo assim, podemos observar que a maioria dos pacientes esteve sozinho, sem interação com o mundo externo, desde sua internação até o dia de sua morte.
- 2- Despersonalização: pessoas internadas em unidades lotadas, muitas delas vendo pacientes em pior situação que elas, com pouca voz perante todo o contexto. Além disso, o medo de que em seus próximos dias, esteja no lugar daquele outro paciente que está no aparelho, ou que morreu. Aos poucos, a tendência é que sua identidade seja diluída em meio a uma coletividade;

- 3- Baixo custo e tecnologia disponível: hoje já existe tecnologia disponível a baixíssimo custo e risco para implementar um protocolo de atendimento psicológico hospitalar;
- 4- Mudança do público alvo dos atendimentos do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul que em março de 2020 passou a ser referência para atendimento dos pacientes com suspeita e diagnóstico de COVID-19;
- 5- As Resoluções do Conselho Federal de Psicologia, nº 11 de 11 de maio de 2018 que regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologia de informação e comunicação; e a Resolução nº 4 de 26 de março de 2020 que regulamenta sobre os serviços psicológicos prestados por meio da tecnologia da informação e Comunicação durante a pandemia do COVID-19.

Diante da realidade apresentada o Serviço de Psicologia do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul vem contribuir com seus estudos sobre a subjetividade do homem: seus sentimentos, emoções, afetos e comportamentos. Conforme Romano (1999) o psicólogo cuidará dos aspectos subjetivos do sofrimento do indivíduo e sua família, causados pela doença.

Os atendimentos psicológicos com uso das tecnologias de informação e comunicação durante a pandemia do COVID-19 visam:

- Acolher e propiciar escuta qualificada aos pacientes e suas famílias e/ou acompanhantes;
- Propiciar suporte psicológico diante das repercussões emocionais impactadas pela doença;
- Proporcionar a expressão de sentimentos e experiências;
- Oferecer um olhar atento e acolhedor ao paciente e sua família;
- Psicoeducar os pacientes e familiares sobre a importância da abordagem a todos os aspectos impactados pela doença;
- Contribuir e auxiliar o paciente em uma melhor qualidade de vida, apesar das limitações e perdas impostas pela doença.
- Oferecer suporte emocional em situação de óbito

Diante do exposto, esse protocolo justifica-se pelo planejamento dos atendimentos psicológicos por meio de tecnologia de comunicação e informação durante a pandemia COVID-19.

DOS ATENDIMENTOS PSICOLÓGICOS:

- Os atendimentos Psicológicos serão realizados por meio de tecnologia de informação e comunicação (teleatendimento, WhatsApp, Skype, CR Code Generator e Messenger) para tanto é importante que cada paciente tenha acesso a um aparelho telefônico durante a internação e que o hospital disponibilize acesso a internet.
- Para os pacientes que não tenham a disposição seu próprio aparelho de telefone sugerimos que durante a pandemia o hospital disponibilize aparelhos com números e chips específicos para uso durante a pandemia. Sugerimos um aparelho por setor.
- Os atendimentos serão realizados via telefone ou outros aplicativos tais como: WhatsApp, Skype, CR Code Generator e Messenger.

- O atendimento será solicitado pela equipe multiprofissional via parecer no MVPEP, no qual será informado o número de contato do paciente;
- O psicólogo entrará em contato com o paciente no número telefônico informado e iniciará os atendimentos.

DOS ATENDIMENTOS PSICOLÓGICOS AO FAMILIAR:

- Será disponibilizado aos familiares o número do ramal telefônico do serviço de psicologia e os atendimentos podem ser solicitados, tanto pela equipe multiprofissional como pelos familiares via contato telefônico e/ou aplicativos como: WhatsApp, Skype, CR Code Generator e Messenger.
- Todos os atendimentos serão registrados no Sistema MVPEP e no prontuário do paciente;
- A metodologia será psicoterapia breve e psicoterapia de apoio ou emergencial.
- Tempo de atendimento sugerido de 5 a 20 minutos;

DOS ATENDIMENTOS PSICOLÓGICOS AOS PROFISSIONAIS DO HRMS

- Os atendimentos psicológicos poderão ser presenciais inicialmente, sendo que será reavaliado posteriormente atendimento on line. Serão realizados no ambulatório do HRMS, junto à equipe de Segurança do Trabalho e Assistência ao Servidor.
- Ressaltamos que o fluxo de atendimento será elaborado pelo setor de assistência ao servidor.
- A técnica utilizada será de plantão psicológico. Se necessário continuidade, poderão ser realizados encaminhamentos.
- Serão disponibilizados horários semanais e de final de semana, conforme escala abaixo:

Dia	Horário
Segunda	7:00 às 12:00
Quarta	7:00 às 12:00
Domingo	7:00 às 12:00

PSICOEDUCAÇÃO

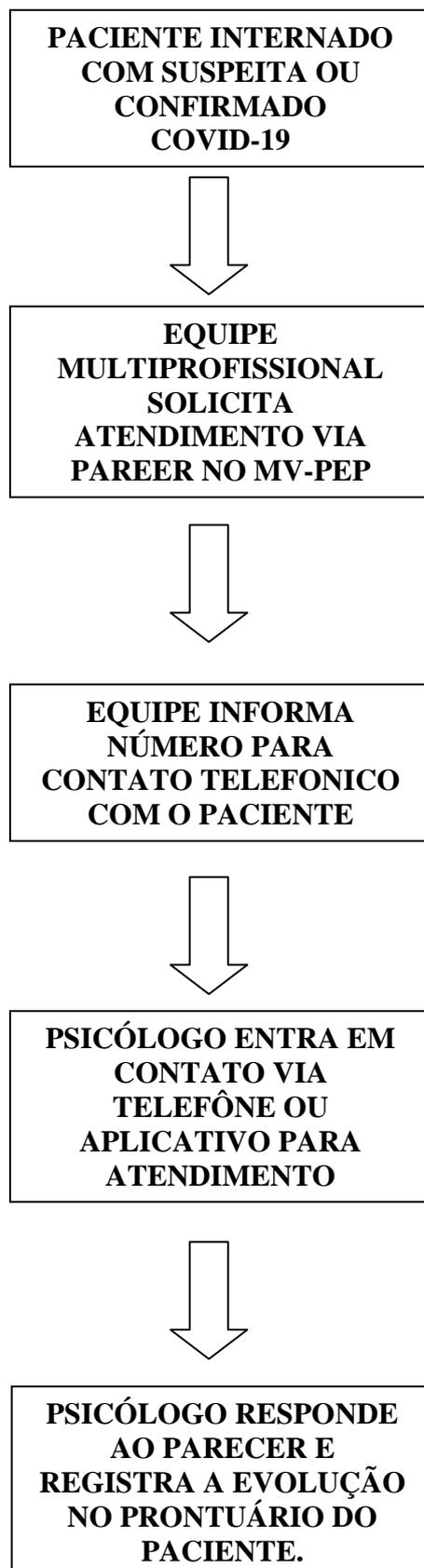
- Elaboração de Matéria para site do HRMS
- Elaboração de Folder Educativo
- Elaboração de frases motivacionais

ELABORAÇÃO DO PROJETO PARA CRIAÇÃO DO “AMBULATÓRIO DE TRAUMA E LUTO” PÓS PANDEMIA COVID-19.

- Considerando o momento de crises que inclui diversos tipos de perdas e traumas e consequente possível desenvolvimento de lutos complicados, o Serviço de Psicologia do HRMS

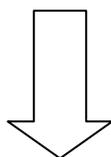
propõe como continuidade de atenção aos atendimentos pós pandemia COVID-10, a abertura e desenvolvimento do “Ambulatório de Trauma e Luto”, cujo projeto está em fase de elaboração para posterior apresentação ao HRMS.

Fluxo 1: Atendimento Psicológico Virtual ao Paciente Internado com Covid-19

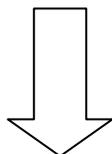


FLUXO 2- Atendimento Psicológico Virtual à Família do paciente Covid-19

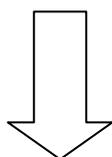
**FAMILIAR DE PACIENTE INTERNADO
COM COVID-19**



**SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO
PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
PELO SISTEMA MV-PEP OU PELO
PRÓPRIO FAMILIAR VIA RAMAL
TELEFÔNICO DO SERVIÇO DE
PSICOLOGIA (3378-2548)**



**PSICÓLOGO AGENDA E REALIZA
ATENDIMENTO VIA TELEFONE E/OU
APLICATIVOS**



**REGISTRO NO SISTEMA MV-PEP E
NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CRISPIM, D; SILVA M.J.P DA; CEDOTTI, W.; CÂMARA, M.; GOMES, S.A. Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferente cenários da pandemia: Visitas Virtuais durante a pandemia do COVID-19. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/Visitas-virtuais-COVID-19.pdf>

CRISPIM, D; SILVA M.J.P DA; CEDOTTI, W.; CÂMARA, M.; GOMES, S.A. Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferente cenários da pandemia: Notícias de óbito durante a pandemia do COVID-19. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/%C3%93bito-COVID-19.pdf>

CRISPIM, D; SILVA M.J.P DA; CEDOTTI, W.; CÂMARA, M.; GOMES, S.A. Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferente cenários da pandemia: Comunicação difícil e COVID-19. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/comunica%C3%A7%C3%A3o-COVID-19.pdf>

Resolução nº 011, de 11 de maio de 2018. *Regulamenta a prestação de serviços psicológicos por meios de tecnologia de informação e comunicação*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-11-2018->

Resolução nº 04, de 26 de março de 2020. *Regulamenta sobre os serviços psicológicos prestados por meio da tecnologia da informação e comunicação durante a pandemia do COVID-19*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020>

ROMANO B. *Princípios para a prática da Psicologia clínica em hospitais*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 1999.

APÊNDICE

**AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO HOSPITAR DURANTE A
PANDEMIA – COVID 19**

AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO HOSPITALAR DURANTE A PANDEMIA – COVID 19:

- Visitas periódicas nas enfermarias:
 - Elaborar cronograma de visitas
 - Periodicidade (3 vezes na semana)

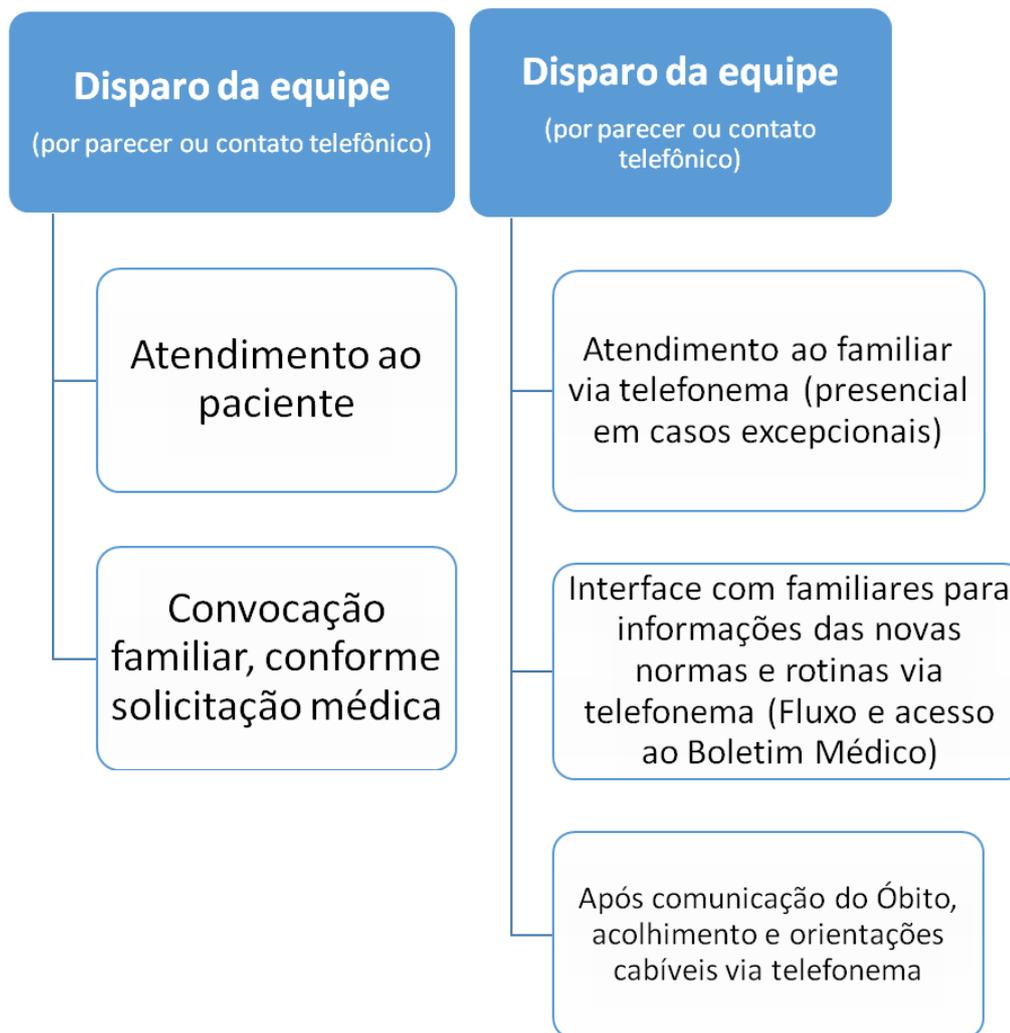
- Proporcionar escuta psicológica:
 - Manejo de ansiedade
 - Acolhimento emocional
 - Mindfulness
 - Prevenção de possíveis transtornos Mentais
 - Verificar necessidade de atendimento Psicológico focal (teleatendimento)
 - Verificar Necessidade de Encaminhamento para rede de saúde mental e/ou Ambulatório de “trauma e luto” do HRMS.

- Atividades para orientação tempo-espaço:
 - Elaborar Calendário com o paciente (informar dia e hora)
 - Informações sobre clima
 - Atualização sobre boas notícias

- Recursos alternativos para comunicação entre pacientes e familiares (cartas, e-mail, entre outros):
 - Informar aos familiares o canal de comunicação com o Serviço de Psicologia para envio de cartas por e-mail;
 - Estabelecer prazos para envio (por exemplo, semanal – recebimento toda segunda-feira)
 - Imprimir as cartas e realizar a leitura para o paciente
 - Oferecer suporte emocional no processo de comunicação
 - Trabalhar possíveis pensamentos disfuncionais

- Encaminhamentos para teleatendimento psicológico:
 - Identificar sintomas mais expressivos que justificam um acompanhamento psicológico – psicoterapia breve
 - Verificar viabilidade de acesso à tecnologia de comunicação e informação (celular e redes sociais).
 - Agendar atendimentos durante internação hospitalar
 - Em casos de internação prolongada

FLUXO DE ATENDIMENTO SERVIÇO SOCIAL / COVID



* Com a nova rotina de atendimento da Secretaria de Assistência Social, há necessidade de um **CELULAR FUNCIONAL COM ACESSO AO WHATSAPP**, visto que nas orientações para o funeral social estão solicitando foto da DO, documentos pessoais e contato telefônico familiar pelo aplicativo. Visando agilizarem o acesso ao benefício e retirada breve do corpo na patologia.

ORIENTAÇÕES PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

1. Recomenda-se que as entidades empregadoras garantam condições de trabalho, as quais envolvem condições sanitárias e a disponibilidade de internet, equipamentos eletrônicos e telefone, para que as/os profissionais possam manter o contato e o atendimento remoto com a população usuária do serviço, respeitando o sigilo profissional, tal como orienta o Código de Ética Profissional em vigência;
2. Assistentes Sociais possuem o direito a serem resguardadas/os em sua autonomia profissional, não sendo obrigadas/os a prestarem serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções (Art. 2º, alínea h, do Código de Ética Profissional do/a Assistente Social), como, por exemplo, fazer triagem de casos clínicos de pacientes sintomáticos em unidades de saúde, informar quadro clínico, informar óbito;
3. Recomenda-se a disponibilização, pelo ente empregador, de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em todos os locais de trabalho que atendam às necessidades de prevenção e proteção de profissionais e usuárias/os do Serviço Social, dentre outras ações, haja vista a atuação profissional não se limitar às/aos usuárias/os expostas/os ao vírus, mas também a seus familiares e ao convívio social.

RECOMENDAÇÕES DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NO ÓBITO FRENTE AO COVID-19 DIANTE DO ÓBITO

Pacientes de Campo Grande/ Interior com rede de apoio familiar:

1. Equipe médica, enfermagem ou patologia comunica o óbito ao Serviço Social por telefone ou através de parecer social;
2. Serviço Social realiza busca ativa através do contato telefônico com o familiar responsável pela internação, solicitando comparecimento ao hospital;
3. Mediação entre o médico e familiar para comunicação do óbito;
4. Após o responsável familiar receber notícia do óbito, Serviço Social realizará acolhimento e orientação via presencial ou telefone nos casos de Auxílio Funeral Social ou TFD - Tratamento Fora do Domicílio;
5. Atendimento em conjunto com a Psicologia, em casos complexos;
6. Encaminhamento da família ao serviço funerário, caso a família possua serviço funeral.

Pacientes do Interior do Estado sem familiar em Campo Grande

1. Equipe médica, enfermagem ou patologia comunica o óbito ao serviço social via telefone ou através de parecer médico;
2. Contato telefônico com Secretaria de Saúde ou Hospital do Município de origem para providências quanto à comunicação do óbito aos familiares, bem como viabilização do traslado e sepultamento;
3. Acolhimento e orientação (telefone) referente documentação necessária para liberação do corpo e auxílio funeral, se necessário.

Pacientes sem identificação

- Equipe médica, enfermagem ou patologia comunica o óbito ao Serviço Social via telefone ou parecer social e também através de busca ativa pelos familiares na rede de saúde;
- Serviço Social comunica a pendência o caso à patologia;
- Se o paciente for localizado os familiares terão acesso às imagens (fotos) disponíveis no sistema para identificação;
- Caso o paciente não seja identificado, será encaminhado relatório social à Assessoria Jurídica/HRMS para providências cabíveis e aguardar devolutiva para demais condutas do Serviço Social.

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES POR NÍVEL DE ACIONAMENTO – SERVIÇO SOCIAL

NÍVEL 1

- Atendimento aos pacientes hospitalizados frente à solicitação do usuário ou equipe médica, sendo a solicitação via Parecer Social MVPEP (explicitando demanda ou risco social).
- Acolhimento via telefone aos familiares dos pacientes críticos internados nos setores fechados (área vermelha, área amarela, Ilha 1, Ilha 2, Ilha 3 e UCO-Unidade Coronariana) para identificar rede social de apoio, familiar responsável pela internação e orientação sobre acesso ao boletim médico diário via App.
- Atendimento presencial aos acompanhantes autorizados previsto em lei (idosos, crianças, adolescente, pessoas com deficiência) ou com autorização médica.
- Atendimento via telefone com responsável ou familiar sensibilizando sobre a importância de novas normas e rotinas diante do COVID-19, auxiliando na mediação com equipe médica para esclarecimentos sobre quadro clínico e orientação sobre acesso ao boletim médico diário via App.

- Contato com familiar para agendar reunião com equipe médica, especialmente nos casos de pacientes graves ou que necessitam de autorização/ciência para procedimentos, tais como: cirurgia, traqueostomia, amputação, gastrostomia, entre outros;
- Busca de acompanhante, conforme solicitação médica;
- Após comunicação do óbito pela equipe médica o Serviço Social realizará busca de familiar para acolhimento e orientação social (conforme fluxo anexo).

NÍVEL 2

- Atendimento aos pacientes hospitalizados frente à solicitação do usuário ou equipe médica, sendo a solicitação exclusivamente via Parecer Social MVPEP (explicitando demanda ou risco social);
- Acolhimento via telefone aos familiares dos pacientes internados nos setores fechados (área vermelha, área amarela, Ilha 1, Ilha 2, Ilha 3 e UCO - Unidade Coronariana) para identificar rede social de apoio, familiar responsável pela internação e orientação sobre boletim médico diário via app;
- Atendimento presencial aos acompanhantes autorizados previsto em lei (idosos, crianças, adolescente, pessoas com deficiência) ou com autorização médica;
- Atendimento via telefone ao responsável ou familiar, sensibilizando sobre a importância de novas normas e rotinas diante do COVID-19 e auxiliando na mediação com equipe médica para esclarecimentos sobre quadro clínico;
- Após comunicação do óbito pela equipe médica o Serviço Social realizará busca de familiar para acolhimento e orientação social por telefone (conforme fluxo anexo).

NÍVEL 3/ NÍVEL 4

- Atendimento prioritariamente aos pacientes com agravantes sociais, sendo a solicitação se possível via Parecer, caso não seja possível realizar via telefone (explicitando demanda ou risco social);
- Os atendimentos no leito serão realizados em casos excepcionais após disparo da equipe médica ou enfermeiro do setor;
- Contato telefônico com familiares somente via telefone sensibilizando sobre a importância das novas normas e rotinas diante do COVID-19, auxiliando na mediação com equipe médica e orientação sobre acesso ao boletim médico diário via App;
- Após comunicação do óbito pela equipe médica o Serviço Social realizará busca de familiar para acolhimento e orientação social por telefone (conforme fluxo anexo).

AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA – COVID 19

- Atendimento aos familiares por telefone (priorizando o responsável) para auxiliar no acesso ao boletim médico e mediação com equipe médica, sempre que necessário;
- Contato com familiar para agendar reunião com equipe médica, especialmente nos casos de pacientes graves ou que necessitam de autorização/ciência para procedimentos, tais como: cirurgia, traqueostomia, amputação, gastrostomia, entre outros;
- Busca de acompanhante, conforme solicitação médica ou de enfermagem;
- Contato com familiar para agendar reunião com equipe multiprofissional de cuidados paliativos;
- Acolhimento no óbito;
- Atendimento em casos de:
 - Abandono (criança ou idoso);
 - Situação de rua, sem identificação;
 - Suspeita ou confirmação de violência (física, sexual, negligência, emocional, etc.), em especial crianças, adolescentes, mulheres ou idosos;
 - Adoção;
 - Hospedagem para acompanhante do interior do estado;
 - Evasão;
 - Transferência de paciente para outro serviço;
 - Transporte social (alta);
 - Alta hospitalar do interior do estado;
 - Declaração de acompanhamento/comparecimento, quando realizado atendimento prévio pelo Serviço Social;
 - Orientação previdenciária e benefício social (auxílio doença, auxílio maternidade, auxílio reclusão, aposentadoria, benefício de prestação continuada, auxílio emergencial e outros);
 - Contrarreferência para continuidade da assistência;
 - Avaliação para: SAD, CCI e OPAT.

Obs: mesmo durante a Pandemia, o Serviço Social continua atendendo os seguintes casos sociais:

- Mães dependentes químicas/transferência de guarda/ acolhimento institucional;
- Notificações aos órgãos de proteção à criança/idoso;
- Pacientes em condições de alta com sequelas neurológicas ou limitações importantes sem rede **pessoal de apoio** (conflito familiar ou necessidade institucionalização);
- Avaliações para o SAD, CCI e OPAT.

DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE TÉCNICA

Assistente Social	Clinica	Ramal	Horário de Atendimento
MATUTINO (Andréa Carolina Caldas)	- Maternidade - Centro Obstétrico - UIN/UTI NEONATAL - CTI Adulto	2698	7h-13h
MATUTINO (Ludmila Oliveira)	PAM Adulto (vermelha, amarela, azul e verde)	2772	7H-13H
MATUTINO (Josinice Munieri)	- Clínica médica - Nefrologia - Cardiologia/UCO - Centro Cirúrgico	2560	7h -13h
MATUTINO (Maria Inêz)	- Psiquiatria - CCI	2594	7h30- 13h30
MATUTINO (Renata Domingues)	- Pediatria - CTI pediátrico - Ped/PAM - Oncologia - Cuidados Paliativos - Clínica Cirúrgica I e II	2762	7h30- 13h30
VESPERTINO (Patrícia Marques)	- Pediatria - CTI pediátrico - Ped/PAM - Oncologia - SAD	2560	12h30-18h30
MATUTINO E VESPERTINO (Débora)	Ambulatório Quimioterapia Psiquiatria	2698	
VESPERTINO (Cleuza Benites)	- Clínica médica - Nefrologia - Cardiologia/UCO - PAM (Área Vermelha/Amarela) - CCI	2560	
Caroline Cristine Costa Camargo	- Plantão hospitalar noturno	2594	16h-22h

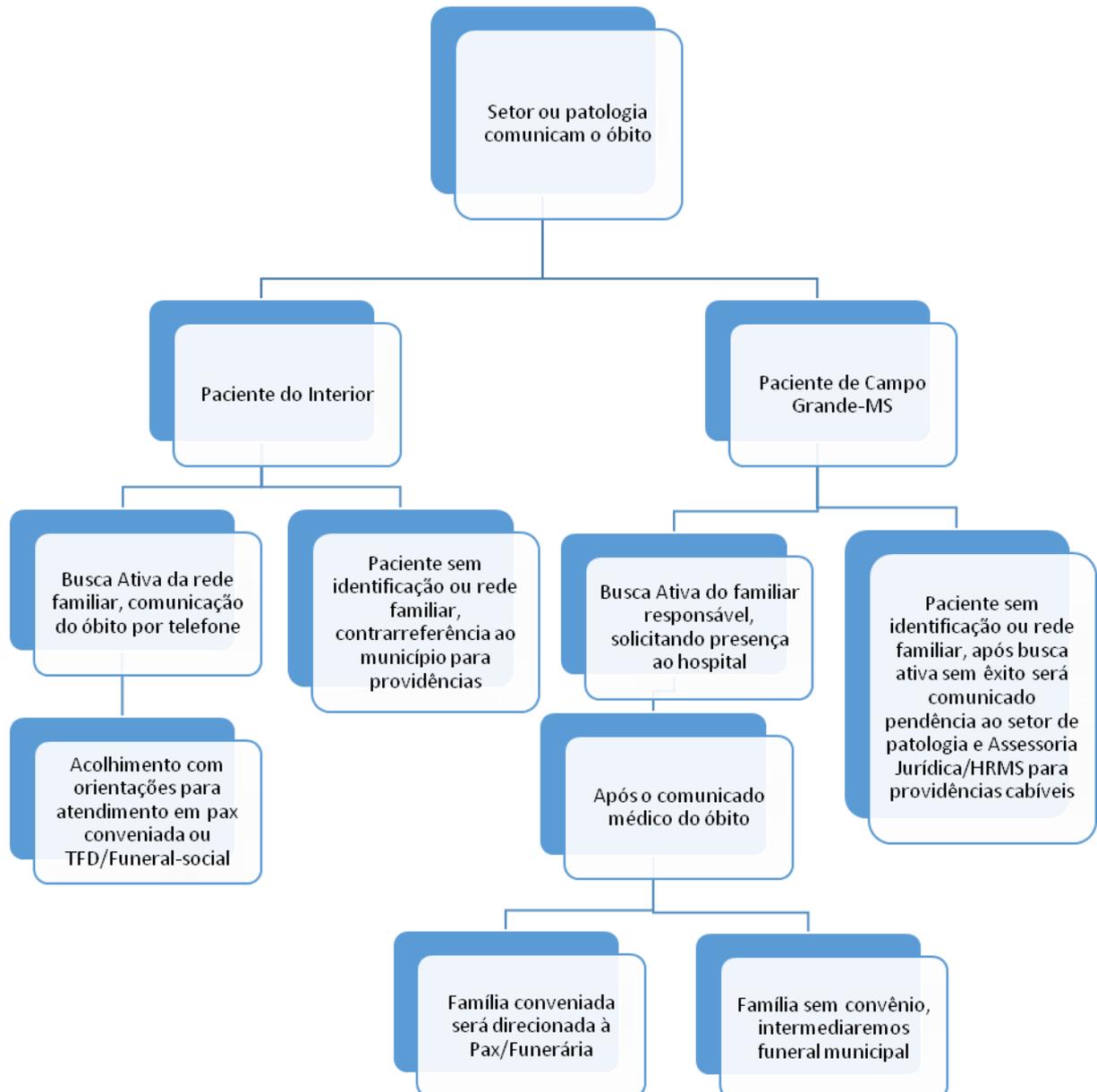
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASÍLIA, 2010. **Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde**, Conselho Federal de Serviço Social/ CFESS.

BRASÍLIA, 2020. **Orientação Normativa n. 3**, Conselho Federal de Serviço Social/ CFESS., 31/03/2020.

CRESS. 2020. Orientações e Recomendações Para o Exercício Profissional Dos Assistentes Sociais Em Virtude Da Pandemia Do COVID <http://www.cress-ms.org.br/noticia/orientacoes-e-recomendacoes-para-o-exercicio-profissional-dos-as-assistentes-sociais-em-virtude-da-pandemia-do-covid-19/919>

Recomendações de Atendimento do Serviço Social no Óbito frente ao COVID



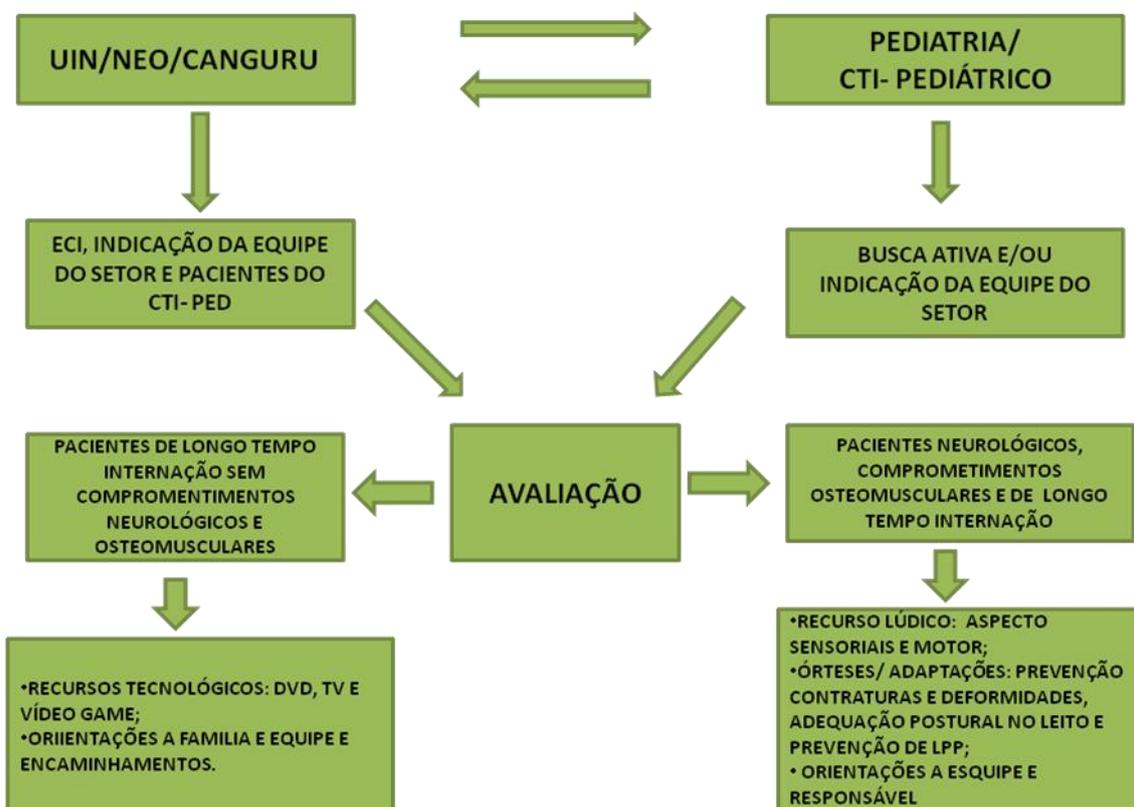
FLUXO DE ATENDIMENTO DA TERAPIA OCUPACIONAL DURANTE PANDEMIA COVID-19

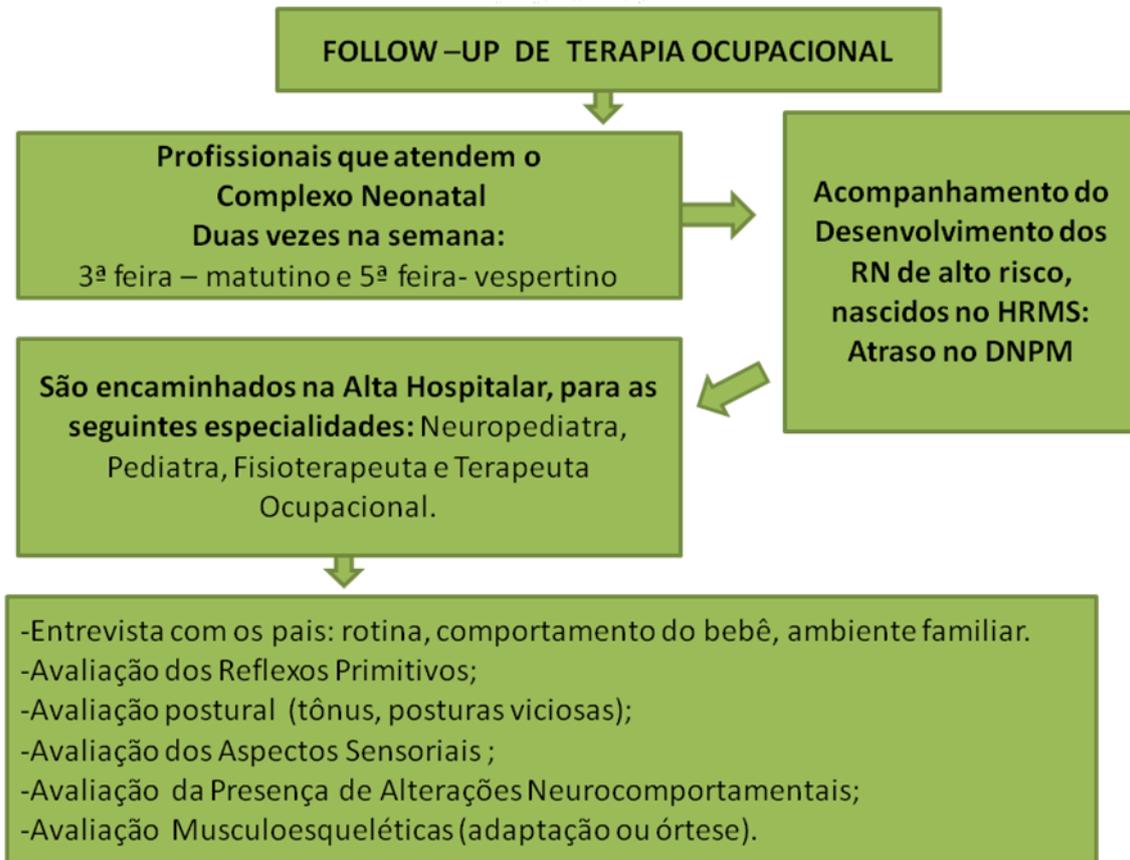
O fluxo de atendimento de Terapia Ocupacional durante o enfrentamento ao COVID-19 será mantido nos seguintes setores:

- NEONATAL
- UIN
- CANGURU
- ENF. PEDIÁTRICA (ECI)
- CTI PEDIÁTRICO
- FOLLOW UP

A solicitação de atendimento a pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 deverão ser feitas através de disparo no sistema MV-PEP ou através da equipe multidisciplinar diretamente com a Terapeuta Ocupacional responsável.

Os atendimentos aos pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 devem obedecer as orientações de precaução do CCIH e realizados apenas na afirmativa de todos os EPIs necessários para tal.





Os atendimentos aos setores da Linha Adulto serão realizados mediante pedido de parecer e avaliação no sistema MV-PEP e acontecerão na afirmativa de insumos disponíveis para tal.

RECURSOS HUMANOS – CATA – ESCALONAMENTO

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES POR NÍVEL DE ACIONAMENTO – FISIOTERAPIA

NÍVEL 1

Para o nível 1 o serviço de fisioterapia está organizado por linhas (adulto, pediátrico e infantil):

LINHA ADULTO

Setor ou Andar	Nº de Profissionais		
	Período Matutino	Período Vespertino	Período Noturno
Pronto Atendimento	02	02	02
CTI Adulto (todas as ilhas)	04	04	04
Unidade Coronariana	01	01	01
4º Andar	02	02	01
5º Andar	01	01	-
6º Andar	01	-	-

* Após a meia noite haverá 02 profissionais disponíveis para atendimento de intercorrências nos setores da linha adulto.

LINHA PEDIÁTRICA

Setor ou Andar	Nº de Profissionais		
	Período Matutino	Período Vespertino	Período Noturno
Pronto Atendimento	01	01	01
CTI Pediátrico	01	01	01
Enfermaria Pediátrica	01	01	-

* Após a meia noite haverá 01 profissional disponíveis para atendimento de intercorrências nos setores da linha pediátrica.

LINHA NEONATAL

Setor ou Andar	Nº de Profissionais		
	Período Matutino	Período Vespertino	Período Noturno
UTI Neonatal	01	01	01
Unidade Intermediária Neonatal	02	02	-
Centro Obstétrico	01	-	-

*Após a meia noite haverá 01 profissional disponíveis para atendimento de intercorrências nos setores da linha neonatal.

A escala é disponibilizada para todos os profissionais por meio do google docs, via e-mail.

CONTROLE DIÁRIO RH: 06:30/ 12:30/ 18:30

Gerente ou Coordenador de Apoio Técnico analisa periodicamente o quantitativo de profissionais do serviço de fisioterapia.

FORMAS DE COMUNICAÇÃO

- 1ª opção: via aplicativo (whatsApp) ou e-mail;

- 2ª opção: via telefone: Faremos 2 tentativas de contato;
- 3ª opção: busca ativa: Iremos até o setor em busca da informação.

REMANEJAMENTO

Após verificar a quantidade de profissionais em cada setor, se necessário, será realizado o remanejamento de acordo com o nível de complexidade demonstrado nas tabelas abaixo:

Linha Adulto	
Nível de Prioridade	Setor ou Andar
01	Pronto Atendimento
02	CTI Adulto
03	Unidade Coronariana
04	7º Andar
05	4º Andar
06	5º Andar
07	6º Andar

Linha Pediátrica	
Nível de Prioridade	Setor ou Andar
01	PAM Pediatria
02	CTI Pediátrico
03	Enfermaria Pediátrica

Linha Neonatal	
Nível de Prioridade	Setor ou Andar
01	UTI Neonatal
02	Unidade Intermediária
03	Centro Obstétrico (somente período matutino)

Antes da realização do remanejamento deverá ser analisado se o profissional não se enquadra em grupo de risco e o nível de exposição do setor.

TREINAMENTO

A capacitação será solicitada a Equipe de Treinamento, quando novos profissionais forem lotados, e/ou quando for solicitado pelo profissional ou setor.

NÍVEL 2

- Manter atividades do NÍVEL 1
- Gerente ou Coordenador de Apoio Técnico informa a toda equipe o acionamento do nível II.

- Acionar os profissionais designados para o atendimento do 7º andar (4º andar ou de acordo com o nível de complexidade).
- Gerente ou Coordenador de Apoio Técnico manterá escala disponível e atualizada a todos os profissionais (Google docs, via e-mail).
- Os fisioterapeutas não serão deslocados para o atendimento nas Tendas, devido o perfil dos pacientes.

NÍVEL 3

- Gerente ou Coordenador de Apoio Técnico informa a toda equipe o acionamento do nível III e solicitará, por meio de plantões extraordinários, mais 02 fisioterapeutas por período para atendimento no PAM e 7º andar.
- Caso não seja preenchida a escala com plantões extraordinários, haverá remanejamento dos profissionais do 6º andar, 5º andar ou 4º andar, respeitando sempre essa ordem de complexidade, sempre avaliando o binômio grupo de risco e exposição do setor.
- Gerente ou Coordenador de Apoio Técnico manterá escala disponível e atualizada a todos os profissionais (Google docs, via e-mail).
- Neste nível, os fisioterapeutas também não serão deslocados para o atendimento nas Tendas, considerando o perfil dos pacientes.

NÍVEL 4

- Gerente ou Coordenador de Apoio Técnico informa a toda equipe o acionamento do nível IV e solicitará, por meio de plantões extraordinários, mais 01 fisioterapeuta por período para atendimento nos pontos de apoio.
- Caso não seja preenchida a escala com plantões extraordinários, haverá remanejamento dos profissionais do 6º andar, 5º andar ou 4º andar, respeitando sempre essa ordem de complexidade e também a questão de não ser profissionais do grupo de risco.
- Gerente ou Coordenador de Apoio Técnico manterá escala disponível e atualizada a todos os profissionais (Google docs, via e-mail).
- Neste nível, os fisioterapeutas também não serão deslocados para o atendimento nas Tendas, considerando o perfil dos pacientes.

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES POR NÍVEL DE ACIONAMENTO – FONOAUDIOLOGIA

TODOS OS NÍVEIS

- Atendimento aos pacientes hospitalizados frente à solicitação da equipe médica, sendo exclusivamente via Parecer.
- A terapia fonoaudiológica deve ser indicada pelo Fonoaudiólogo e baseada na evolução clínica diária de cada paciente
- NÃO é recomendado o acompanhamento de pacientes intubados sob nenhuma hipótese;
- Em pacientes graves que foram submetidos à intubação orotraqueal, a avaliação e acompanhamento fonoaudiológico dar-se-ão após 24 horas, no mínimo, de extubação, e considerando todo o quadro do paciente;

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES POR NÍVEL DE ACIONAMENTO – PSICOLOGIA

NÍVEIS 1 e 2

- As solicitações de atendimento psicológico deverão ser realizadas via MEV PEP.
- Os atendimentos aos pacientes hospitalizados serão realizados via telefone (teleatendimento). Sendo necessário informar o contato do paciente já no parecer.
- Os atendimentos aos familiares serão realizados via telefone e/ou e-mail.

NÍVEIS 3 e 4

- As solicitações de atendimento psicológico deverão ser realizadas via MEV PEP, preferencialmente. Na impossibilidade, poderão ser solicitadas via telefone, no ramal 2548.
- Os atendimentos aos pacientes hospitalizados serão realizados via telefone (teleatendimento). Sendo necessário informar o contato do paciente já no parecer.
- Os atendimentos aos familiares serão realizados via telefone e/ou e-mail.

* Para o atendimento dos pacientes hospitalizados e interface com seus familiares é necessário um **CELULAR FUNCIONAL COM ACESSO AO WHATSAPP** exclusivo para o serviço de Psicologia.

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES POR NÍVEL DE ACIONAMENTO – SERVIÇO SOCIAL

NÍVEL 1

- Atendimento aos pacientes hospitalizados para interface familiar frente à solicitação do usuário ou equipe médica, sendo a solicitação exclusivamente via Parecer.
- Atendimento presencial aos acompanhantes autorizados (pediatria/ Pessoas com deficiência).
- Após comunicação do óbito o serviço social realizará via telefone o acolhimento e orientações pertinentes.

NÍVEL 2

- Atendimento aos pacientes hospitalizados para interface familiar frente a solicitação do usuário ou equipe médica, sendo a solicitação exclusivamente via Parecer. Priorizando os agravantes sociais (Pacientes sem identificação/doc. Pessoais, morador de rua, dependentes de SPA...)
- Atendimento aos acompanhantes autorizados (pediatria/ Pessoas com deficiência), via fone.
- Após comunicação do óbito o serviço social realizará via telefone o acolhimento e orientações pertinentes.

NÍVEL 3/ NÍVEL 4

- Priorizando os agravantes sociais, sendo a solicitação se possível via Parecer, caso não seja possível realizar via telefonema (explicitando demanda social).
- Os atendimentos a beira leito serão realizados em casos excepcionais mediante disparo da equipe médica/enfermagem.
- Interface com familiares somente via fone.
- Após comunicação do óbito o serviço social realizará via telefone o acolhimento e orientações pertinentes.

* Com a nova rotina de atendimento da Secretaria de Assistência Social, há necessidade de um **CELULAR FUNCIONAL COM ACESSO AO WHATSAPP**, visto que nas orientações para o funeral social estão solicitando foto da DO, documentos pessoais e contato telefônico familiar pelo aplicativo. Visando agilizarem o acesso ao benefício e retirada breve do corpo na patologia.

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES POR NÍVEL DE ACIONAMENTO – TERAPIA OCUPACIONAL

TODOS OS NÍVEIS

- O fluxo de atendimento de Terapia Ocupacional durante o enfrentamento ao COVID-19 será mantido nos seguintes setores:
 - NEONATAL
 - UIN
 - CANGURU
 - ENF. PEDIÁTRICA (ECI)
 - CTI PEDIÁTRICO
 - FOLLOW UP
- A solicitação de atendimento a pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 deverão ser feitas através de disparo no sistema MV-PEP ou através da equipe multidisciplinar diretamente com a Terapeuta Ocupacional responsável.
- As Terapeutas Ocupacionais cujos setores que os atendimentos foram suspensos temporariamente foram disponibilizadas para funções administrativas na Farmácia, CCIH e SESMT.

RESPONSÁVEIS

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA – HRMS:

Ana Claudia Gomes de Oliveira
Denise Peres Costa Vieira
Gabriella do Amaral Saldanha Rodrigues
Clayton Duenha
Juliana S. Minna
Mario Eduardo M. Dias
Adriana Ferreira London Mendes
Nelise de Souza Papotti Brait

SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA – HRMS:

Carla E. M. Massago
Maria Auxiliadora C. Porto
Milena O. N. Okumoto
Suellen Cristrina R. Akamine
Danielle dos Reis F. L. Benites
Emilene G. Luna Fga. Magali V. Souza
Regina Batistote. F. Dias
Sandra Thereza Cáceres

SERVIÇO DE PSICOLOGIA – HRMS:

Renata Evarini
Thais Aparecida Nunes Camposano
Isadora Juliana Pires de Mattos

SERVIÇO DE SERVIÇO SOCIAL – HRMS:

Patrícia Maciel Marques
Maria Inêz Nahabedian Ramos
Andréa Carolina Caldas
Renata Domingues
Ludmila Oliveira de Souza
Josinice Munieri
Caroline Cristine Costa Camargo
Creuza Benites da Silva
Débora Christhina Pedrosa da Silva Sonoda

SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL – HRMS:

Poliana Cardoso Portela

Colaboração

Dra Tania Cristina Parpinelli
Dra Bianca Stavis Conte
Silvania Correa Gauna
Elisângela Soares Xavier
Renan Werny Garcia
Rosângela Cristovão da Silva
Mirian Cristina Pregely
Viviani Teixeira dos Santos

Versão 01 – 07/05/2020

APROVAÇÃO

Em 07/05/2020, por:

Diretoria da Presidência HRMS: Rosana Leite Melo

CCIH: Rodrigo Nascimento Coelho

Diretoria Técnica Assistencial: Patrícia Rubini

Gabinete de Crise COVID-19 HRMS:

Ana Paula Cangussu Silva Rosa Pires

Ana Paula de Souza Borges Bueno

Cristiane Costa Schossler

Denia Gomes da Silva Felix

Juliana Fátima Fernandes Dorigão