



REPENSANDO A SAÚDE COM A PRESENÇA DA COVID-19

Lições e Desafios

Projeto Lean nas Emergências Projeto Reab pós-COVID-19 Projeto Cuidados Paliativos



**HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



FICHA TÉCNICA

Coordenação Hospital Sírio-Libanês

Amanda Santos Pereira
Carina Tischler Pires
Marco Antonio Saavedra Bravo
Maria Perez Soares D'Alessandro
Rasivel dos Reis Santos Junior
Vania Rodrigues Bezerra

Autores

Brunno Cesar Batista Cocentino
Camila Santos Almeida
Carolina Leticia dos Santos Cruz
Caroline Freitas de Oliveira
Daniel Felgueiras Rolo
Fernanda Pimentel Coelho
Guillermo Socrates Pinheiro de Lemos
Isabella de Sousa Almeida
Jackeline Mota de Carvalho
Jeniffer Danielle Machado Dutra
Leonardo Bohner Hoffmann
Licia Maria Costa Lima
Mara Rubia de Moura
Raimundo Nonato Diniz Rodrigues Filho
Sergio Seiki Anagusko
Sherindan Ayessa Ferreira de Brito
Thatiane Olivier Ticom
Vivian Oliveira dos Santos

Equipe técnica Ministério da Saúde

Adriana Melo Teixeira
Bruna Bonelli
Eloiza Andrade
Fábio Madrigal Barreto
Fernanda Hamze
Olavo Braga Neto

Apoio Hospital Sírio-Libanês

Adriana Sousa Giovannetti
Adriano Sales Fernandes
Alexandra Daniel
Ana Paula Mirarchi Vieira Maiello
Angela Firmina de Souza
Caroline da Silva Souza
Cristiane Aparecida Santos de Oliveira
Daniel Meireles Meira
Denis Francis Dias
Emerson Oliveira de Medeiros
Fernanda Pimentel Coelho
Guilherme Fragoso de Mello
Gustavo Gonçalves de Souza
Gustavo Justo Schulz
Gutemberg Lavoisier Da Cruz
Jean Kleber Chini
Leonardo de Lima Leite
Lilian Mesquita Gomes
Lirian Martiniuk Vieira Tudda
Lucas Cezar Sotana
Lucas Dhiego Ferreira da Silva Soares
Luciana Gimenez Barbosa Sanches
Luiz Augusto de Oliveira Rodrigues
Marcello Creado Pedreira
Marcos Tadeu Parron Fernandes
Marcus Vinicius Melo de Andrade
Nicolas Roberto da Silva Marcelino
Paulo Roberto Cavallaro Azevedo
Renata Gonzalez dos Santos
Renata Paula Costa dos Santos
Ricardo Mesquita Camelo
Rodrigo Sanches Garcia
Taiana Barbosa de Freitas Galderice
Vinicius Reno de Paula

ÍNDICE

Introdução _____	4
1. Premissas para seguir em frente _____	5
2. Recomendações gerais na reabertura dos serviços de saúde _____	7
3. O que envolve a retomada hospitalar segura? _____	9
3.1 Pronto socorro _____	10
3.2 Unidades de internação _____	11
3.3 Reabilitação Pós-COVID-19 _____	19
3.4 Serviços ambulatoriais _____	20
3.5 Centro cirúrgico _____	21
4. Retorno seguro às atividades _____	27
5. Proposta de protocolo e política de testagem _____	31
6. Segurança física e psicológica _____	34
7. Fortalecimento do senso de equipe _____	38
8. Teleatendimento _____	40
9. Cartilhas _____	42
10. Referências _____	48

INTRODUÇÃO

O enfrentamento à pandemia causado pela COVID-19 já perdura por mais de um ano e continua exigindo ações coordenadas e organizadas para que as respostas sejam efetivas, seguras e ágeis. Ao longo de todo esse período, a crise excedeu a capacidade de atendimento de muitos hospitais e unidades de terapia intensiva em todo o mundo. No Brasil não tem sido diferente. Estabelecer o equilíbrio da equação entre a capacidade e a demanda é um desafio permanente.

Soma-se a essa crise, condições críticas que envolvem diferentes espectros da saúde pública, como por exemplo: o medo de se infectar faz com que os pacientes crônicos deixem de procurar os serviços de saúde agravando complicações que poderiam ser evitadas. A exaustão das equipes assistenciais, o risco de se infectar ou transmitir a entes queridos, as diversas perdas, tanto de pacientes quanto de colegas, amigos e familiares são fatores que comprometem a saúde mental dos profissionais que estão na linha de frente e que são protagonistas no combate a esta doença.

Neste sentido, preparamos este e-book que integra estratégias de três Projetos PROADI-SUS (Lean nas Emergências, Reab pós-COVID-19 e Cuidados Paliativos) e expõe temas relevantes, relacionados à necessidade de retorno seguro de atividades hospitalares, em paralelo à crise que a pandemia ainda impõe a todos os serviços de saúde. Abordaremos estratégias para a reativação ou retomada de serviços hospitalares em paralelo à presença do SARS-CoV-2. Estas devem ser planejadas com foco na segurança dos pacientes, acompanhantes e colaboradores das instituições. Delimitar e implantar fluxos diferenciados para pacientes com e sem COVID-19, permite um tratamento mais resolutivo e maior controle na prevenção da transmissão cruzada.

Ainda como objetivo deste material, iremos apresentar ferramentas e estratégias que possam ser aplicadas em várias etapas do processo de assistência hospitalar. Isso envolve também táticas de gestão de pessoas e clima organizacional, com o foco na ampliação da capacidade de reposta dos hospitais nesta fase “endêmica” da infecção pelo SARS-CoV-2 no país.

Importante destacar que este e-book, somado aos demais voltados à pandemia, pretende incentivar e encorajar a adoção das estratégias neles contidas. Essas ações, colocadas em prática, podem ser de grande valia para melhorar a gestão e mitigar os impactos dessa crise imposta pela COVID-19.



1. PREMISSAS PARA SEGUIR EM FRENTE

O papel dos Hospitais diante da nova realidade brasileira, frente a pandemia da COVID-19, deve ser pautado por premissas fundamentais que irão guiar as ações a serem adotadas, no intuito de promover uma assistência segura, humanizada e igualitária aos usuários do SUS.



Considerar a probabilidade da infecção pelo SARS-CoV-2 se tornar endêmica.

É fundamental a compreensão de que a COVID-19 deve ser sempre considerada, em qualquer estratégia de atendimento a pacientes, e em diferentes níveis de atenção assistencial.

Considerar risco de sobrecarga do sistema de saúde pelo aumento das condições crônicas causadas pela COVID-19 e suas agudizações.

As demais doenças ou agravos à saúde não deixaram de se apresentar em suas incidências proporcionais, gerando assim sobreposições de patologias e como consequência, sobrecarga à rede de assistência. As doenças crônicas ou subagudas deixaram de ser priorizadas e podem se apresentar em fases avançadas, com complicações ou sequelas.

Manter atenção aos protocolos elaborados durante a pandemia, principalmente, aqueles que se referem à separação dos fluxos, testagem e combate à superlotação.

As medidas adotadas e as lições aprendidas com a pandemia devem ser sempre lembradas nos planos de ações continuados dos serviços hospitalares.

Criar um comitê interdisciplinar de retorno, podendo o mesmo se tornar permanente, e elaborar um Plano Hospitalar para uma Retomada Segura (PHRS).

Medidas estratégicas adotadas, como a criação do Gabinete de Crise e suas reuniões de gerenciamento, podem ser incorporadas ao comitê de atividades, voltadas para o retorno das atividades hospitalares.

Adoção de ferramentas de gestão baseadas em dados, para tornar mais eficiente os processos assistenciais.

Sempre basear-se em indicadores pertinentes a cada serviço para nortear as tomadas de decisões e com isso, gerar capacidade de antecipar ações estratégicas.

! PONTOS IMPORTANTES

Designar profissionais para atendimento COVID-19



Designar profissionais dedicados exclusivamente para o acolhimento e indicação dos fluxos destinados para pacientes com sintomas respiratórios. Esses devem ser treinados periodicamente sobre as melhores práticas para assistência segura.

Registro de profissionais

Manter registro de todos os profissionais que prestarem assistência direta, entrem nos quartos ou áreas assistenciais de pacientes com diagnóstico ou suspeita de COVID-19.

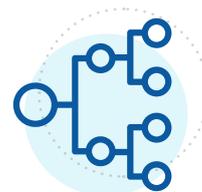


Classificação de risco

Realizar classificação de risco na porta de entrada do serviço e encaminhamento subsequente para atendimento. Os pacientes com sintomas respiratórios deverão usar máscara, conforme protocolo local.

Fluxos de atendimento

Estabelecer fluxos claros e bem definidos diferenciados para os pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19. A manutenção de uma área de suspeitos, sempre que possível, é desejável incluindo a segregação de áreas comuns, como os banheiros.



Sinalizar fluxos

Sinalizar os ambientes, áreas e espaços destinados ao atendimento de pacientes com COVID-19. Viabilizar fluxo de limpeza da área exclusiva, separadamente das demais. Identificar tipos de equipamentos de proteção individual (EPI) adequados em cada uma destas áreas.

Áreas exclusivas

O paciente sintomático respiratório, suspeito de COVID-19 deve ser encaminhado para área exclusiva de espera, observação e internação até a sua estabilização ou transferência para os serviços de referência.



Manejo de materiais e medicamentos

Atentar para que não haja devoluções de materiais/medicamentos destinados à área dedicada para atendimento à COVID-19, realizando solicitação consciente dos mesmos. Se possível, montar uma farmácia satélite para atender rapidamente esta área, evitando que equipes de áreas separadas busquem o mesmo local.

Higienização

Viabilizar fluxo de limpeza da área exclusiva, separadamente das demais. Atenção aos produtos usados, que devem ser sempre avaliados e validados pelas equipes de controle de infecções relacionadas a assistência à saúde.



2. RECOMENDAÇÕES GERAIS NA REABERTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Reativar as atividades hospitalares - as interrupções na prestação de cuidados de saúde aumentarão a pressão sobre os pronto socorros.

Equilibrar a demanda e buscar a reabertura dos serviços preexistentes à pandemia, observando as novas proporções de atendimento, novas metas e sempre mantendo foco na segurança e prevenção da COVID-19.

Evitar a exposição desnecessária dos vulneráveis: pacientes e acompanhantes.

Adotar políticas de testagem para acompanhantes e pacientes, associados a critérios rigorosos de segregação, priorização de internações e realização de procedimentos.

Respeitar regras gerais de distanciamento social e medidas preventivas.

Observar as regras institucionais e regionais, dos órgãos de controle epidemiológicos e os decretos, com suas devidas restrições legais.

Proteger pacientes e profissionais assistenciais de transmissão cruzada.

Investir em prevenção máxima de disseminação intra-hospitalar, com educação continuada permanente dos colaboradores, treinamentos e disponibilidade de EPI adequados às equipes, pacientes e acompanhantes.



ESTRATÉGIAS HOSPITALARES PARA RETORNO EM CENÁRIO COM COVID-19

COMBATE INCESSANTE À SUPERLOTAÇÃO E AOS DESPERDÍCIOS

- Otimizar o giro de leitos e a governança clínica;
- Atentar para a proporcionalidade de medidas e critérios de priorização em Unidades de Terapia Intensiva (UTI);
- Trabalhar com contingências - Protocolo de Capacidade Plena;
- Reduzir variabilidades naturais e eliminar as variabilidades artificiais;
- Utilizar a telemedicina como complemento dos cuidados de internação e reabilitação.



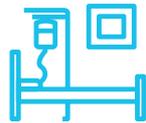
MONITORAR INDICADORES (Medir e analisar diariamente)

- Tempo médio de permanência;
- Taxa de ocupação;
- Fator de utilização dos leitos;
- Taxa de readmissão hospitalar;
- Curva da demanda e capacidade (hora a hora);
- Porta-médico, médico-decisão, decisão-saída do pronto-socorro.

3. O QUE ENVOLVE A RETOMADA HOSPITALAR SEGURA?



PRONTO
SOCORRO



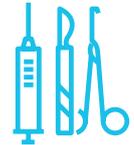
UNIDADES DE
INTERNAÇÃO



REABILITAÇÃO



AMBULATÓRIO



CENTRO
CIRÚRGICO

Retornar os serviços de saúde com o objetivo de **produzir impacto positivo na condição de saúde da população**

Morbidade
Mortalidade
Dor
Sofrimento
Sequelas
Incapacidade

A retomada segura das atividades hospitalares envolve a necessidade de um trabalho interdisciplinar coeso, integrado, pautado em comunicação efetiva, onde as equipes assistenciais, operacionais e administrativas devem convergir esforços para mitigar riscos e ao mesmo tempo, ampliar a capacidade de produção hospitalar. Assim, equilibra-se a demanda e busca a reabertura dos serviços preexistentes à pandemia.

Neste sentido, todos os setores do hospital devem definir planos de ações interligados, seguindo princípios da filosofia Lean, como por exemplo:

- Criar estratégias que agregam valor nas entregas aos pacientes;
- Mapear fluxos de valores, excluindo atividades que geram desperdícios;
- Priorizar fluxos contínuos e unidirecionais, evitando cruzamentos de retornos a etapas anteriores dos processos;
- Realizar fluxo puxado - por exemplo: áreas mais estáveis (internação) puxam os pacientes das áreas mais instáveis (pronto socorro). Isso gera agilidade na superação de etapas do processo de passagem do paciente, em sua jornada pelo hospital;
- Buscar sempre a melhoria contínua nos processos assistenciais.

3.1 PRONTO SOCORRO

SE ESTIVERMOS LOTADOS, NÃO CONSEGUIREMOS PROTEGER OS PACIENTES E A EQUIPE.



1. Manter a segregação dos fluxos de atendimentos;
2. Sinalização clara indicando os acessos separados;
3. Manter classificação de risco;
4. Equipe de classificação de risco ficar sempre atenta aos sinais e sintomas de doenças respiratórias;
5. Gerenciar protocolos assistenciais das linhas de cuidados definidas;
6. Pacotes de exames e procedimentos;
7. Manter os casos suspeitos em isolamento de contato e respiratório durante todo atendimento;
8. Estabelecer uma ocupação máxima para o pronto socorro;
9. Definir e pactuar os atendimentos dentro da rede de atenção estabelecida (definição de papéis de forma inequívoca e integração horizontal e vertical);
10. Gerenciar o fluxo dos pacientes sob o conceito de navegação.

3.2 UNIDADES DE INTERNAÇÃO

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA



ADMISSÃO EM UTI

Resolução 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM)

O CFM recomenda que a admissão na UTI respeite os critérios de prioridade de 1 a 5 a seguir:

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	LOCAL DE ADMISSÃO PRIORITÁRIA PRECONIZADO PELO CFM
1	Pacientes que necessitam de intervenções de suporte a vida, com alta probabilidade de recuperações e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.	UTI
2	Pacientes que necessitam de monitoração intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.	Semi-intensiva
3	Pacientes que necessitam de intervenções de suporte a vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.	UTI
4	Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação terapêutica.	Semi-intensiva
5	Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esse pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.	Unidades de Cuidados Paliativos

Conselho Federal de Medicina, 2016

É fundamental que a proposta de Cuidados Paliativos seja compartilhada com paciente e família. No contexto de escassez de recursos, sugere-se fortemente que comitês de triagem participem do processo de decisão.

Saiba mais sobre este assunto no Manual de Cuidados Paliativos, através do site: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>



Estimular um sistema de comunicação eficiente e humanizado com os familiares dos pacientes internados (televisitas e boletins médicos virtuais).

Fundamental ter protocolos e critérios de admissão conforme a criticidade de cada caso. Evitar internações de pacientes oligossintomáticos.

Atentar para fatores que indicam pior prognóstico em pacientes internados, alinhar a proporcionalidade de medidas e o planejamento avançado de cuidados com paciente e família.

Essencial manter os leitos de terapia intensiva que foram criados para o enfrentamento, ainda que como leitos de cuidado intermediário ou UTIs adulto para outros perfis nosológicos. Essa estratégia garante a possibilidade de uso destas unidades para outras patologias e a rápida mobilização de retorno para os casos COVID-19 nos momentos de elevação destes.

ALTA SEGURA COMO ESTRATÉGIA PARA OTIMIZAR O GIRO DE LEITO

Processo de desospitalização: deve-se considerar os aspectos importantes que norteiam a transição do cuidado de forma segura, desde o planejamento para alta até a assistência de seguimento.

Plano de alta: deve ser construído a partir da interação dos profissionais, pacientes cuidadores e familiares, devendo ser iniciado no momento da admissão do paciente no ambiente hospitalar.

Frequentemente, pacientes permanecem internados mesmo estando clinicamente estáveis e em condições de alta, devido a fragilidades organizacionais e de processos. Uma estratégia para minimizar essas fragilidades e favorecer a operacionalização da desospitalização é o cumprimento dos 4Ps da alta:

PREVISÃO

Definir nas primeiras 24 horas da admissão do paciente

PRIORIZAÇÃO

Priorizar as altas médicas, no período da manhã, na rotina de avaliação dos paciente

PENDÊNCIAS

Encaminhar e finalizar as pendências ao longo da internação

PROGRAMAÇÃO

Programar e coordenar o processo de saída



ALTA SEGURA NA UTI

Otimizar fluxo de alta, avaliar implantação e realização do *Fast Hug* diariamente, *Checklist* de alta segura da UTI.



O **FAST HUG** é uma ferramenta utilizada para discussão interdisciplinar de pacientes críticos, composto de um mnemônico que inclui práticas de segurança consolidadas de fácil aplicação, que objetiva a verificação diária do cuidado.

O **CHECKLIST** de alta segura é uma estratégia para sistematização dos cuidados e evitar fragilidades no processo de transferência e prevenção da reinternação na unidade.

Feeding (alimentação)

Analgesy (analgesia)

Sedation (sedação)

Thromboprophylaxis (Tromboprofilaxia)

Head bed (cabeceira elevada)

Ulcer prevention (prevenção de Úlcera)

Glucose control (controle de glicose)



Saiba mais sobre o assunto no e-book Reabilitação no Contexto Pós-COVID disponível no link: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/e-book-reab-pos-covid-2021.pdf/view>

ALTA SEGURA NA UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS

O *checklist* de Alta Segura reforça a lembrança de tarefas mínimas, tornando-as claras e objetivas. Isso permite avaliar o grau de complexidade do paciente, incluir informações sócio demográficas, clínicas e gerar uma pontuação que caracterize a sugestão para elegibilidade de alta segura.

Propõe-se fazer o *checklist* das unidades de cuidados prolongados a cada proposta de alta, bem como do *Round* Interdisciplinar.



O protocolo de alta deve ser aplicado pela equipe de enfermagem na admissão do paciente, 24 horas antes da previsibilidade de alta e para pacientes com internações longas, a cada 15 dias.

ROUND INTERDISCIPLINAR

O *Round* é uma metodologia que reúne os membros da equipe em um único local utilizando uma abordagem estruturada para tratar de cuidados relevantes à assistência.

A implementação do *Round* interdisciplinar:

Traz implicações positivas para a comunicação efetiva, reduz riscos e falhas nos processos de cuidado e pode ser considerada boa prática de segurança do paciente;

Deve seguir um roteiro organizado e ter objetivos claros a serem alcançados;

Quando bem estruturado e conduzido, reduz o tempo de permanência hospitalar, por facilitar e aprimorar a comunicação entre os membros da equipe e melhorar também o desempenho de vários indicadores da qualidade.

AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE SÓCIO FAMILIAR

Aspectos sociais que devem ser considerados como barreiras à Alta Segura:



Atuação familiar

AVALIAR

Vínculo familiar rompido e sem condições de estruturação para o cuidado;

Vínculo familiar fragilizado, que apoia a desospitalização, mas alega falta de condições de assumir o cuidado;



Protagonismo familiar

Família não aceita a desospitalização;

Família aceita a desospitalização, mas resiste por dificuldades financeiras e estruturais;

Família aceita a desospitalização, mas resiste por insegurança com o processo;



Identificação e treinamento do cuidador

Não possui “cuidador” (familiar ou profissional);

Possui “cuidador”, mas não tem condições para assumir o cuidado;



Situação socioeconômica

Não é segurado da Previdência Social e não possui nenhum rendimento ou benefício;

Possui rendimento ou benefício, porém insuficientes para manter-se.



Estratégias voltadas para a assistência social são fundamentais para superar essas barreiras para uma alta segura.

DESOSPITALIZAÇÃO E A TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

A “desospitalização” visa à desinstitucionalização de pessoas internadas em ambiente hospitalar, prevenindo a reinternação desnecessária, amparando as equipes de atenção básica e garantindo a agilidade no processo de alta para o domicílio e reinserção nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Para a excelência na qualidade assistencial e segurança do paciente, a transição de cuidados da Atenção Hospitalar para RAS deve seguir três princípios:



São estratégias de transição:

- Planejamento de alta;
- Planejamento antecipado do cuidado;
- Educação do paciente e promoção do autogerenciamento;
- Segurança no uso de medicações;
- Comunicação completa de informações;
- Acompanhamento ambulatorial do paciente;
- Envolvimento da família/cuidador nas estratégias de educação em saúde, sobretudo nos casos de pacientes com dependência funcional decorrente da sequelas advindas da COVID-19.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM COVID-19 E A INSERÇÃO DA FAMÍLIA

Na linha de cuidado da COVID-19, os pontos de atenção se articulam com a evolução clínica da doença e suas possíveis sequelas. Essa articulação varia desde a busca pelo atendimento em Unidade Básica de Saúde (UBS) ou na Rede de Urgências e Emergências, passando pela Atenção Hospitalar (Enfermaria Clínica, UTI, Unidade de Cuidados Prolongados - Reabilitação), de acordo com a gravidade do caso.



Na internação hospitalar a atenção deve ser organizada de maneira **interdisciplinar** e **integrada**, com os cuidados coordenados em rede, ao longo do percurso assistencial, até o momento da desospitalização.



3.3 REABILITAÇÃO PÓS-COVID-19

BENEFÍCIOS DA REABILITAÇÃO PARA A RETOMADA DOS SERVIÇOS

A reabilitação possibilita diversos benefícios para pacientes, familiares e cuidadores, como melhora na funcionalidade, aumento da percepção de saúde e qualidade de vida. Além disso, o processo de reabilitação pode reduzir o tempo médio de permanência na UTI e de internação hospitalar. Promovendo o aumento do giro de leitos e otimizando recursos. Conforme apresentamos abaixo:

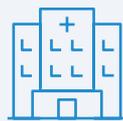
AMBIENTE HOSPITALAR



Redução do tempo em Ventilação Mecânica



Redução do tempo em UTI



Aumento do giro de leitos



Melhoria no estado funcional



Redução da ocorrência de eventos adversos



Redução de custos hospitalares

APÓS A ALTA HOSPITALAR



Melhoria no estado funcional



Menor dependência da rede de atenção



Melhor qualidade de vida



Otimização de recursos públicos



Menor probabilidade de reinternação



Retorno mais rápido as suas atividades de vida diária e laborais

3.4 SERVIÇOS AMBULATORIAIS

Os serviços ambulatoriais sofrem forte interação com os diferentes níveis de atenção que compõe a rede de atendimento à saúde e foram diretamente afetados pela pandemia da COVID-19. Neste sentido, resgatar serviços especializados suspensos traz oportunidades terapêuticas, facilita a definição de estágios clínicos de casos crônicos e, como consequência, melhora o prognóstico de pacientes que deixaram de ser acompanhados. Algumas propostas que podem ser adotadas são:

- Rever a priorização de consultas e procedimentos de acordo com a complexidade da demanda do serviço;
- Redefinir número de consultas por especialidade;
- Definir um intervalo de tempo ideal entre as consultas;
- Definir rodízios de especialidades por semanas, no intuito de ampliar o número de pacientes atendidos com diferentes patologias;
- Utilizar teleatendimento, sempre que possível;
- Reavaliar o tempo de validade da receita médica para pacientes crônicos;
- Realizar contato telefônico pré consulta, com questionamento sobre o quadro clínico;
- Adiar e reagendar os casos suspeitos ou confirmados, garantindo a consulta no prazo combinado;
- Alterar a forma de cadastro de pacientes em ambulatórios e cirurgias eletivas, optando por agendamentos remotos, seja por aplicativos ou e-mail, evitando exposição desnecessária dos pacientes nas recepções.

Atenção aos pacientes que tiveram internações recentes. Avaliar “critérios de cura” para liberação de atendimento ambulatoriais (retornos).



3.5 CENTRO CIRÚRGICO

Durante o enfrentamento da pandemia o centro cirúrgico em vários momentos acabou fazendo parte da estratégia de ampliação da contingência, sendo seu funcionamento alterado diretamente através de decretos ou diretrizes e protocolos dos órgãos de estado.

Na maioria das vezes, o fechamento teve o intuito de aproveitamento da equipe, redução de insumos utilizados na sedo-analgesia dos pacientes críticos ou até mesmo, para transformação em UTIs temporárias. Acarretando déficit na produção cirúrgica dos hospitais e como consequência, grandes filas de pacientes que aguardam procedimentos. Neste sentido, estratégias devem ser adotadas para a retomada segura das atividades cirúrgicas:

- Considerar o adiamento de procedimentos não urgentes e a promoção do tratamento não operatório, para evitar a necessidade de cirurgia;
- Atenção máxima para evitar a infecção viral nosocomial pelo SARS-CoV-2. Relatos da literatura deixam claro que pode haver aumento dos riscos de complicações pós cirúrgicas, em pacientes que desenvolvem COVID-19 no pós operatório, aumentado assim as taxas de mortalidade relacionada a procedimentos.
- Obedecer regras e barreiras máximas de segurança, que serão citadas, no intuito de promover retorno seguro dos procedimentos cirúrgicos nos hospitais.





NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº06/2020

Orientação para a prevenção e o controle das infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em procedimento cirúrgico - REVISÃO: 30.03.2021.

Complementar à nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº04/2020

A Agência Nacional Vigilância Sanitária (ANVISA) atualiza periodicamente essa nota técnica baseando-se em evidências científicas e em parcerias com as sociedades de especialidade cirúrgicas.

CIRURGIAS ELETIVAS

São consideradas cirurgias eletivas aquelas com data facultativa pelo paciente ou cirurgião e que não se enquadre em nenhuma das classificações a seguir:

Emergência

devem ser realizadas em até 1 hora

Urgência eletiva

devem ser realizadas dentro de 2 semanas

Urgências

devem ser realizadas em até 24 horas

Eletiva essencial

devem ser realizadas entre 3 a 8 semanas

“Revisar cuidadosamente todos os procedimentos eletivos programados, não é sinônimo de cancelamento de todos os casos cirúrgicos eletivos”.

PONTOS PRINCIPAIS

RETORNO SEGURO ÀS CIRURGIAS ELETIVAS:

- Manter equipe capacitada, treinada e equipada de acordo com o risco de cada procedimento, obedecendo a todos os cuidados voltados à prevenção da disseminação do SARS-CoV-2;
- Implantar protocolos específicos, obedecendo as características de cada unidade hospitalar, bem como seu perfil nosológico;
- Estabelecer estratégias de monitoramento das ações implementadas, através de indicadores pertinentes;
- Monitorar rigorosamente os exames utilizados para identificação oportuna de portadores sintomáticos ou assintomáticos do SARS-CoV-2, antes de cada internação cirúrgica.

PONTOS DE ATENÇÃO NAS CIRURGIAS ELETIVAS:



Contato Telefônico

Checar situação de saúde do paciente e de familiares, com vistas à síndrome gripal, 24/48 horas antes da cirurgia (triagem respiratória pré-operatória).



Realizar Exames de Investigação:

RT-PCR 48 a 72 horas antes do procedimento cirúrgico;

Definir tipos de cirurgias a serem aplicados os testes (oncológicas, cirurgias de grande porte ou todas as cirurgias, a depender das características e estrutura de cada unidade).



Desenvolver Estratégias

Voltadas para a proteção de pacientes e equipes (antes, durante e após o procedimento eletivo).

Treinar e checar as equipes sobre as principais ações desenvolvidas para mitigar os impactos da COVID-19 nos pacientes cirúrgicos.



Rastreio de Casos Cancelados

Garantir acompanhamento dos casos que foram cancelados ou adiados, de forma segura para que não haja “prejuízo” à assistência necessária aos pacientes. Aplicar as prioridades e discutir casos específicos nos comitês de crise ou com as chefias de especialidades.



Critérios Objetivos para as Priorizações

- Criar comissão de avaliação de casos a serem priorizados, que sejam multidisciplinar e envolvam chefias de diferentes especialidades.
- Novos horários de cirurgia poderão ser criados para garantir a realização de procedimentos necessários e discutidos nestas comissões de avaliação de casos (fim de semana, noturno ou mutirões para redução de filas).



Pós Operatório

- Realizar consultas de retorno via telemedicina;
- Quando possível, utilizar rede de atenção básica para avaliação e retirada de pontos.

ATENÇÃO:

PROCEDIMENTOS COM MAIOR RISCO DE AEROLIZAÇÃO

- Cirurgias de cavidade oral, faringe, laringe e tórax; cirurgias abdominais com acesso ao trato gastrointestinal, laparoscópicas ou abertas.
- Utilizar salas especiais com equipe preparada e dedicada.

CIRURGIAS LAPAROSCÓPICAS

Pneumoperitônio – Cuidado especial deve ser dispensado aos casos positivos de infecção pelo SARS-CoV-2 pois a dispersão de gás contaminado para o ambiente cirúrgico pode implicar em risco de contaminação à equipe.

CRITÉRIOS RIGOROSOS NO USO DE EPI

Contemplar cada risco, de acordo com o tipo de cirurgia, perfil do paciente e equipes envolvidas.

PONTOS DE ATENÇÃO NAS CIRURGIAS DE URGÊNCIA:

- Limpeza terminal e a limpeza concorrente das instituições de saúde devem seguir as recomendações orientadas durante a pandemia, com produtos adequados e com validação das equipes do controle de infecções relacionadas a assistência à saúde.
- Atenção ao sistema de ar condicionado, pois o compartilhamento do aparelho central entre setores ou salas, pode disseminar o vírus entre alas segregadas. Além disso, deve-se ter atenção especial à pressão positiva das salas.
- Filtro HEPA, que permita a filtração entre 6 e 25 vezes/hora e com a pressão negativa de pelo menos - 5Pa em relação a antessala.
- Na indisponibilidade de sala cirúrgica com pressão negativa, recomenda-se desligar o equipamento de ar condicionado da sala cirúrgica durante a realização de procedimentos potencialmente geradores de aerossóis.
- Paramentação máxima, quando não há possibilidade de descartar síndrome gripal nos pacientes operados.



RECOMENDAÇÃO DE EPIS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO AMBIENTE CIRÚRGICO

	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
CENÁRIO	Casos suspeitos ou confirmados de COVID “Protocolo COVID”	Pacientes assintomáticos respiratórios em cirurgias sob anestesia geral categorizadas como alto risco: <ul style="list-style-type: none"> • Quaisquer procedimentos com manipulação de vias aéreas, seios da face. Exemplos: broncoscopia, traqueostomia, glossectomia, procedimento de laringoscopia. • Cirurgia Pediátrica • Cirurgia de emergência 	Pacientes assintomáticos respiratórios em cirurgias não classificadas como de alto risco (vide ao lado)
ANESTESIOLOGISTA	<ul style="list-style-type: none"> • N95 • Face shield • Avental Impermeável • Luvas • Gorro 	<ul style="list-style-type: none"> • N95 • Face shield • Avental Impermeável • Luvas duplas • Gorro 	<ul style="list-style-type: none"> • N95 • Face shield • Avental Impermeável • Luvas duplas • Gorro
CIRURGIÃO	<ul style="list-style-type: none"> • N95 • Óculos ou face shield • Avental Impermeável • Luvas duplas • Gorro 	<ul style="list-style-type: none"> • N95 • Óculos ou face shield • Avental Impermeável • Luvas duplas • Gorro 	<ul style="list-style-type: none"> • EPI habitual
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar salas específicas e acionar o “Protocolo COVID” • EPIS devem ser utilizados por todos os membros durante todo o procedimento • Minimizar o número de pessoas em sala cirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> • EPIS devem ser utilizados por todos os membros durante todo o procedimento • Minimizar o número de pessoas em sala cirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe cirúrgica deve evitar estar na sala operatória no momento da intubação

4. RETORNO SEGURO ÀS ATIVIDADES

COMUNICAÇÃO EFETIVA E TRANSPARENTE
COM AS EQUIPES DO HOSPITAL



SITUAÇÕES DE RISCO PARA TRANSMISSÃO DO SARS-CoV-2 EM SERVIÇOS DE SAÚDE

As principais CAUSAS para ocorrência das falhas:

- Fragilidades na educação permanente, na organização e na estruturação de medidas de proteção coletiva;
- Fragilidade na identificação de indivíduos sintomáticos respiratórios;
- Inobservância da utilização inadequada de EPI;
- Profissionais do serviço de saúde pré-sintomáticos, assintomáticos ou sintomáticos dentro das Instituições sem adoção das medidas de prevenção.



De pacientes/
acompanhantes/
visitantes



Para outros pacientes/
acompanhantes/
visitantes



De pacientes/
acompanhantes/
visitantes



Para profissional do
serviço de saúde



Profissional do
serviço de saúde



Para pacientes/
acompanhantes/
visitantes



Profissional do
serviço de saúde



Para profissional do
serviço de saúde

NO TRABALHO



Certifique-se de que sua máscara está em boas condições



Sempre tenha uma máscara reserva

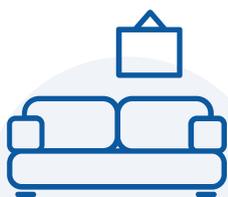


Higienize suas mãos com frequência

Estimular alternativas ao transporte público e, na impossibilidade, orientar os profissionais quanto às medidas de proteção e segurança.



- Avaliar os locais de convivência dos colaboradores, tomando medidas para reduzir o risco de contágio. Espaços a serem observados:



Salas ou espaços de convivência (desaconselhável)



Refeitórios e copas



Auditórios



Vestiários, etc.

- Conscientizar os colaboradores e dar condições de atuar como agentes de multiplicação de orientações adequadas, estimulando o empenho de todos nas observações de vigilância.
- Estimular políticas de educação no trabalho, cuidado entre as equipes e principalmente, em ambientes críticos, lançar mão de estratégias de monitoramento dos colaboradores no ato de paramentação e desparamentação: “um cuida do outro”.



VISITANTES E ACOMPANHANTES

- Restringir as visitas aos pacientes internados, conforme a situação epidemiológica do local.
- Limitar acompanhantes às previsões legais: crianças, idosos e incapazes.
- Avaliar as situações especiais caso a caso e estimular as televisitas

**“CONCILIAR MÁXIMO
DE HUMANIZAÇÃO COM
MÍNIMO DE RISCO.”**

5. PROPOSTA DE PROTOCOLO E POLÍTICA DE TESTAGEM

QUEM DEVE SER MONITORADO?

- Pacientes que chegaram ao serviço com suspeita ou confirmação de COVID-19;
- Todos os profissionais do serviço de saúde;
- Pacientes que entraram em contato com outros pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 (dentro ou fora do serviço de saúde);
- Pacientes internados que passaram a ser considerados como suspeitos ou confirmados durante a internação;
- Acompanhantes e visitantes de pacientes nos serviços de saúde.



5. PROPOSTA DE PROTOCOLO E POLÍTICA DE TESTAGEM

QUEM DEVE SER MONITORADO?

EQUIPES

Criar e divulgar protocolos para identificação da sintomatologia e para encaminhamento de trabalhadores com suspeita de infecção, antes de ingressarem aos postos de trabalho, independente da sua situação vacinal. Não minimizar os sintomas da doença, eles precisam ser reportados.

- Testar todos profissionais sintomáticos, oligossintomáticos ou com suspeita de infecção por SARS-CoV-2 e afastá-los até resultados do RT-PCR:
- Se negativo e assintomático (exame feito entre o 3º e o 7º dia) = retorno ao trabalho,
- Se negativo e assintomático (exame feito entre 1º e o 2º dia) = repetir RT-PCR após 2 dias,
- Se negativo e sintomático = repetir RT-PCR após 2 - 3 dias,
- Se positivo, afastar por no mínimo 10 dias, após esse período, estando 72h assintomático = poderá retornar.
- Em áreas COVID-free, deve ser desenvolvido um programa de testagem regular para que haja garantia que esses profissionais possam atuar nas áreas de pacientes sabidamente negativos, tornando muito mais segura a internação.



QUEM DEVE SER MONITORADO?

PACIENTES, VISITANTES E ACOMPANHANTES

Todos os serviços de saúde devem identificar precocemente os casos suspeitos ou confirmados e implementar oportunamente as medidas de contenção para evitar novos casos e assim evitar um possível surto intrainstitucional.

- Proibir a entrada de visitantes com sintomas respiratórios ou suspeitos / confirmados para COVID-19;
- Uso de máscara cirúrgica para pessoas assintomáticas e sintomáticas, durante toda permanência no serviço de saúde, independente da situação vacinal e de acordo com a legislação local;
- Executar medidas de engenharia tais como: distanciamento, barreiras físicas entre os pacientes / acompanhantes / visitantes, isolamento de áreas críticas, instalação de pontos de higienização;
- Testes por RT-PCR devem ser otimizados para pacientes e acompanhantes, de acordo com a realidade de cada instituição.



RETOMADA ÀS ATIVIDADES HOSPITALARES

É necessário implementar estratégias para proporcionar a prevenção máxima, evitar ressurgimento de ondas da infecção e ao mesmo tempo, reagir adequadamente caso haja retorno delas.

6. SEGURANÇA FÍSICA E PSICOLÓGICA



O risco de se infectar e/ou transmitir COVID-19 para a família trouxe diversos sentimentos como insegurança, solidão, culpa, saudades de estar ao lado da família e abraçá-la.

Além disso, existem alguns fatores organizacionais que influenciam na segurança física e psicológica:

- O remanejamento de equipes para outras unidades;
- Contratações de novos profissionais;
- Mudanças de fluxos e protocolos;
- Novos meios de comunicação entre equipe, família e paciente.

Frente a isso é importante continuar com uma cultura de proteção e segurança no ambiente de trabalho reduzindo a incidência de Burnout a partir de ações como:

- Incentivar a equipe a compartilhar a responsabilidade: “um cuida do outro”;
- Treinar os novos fluxos e alterações sofridas durante e após a pandemia;
- Incentivar a melhoria contínua reavaliando mudanças e estimulando aprendizagem;
- Estabelecer uma boa comunicação com a equipe mantendo todos bem informados e garantindo a escuta ativa para as demandas dos colaboradores.

PROMOÇÃO DO CUIDADO

É comprovado a maior prevalência de ansiedade, depressão, e estresse pós-traumático em profissionais de saúde após a assistência em surtos da COVID-19.

Foram identificados fatores de risco e proteção para estresse psicológico e pós-traumático nos contextos de pandemia e endemia em profissionais de saúde.



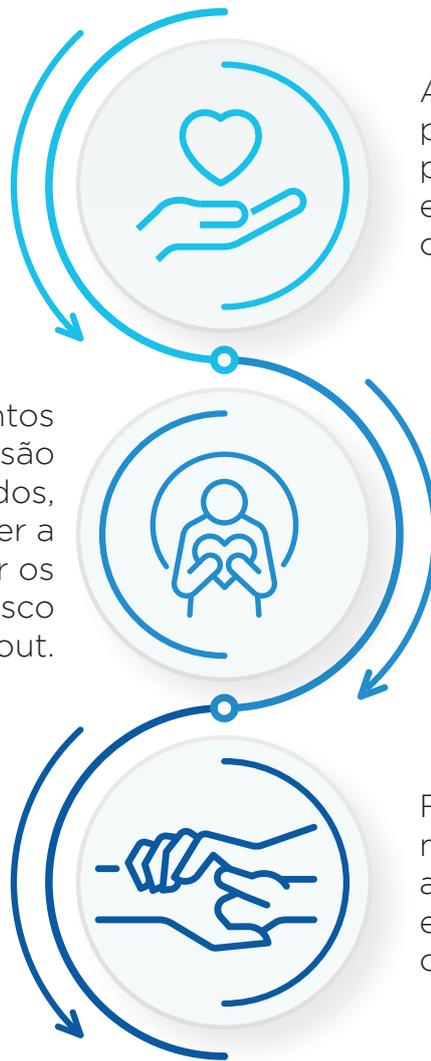
FATORES DE PROTEÇÃO:

- Acesso a EPI;
- Suporte dos pares;
- Acesso a intervenções psicológicas e/ou psiquiátricas;
- Tempo de descanso;
- Confiança nas medidas de controle de infecções da instituição;
- Receber comunicação clara dos superiores;
- Tempo de qualidade fora do trabalho.

FATORES DE RISCO:

- Maior contato com pacientes infectados;
- Membros da família infectados;
- Ter filhos dependentes;
- Histórico de doenças psiquiátricas ou gerais;
- Ser mais jovem e/ou menos experiente na profissão;
- Percepção de baixo suporte organizacional;
- Percepção do estigma social direcionado a profissionais de saúde.





Geralmente estes sentimentos e emoções não são reconhecidos e validados, o que pode comprometer a capacidade de enfrentar os desafios e aumentar o risco de Síndrome de Burnout.

Ao prestar assistência na pandemia de COVID-19 os profissionais de saúde podem experimentar sentimentos como luto, ansiedade e medo.

Fornecer apoio para os membros da equipe pode auxiliar na validação das emoções e promover o cuidado.

INCENTIVE E APOIE O AUTOCUIDADO.

A redução do estresse é uma responsabilidade de todos!

DICAS

- Proporcionar momentos de desopilar e descompressão para equipe.
- Oferecer apoio psicológico aos funcionários.
- Compartilhar as mensagens de agradecimento dos familiares à equipe.
- Estimular atividades de autocuidado (atividade física, meditação, práticas religiosas ou espirituais, passear ao ar livre, cozinhar).

O OLHAR PARA O LUTO E O SENTIDO NO TRABALHO

A pandemia trouxe inúmeras perdas, tanto de mortes de pacientes, familiares e amigos, quanto da rotina, segurança, saúde, dinheiro, viagens, entre outras. O luto é a experiência natural e esperada diante de perdas importantes, não somente por morte. Ele é marcado por sentimentos de tristeza, insegurança e pesar, é vivenciado de maneira única por cada indivíduo e, neste contexto pandêmico, também é um fenômeno coletivo.

Embora intensos, muitas vezes estes sentimentos não são reconhecidos, assim como os limites dos recursos físicos, sociais e psicológicos dos profissionais de saúde. Isso está associado ao maior sofrimento emocional, intensificando sentimentos de menos valia e impotência, que podem interferir no propósito e significado do trabalho desempenhado no cuidado aos pacientes.

ESTRATÉGIAS POSSÍVEIS PARA LIDAR COM O LUTO DA EQUIPE DE SAÚDE:

- Questionar sobre o que é importante para você nos cuidados aos pacientes;
- Compartilhar com seus colegas o significado do seu trabalho e validar o deles;
- É importante permitir-se ficar triste, este é um sentimento natural após uma perda, mas busque ajuda se achar que precisa;
- Ampliar a escuta: utilize os huddles/ rounds para perceber as principais preocupações das equipes e os sentimentos relativos aos casos mais impactantes;
- Oferecer escuta aos colegas de trabalho nos momentos difíceis.





7. FORTALECIMENTO DO SENSO DE EQUIPE

A pandemia trouxe uma necessidade de trabalho em equipe para enfrentar algo pelo qual nunca tínhamos passado antes. Houve muitas mudanças e realocações de profissionais devido à abertura de novos setores e afastamentos. É preciso pensar o quanto isto interferiu no senso de equipe nas instituições.

Para alguns é muito natural trabalhar de forma interdisciplinar, para outros, pode haver certas dificuldades, como o reconhecimento do papel que cada um executa (“eu não represento uma ameaça para o outro”) e o próprio processo da comunicação. Integração da equipe é uma estratégia para auxiliar o trabalho na saúde, tanto no que se refere as entregas assistenciais, quanto na segurança física e psicológica dos colaboradores.

ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DO SENSO DE EQUIPE



Estabelecer uma comunicação efetiva e fluida com *feedback* entre a equipe e a liderança. Considerar meios adequados de comunicação.



Avaliar como a equipe se encontra atualmente e identificar os sinais de alerta utilizando perguntas como: “O que é importante para você?”



Adotar medidas para construir a segurança psicológica entre a equipe.



Compartilhar objetivos em comum, estabelecendo normas claras e respeitadas.



Promover engajamento dos gestores para fomentar o trabalho em equipe como cultura organizacional.



Trabalhar responsabilidades mútuas e interdependência para desenvolvimento melhor da equipe.



Estimular reuniões entre os pares (*Rounds*).



Estimular camaradagem entre os membros da equipe.



8. TELEATENDIMENTO

Em 20 de março de 2020 foi publicada a Portaria nº 467, em decorrência das medidas de enfrentamento da epidemia de COVID-19, que dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar atendimento pré-clínico, suporte assistencial, consultas, monitoramento e diagnóstico realizados por meio de tecnologia da informação e comunicação no âmbito do SUS.

O TeleSUS é um exemplo de serviço criado para auxiliar a população a checar sintomas da COVID-19, sem sair de casa. O mesmo possui um registro de 73,3 milhões de pessoas atendidas em todo o Brasil de abril a junho de 2020.

TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E TELECOMUNICAÇÕES

Se realizada de forma adequada favorece a prática interdisciplinar, pois utiliza recursos de tecnologias interativas para possibilitar cuidados integrados e humanizados, melhorando a logística da cadeia de saúde.

Podem ser entregues usando uma variedade de tecnologias de mídia de telecomunicação em tempo real.

Os atendimentos deverão garantir integridade, segurança e sigilo das informações.

Seu papel pode ser evidenciado em diferentes etapas do processo de cuidado dos pacientes. Tais como:

- Dar continuidade ao tratamento e organização da cadeia assistencial pós-alta dos pacientes COVID-19;
- Auxiliar na continuidade da reabilitação e monitorar, de forma remota, para que a linha de cuidado seja mantida em domicílio;
- Apoiar o acompanhamento dos casos leves que buscam a emergência, evitando internações desnecessárias;
- Possibilitar retornos ambulatoriais, como forma de reduzir a presença de pacientes vulneráveis, com patologias que permitem esse tipo de assistência, fora do ambiente hospitalar.



Para o futuro, a adoção de teleatendimento tenderá a convergir acima dos níveis pré-COVID-19, mas abaixo do pico atual, apresentando uma jornada mais integrada entre visitas remotas e presenciais.

9. CARTILHAS



No intuito de dar continuidade à reabilitação dos pacientes pós-COVID-19 e fortalecer a importância do autocuidado seguem as cartilhas:

- Atividades para estímulo de lazer e descontração;
- Controle adequado das condições prévias;
- Segurança do paciente.

CARTILHA DE ATIVIDADES PARA ESTÍMULO DE LAZER E DESCONTRAÇÃO

É IMPORTANTE REALIZAR ATIVIDADES QUE VOCÊ GOSTA, QUE TE DÊ PRAZER E PROMOVAM BEM-ESTAR.

DICAS:



Reserve um tempo para cuidar de você, do seu corpo e mente, e da sua autoestima;

Durma bem;



Tire um tempo para realizar atividades que você gosta e que te dão prazer;

Atividades tranquilas, como leitura, ouvir músicas, meditação, podem ajudar na ansiedade, na qualidade do sono e a promover relaxamento;



Atividades ao ar livre são uma ótima diversão;

Tire um tempo e aproveite os momentos com as pessoas que você ama, como seus familiares, amigos e cuidadores;



Cuide da sua mente, leia livros, veja fotos antigas, compartilhe histórias que te trazem bons sentimentos, divirta-se com jogos que você goste;

Observe alterações de humor, como tristeza, ansiedade, irritação e dificuldades para dormir. Converse sobre isso com pessoas da sua confiança e, se necessário, procure ajuda de um profissional.





CARTILHA PARA CONTROLE ADEQUADO DAS **CONDIÇÕES PRÉVIAS**

- Jamais abandonar o tratamento das doenças preexistentes;
- Utilizar corretamente as medicações, respeitando horários e frequência;
- Agendar o retorno com médico e manter acompanhamento ambulatorial continuado;
- Manter boas práticas em saúde como: alimentação saudável, contendo frutas e verduras, com redução de sal e açúcar, evitar consumo de álcool e cigarros, fugir de situações estressantes;
- Procurar orientação médica ao menor sinal de que algo não vai bem.

CARTILHA SEGURANÇA DO PACIENTE



MEDICAMENTOS PÓS-ALTA

Confira sempre o nome do medicamento no rótulo com o horário que ele deve ser administrado. Caso tenha dificuldades peça ajuda de um familiar, amigo ou vizinho próximo a você;

No momento da sua alta, tire todas as dúvidas com a equipe sobre os medicamentos que irá tomar em casa;

Não tome medicamentos sem prescrição médica. Não interrompa o uso e/ou mude a dosagem dos seus medicamentos sem consultar o seu médico.

FICA A DICA: Vale a pena criar uma tabelinha com os nomes dos medicamentos e os horários para você colocar em um local visível em casa!

QUEDAS

Algumas pessoas têm maior risco de queda devido a idade, as dificuldades para caminhar, ou por estarem sob o efeito de medicamentos. Por essa razão, medidas para prevenir as quedas são muito importantes, principalmente em casa. Se você tem risco de queda siga às seguintes orientações:

- Evite caminhar sozinho em casa, sempre que necessário peça ajuda para seus familiares, cuidadores ou outras pessoas que estiverem próximas a você;
- Se tiver muita dificuldade para andar sozinho, procure a equipe de saúde da sua região para discutirem a necessidade de dispositivos de auxílio para caminhada;
- Quando for ao banheiro peça ajuda também;
- Levante-se lentamente da cama, sempre com a ajuda de seu acompanhante, familiar ou amigo;
- Se você sentir tontura ao se levantar, sente-se primeiro, aguarde alguns segundos e depois levante-se. Se isso acontecer frequentemente, converse sobre isso com os profissionais de saúde que te acompanham;
- Use calçados adequados;
- Mantenha objetos de uso pessoal, como celular, relógio, entre outros, próximos à sua cama na hora de deitar. Isso irá evitar que você tenha que levantar durante a noite;
- Evite colocar tapetes no chão, e tome cuidado com desníveis, degraus, animais de estimação ou outros objetos no chão;
- Tome cuidado com piso molhado e/ou escorregadio.

CARTILHA SEGURANÇA DO PACIENTE

CONSULTAS E CONTROLE DE SAÚDE

- Fique atento sempre as consultas marcadas, observe sempre as datas e horários;
- Não abandone o seu tratamento, ele é necessário para sua recuperação e reabilitação;
- Mantenha o seu acompanhamento com toda equipe interdisciplinar, esses profissionais irão auxiliar na sua reabilitação;
- Caso tenha alguma lesão de pele, realize os curativos de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde.

ETIQUETA RESPIRATÓRIA

É muito importante que você mantenha as medidas de prevenção à infecção do SARS-CoV-2;

Manter distanciamento social, sempre respeitando o limite de segurança;

Higienização das mãos é uma ação importante contra a disseminação do vírus;

Utilize máscara sempre que for sair de casa, ou ter contato próximo com outras pessoas;

Ao tossir ou espirrar nunca utilize as mãos, prefira utilizar o antebraço ou cubra sempre com um lenço descartável;

Evite cumprimentos com abraços, beijos ou apertos de mãos;

Se apresentar algum sintoma gripal, procure uma assistência mais próxima de sua casa e mantenha as recomendações acima.



**QUANDO
CHEGAR A SUA
VEZ, VACINE-SE.**

**A VACINA É
UMA MEDIDA
FUNDAMENTAL
PARA O CONTROLE
DA COVID-19!**

CARTILHA SEGURANÇA DO PACIENTE

CUIDANDO DA PELE

Lesão por pressão é uma ferida que aparece na pele, em locais onde os ossos estão mais expostos ou relacionado a dispositivos médicos.

Essa situação pode ocorrer em pacientes que estão acamados, que passam longos períodos deitados, ou sentados, e que se movimentam pouco.

Esse acometimento pode gerar a hospitalização e agravar a sua recuperação.

Mexa-se, mude de posição sempre que possível!

Peça ajuda ao seus familiares ou cuidadores, caso não consiga se movimentar sozinho;

Sempre que tiver alguma dor local, mude de posição;

É importante hidratar a sua pele, utilize sempre hidratantes não oleosos;

Mantenha a pele sempre limpa e seca, isso é muito importante para prevenir lesões;

Fique atento à alimentação e nutrição, elas são fundamentais para a saúde da sua pele.



SE VOCÊ TEM ALGUMA LESÃO ALGUNS CUIDADOS SÃO IMPORTANTES:

Busque orientações de uma equipe especializada;

Realize os curativos de acordo com as orientações da equipe.

10. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa: RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul. 2013.

AGOSTINI, F.; MANGONE, M.; RUIU, P.; PAOLUCCI, T.; SANTILLI, V.; BERNETTI, A. Rehabilitation setting during and after COVID-19: An overview on recommendations. Journal of rehabilitation medicine. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA E FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA (ASSOBRAFIR). Recomendação para atuação dos fisioterapeutas no âmbito da atenção primária à saúde (APS) de pacientes suspeitos ou diagnosticados com COVID-19. São Paulo; 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA E FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA (ASSOBRAFIR). Comunicação oficial. COVID-19 Manejo De Pacientes Com Sintomas Leves. 2020.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Lições da pandemia: perspectivas e tendências. 2021

BALIK, ET AL. Conversation and Action Guide to Support Staff Wellbeing and Joy in Work During and After the COVID-19 Pandemic. Institute for Healthcare Improvement (IHI), Boston, 2020. Disponível em: https://isqua.org/images/COVID19/IHITool_Conversation-Guide-to-Support-Staff-Wellbeing-Joy-in-Work-COVID-19.pdf Acesso em: 3 de maio de 2021.

BARKER-DAVIES, R. M.; O'SULLIVAN, O.; SENARATNE, K. P. P., et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. British journal of sports medicine, v. 54, n. 16, p. 949-959, 2020.

BARRERA, J. et al. Aplicação do protocolo FAST-HUG e sua associação com a mortalidade do paciente crítico na UTI. Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica), v. 33, n. 3, p. 130-138, 2019.

BOLDRINI, P.; BERNETTI, A.; FIORE, P. Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine physicians' activities in Italy An official document of the Italian PRM Society (SIMFER). European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, v. 56, n. 3, p. 316-318, 2020.

BORG, G. A. Psychophysical bases of perceived exertion. Med Sci Sports Exerc, v. 14, n. 5, p. 37, 1982.

BRADEN, B. J.; BERGSTROM, N. Predictive validity of the Braden Scale for pressure sore risk in a nursing home population. Research in nursing & health, v. 17, n. 6, p. 459-470, 1994.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2156/2016. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2016. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SANTA SÃO PAULO. Troca de Cânula de Traqueostomia por Enfermeiro. Parecer Nº 006/2013 - CT. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 4ª REGIÃO (CREFITO-4). Diretrizes De Reabilitação Fisioterapêutica Na Síndrome PÓS-COVID-19. Atualização 2021. Disponível em: https://crefito4.org.br/site/wp-content/uploads/2021/03/cartilha-diretrizes-de-reabilitacao-fisioterapeutica-na-sindrome-pos-COVID-19-17_03.pdf.

CORADASSI, C. E.; MANSANI, F. P.; BENASSI, G.; PREUSS, L. T.; DE OLIVEIRA BORGES, P. K.; GOMES, R. Z. Teletendimento no enfrentamento à COVID-19. *Revista Conexão UEPG*, v. 16, p. 1-10, 2020.

CURCI, C.; PISANO, F.; BONACCI, E.; CAMOZZI, D. M.; CERAVOLO, C.; BERGONZI, R. et al. Early rehabilitation in post-acute COVID-19 patients: data from an Italian COVID-19 Rehabilitation Unit and proposal of a treatment protocol. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, v. 56, n. 5, p. 633-641, 2020.

Figueiredo, N. M. A.; Vianna, L.; Machado, A. M. *Tratado Prático de Enfermagem*. Vol. 2. 2ª ed. São Paulo: Yendis, 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Matriz Linha de Cuidado COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde*. Rio de Janeiro, 2020.

FROTA, A. X.; VIEIRA, M. C.; SOARES, C. C. S.; SILVA, P. S.; SILVA, G. M. S.; MENDES, F. S. N. S. et al. Functional capacity and rehabilitation strategies in COVID-19 patients: current knowledge and challenges. *Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine*, v. 54, p. 1-8, 2021.

GOLDSTEIN, R. S.; O'HOSKI, S. Telemedicine in COPD. *Chest*, v. 145, p. 945-949, 2014.

KISELY, S.; WARREN, N.; MACMAHON, L.; DALAIS, C.; HENRY, I.; SISKIND, D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*, v. 369, p. 1642, 2020.

LIMA, M. A. D. D. S.; MAGALHÃES, A. M. M. D.; OELKE, N. D. et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2018.

LOPEZ-LEON, S.; WEGMAN-OSTROSKY, T.; PERELMAN, C. et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Disponível em: SSRN 3769978, 2021.

MAGNAN, G. B. et al. FAST HUG in an ICU at a private hospital in Brasília: checklist and the eighth evaluation item. *Critical Care*, v. 13, n. 3, p. 1-2, 2009.

MEDINA, M. G., GIOVANELLA, L., BOUSQUAT, A., MENDONÇA, M. H. M. D.; AQUINO, R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, 2020.

MENDES, E. V. *Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 set 2017; Seção 1:68.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*, 2 abr 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 793, de 24 abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 25 abr 2012; Seção 1:94.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Práticas em Reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território*. Brasília, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *TeleSUS já atendeu mais de 73 milhões de brasileiros*. Brasília, 2020.

O'CONNOR, M.; ASDORNWISED, U.; DEMPSEY, M. L.; HUFFENBERGER, A.; JOST, S.; FLYNN, D.; NORRIS, A. Using Telehealth to Reduce All-Cause 30-Day Hospital Readmissions among Heart Failure Patients Receiving Skilled Home Health Services. *Appl Clin Inform*, v. 7, n. 2, p. 238-247, 2016.

- PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. Rev esc enferm USP, v. 33, n. 1, p. 191-206, 1999.
- PARRA, B. F. C. S.; DE MATOS, L. B. N.; FERRER, R. et al. SARCPRO: Proposta de protocolo para sarcopenia em pacientes internados. BRASPEN J., v. 34, n. 1, p. 58-63, 2019.
- PASTORA-BERNAL, J. M.; MARTÍN-VALERO, R.; BARÓN-LÓPEZ, F. J.; ESTEBANEZ-PÉREZ, M. J. Evidence of benefit of telerehabilitation after orthopedic surgery: A systematic review. J. Med. Internet Res., v. 19, 2017.
- REZENDE, E. J. C.; MELO, M. D. C. B. D.; TAVARES, E. C. et al. Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 28, p. 58-65, 2010.
- RUSSELL, T. G. Physical rehabilitation using telemedicine. J. Telemed. Telecare, v. 13, p. 217-220, 2007.
- Safety Huddle como ferramenta estratégica para a segurança do paciente [Internet]. [place unknown]: IBSP; 2020 Jun 22. Safety Huddle; [cited 2020 Nov 23].
- SAFETY, I. P. Structured Interdisciplinary Rounds in a Medical Teaching Unit. Arch Intern Med, v. 171, n. 7, p. 678-684, 2011.
- SANTANA, A. V.; FONTANA, A. D.; PITTA, F. Pulmonary rehabilitation after COVID-19. J Bras Pneumol, v. 47, n. 1, p. 1-3, 2021.
- SANTOS, R. et al. Fast hug: um aliado na manutenção diária dos cuidados de enfermagem ao paciente crítico. Enferm. foco (Brasília), p. 57-61, 2017.
- SEELMAN, K. D.; HARTMAN, L. M. Telerehabilitation: Policy Issues and Research Tools. Int. J. Telerehabil, v. 1, p. 47-58, 2009.
- SEIBERT, D.; MANGINI, K. S. Alta Social como Dispositivo de Proteção Integral na Saúde: Contribuições do Serviço Social. Barbarói [internet]. , v. 53, p. 272-290, 2019.
- SILVA, I. M. et al. The Multi-professional Work Team in the context of COVID-19: Several overview, just one purpose. Research, Society and Development, v. 10, n. 3, 2021
- SILVA, R.; AMANTE, L. Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. Texto contexto - enferm. [Internet], v. 24, n. 2, p. 539-547, 2015.
- SIME, M. M.; COUTINHO, G. C.; SILVA, E. P. Rotinas pós-COVID-19: orientações da terapia ocupacional. 2020.
- STEIN, M. B. COVID-19: Psychiatric disease. In: ROY-BYRNE, P.P.; SOLOMON, D. (Eds.). UpToDate. [s.l.] UpToDate in Waltham, MA, 2021.
- STUCKI, G.; CIEZA, A.; MELVIN, J. The international classification of functioning, disability and health: a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. Journal of Rehabilitation Medicine, v. 39, n. 4, p. 279-285, 2007.
- THEODOSIO, B. A. L. et al. Barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional em saúde na Pandemia da COVID-19. Brazilian Journal of Development (Curitiba), v.7, n.4, p. 33998-34016, 2021.
- WERNEKE, M. W.; DEUTSCHER, D.; GRIGSBY, D.; TUCKER, C. A.; MIODUSKI, J. E.; HAYES, D. Telerehabilitation During the COVID-19 Pandemic in Outpatient Rehabilitation Settings: A Descriptive Study. Physical Therapy, 2021.
- WITTMER, V. L.; PARO, F. M.; DUARTE, H. et al. Early mobilization and physical exercise and in patients with COVID-19: a narrative literature review. Complementary therapies in clinical practice, 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Infection prevention and control for the safe management of a dead body in the context of COVID-19: interim guidance. 2020