

RECOMENDAÇÕES PARA O ATENDIMENTO DE PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS COVID-19, PELAS EQUIPES DE ENFERMAGEM DE SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA (PRÉ-HOSPITALAR FIXO E INTRA-HOSPITALAR)

Departamento de Enfermagem da Associação Brasileira

de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)

Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência (COBEEM)

Autores: Márcio Neres dos Santos¹, Lilian Frustockl Endres², Raphael Costa Marinho³, Rodrigo Madril Medeiros⁴, Felipe Henrique Margoti⁵, Marcos Paulo Schlinz e Silva⁶, Stela Maris de Campos Ramos⁷, Marcos Aurélio da Silva Fonseca⁸, Matheus de Sousa Arci⁹, Cintia Cristina da Silva Vasconcelos¹⁰, Aline Oliveira Beviláqua¹¹, Allana dos Reis Corrêa¹², Daniela Aparecida Moraes¹³, Marisa Malvestio¹⁴, Hélio Penna Guimarães¹⁵

1. Enfermeiro Emergencista. Presidente do Departamento de Enfermagem da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre/RS. Titulado em Emergência pelo COBEEM. Professor Adjunto da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutor em Biologia Molecular e Celular.

2. Enfermeira Emergencista. Vice-Presidente do Departamento de Enfermagem da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). Coordenadora do Serviço de Emergência do Hospital Cristo Redentor/Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre/RS. Titulada em Emergência pelo COBEEM. Mestre em Biologia Molecular e Celular.

3. Enfermeiro Cardiointensivista. UTI Cardiológica do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUUFMA). Diretor Executivo do Instituto Enfermagem Avançada. Titulado em Emergência pelo COBEEM. Titulado em Terapia Intensiva pela ABENTI. Mestre em Ciências da Saúde.

4. Enfermeiro Emergencista. Membro do Departamento de Enfermagem da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) – Regional RS. Enfermeiro de Gestão Assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Mestre em Enfermagem.

5. Enfermeiro Emergencista. Membro do Departamento de Enfermagem da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) – Regional MG. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/MG.

6. Enfermeiro Intensivista. Titulado em Terapia Intensiva pela Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva (ABENTI). Membro da Diretoria da ABENTI. Vice coordenador do Núcleo da Zona da Mata Mineira da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). Supervisor de Ensino e Coordenador de Pós-Graduação no IESPE pela Faculdade Ensin-E.

7. Enfermeira Emergencista. Membro do Departamento de Enfermagem da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) – Regional RS. Serviço de Emergência do Hospital Cristo Redentor/Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre/RS. Titulada em Emergência pelo COBEEM.

8. Enfermeiro Emergencista. Vice-presidente do Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência – (COBBEM). Membro da Comissão Nacional de Urgência e Emergência do COFEN. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da Prefeitura Municipal Aracaju/SE. Mestre em Saúde Coletiva.

9. Enfermeiro Emergencista. Membro do Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência (COBBEM). Serviço de Emergência do Hospital Sírio Libanês/SP.

10. Enfermeira Emergencista. Primeira Secretária da Diretoria do Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência (COBEEM).

11. Enfermeira Auditora. Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Monte Sinai/MG. Coordenadora do MBA em Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente no IESPE pela Faculdade Ensin-E. Coordenadora do Núcleo da Zona da Mata Mineira da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP).

12. Enfermeira Emergencista e Intensivista. Membro do Departamento de Enfermagem da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) - Regional Minas Gerais. Titulada em Emergência pelo COBEEM. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutora em Enfermagem pela UFMG.

13. Enfermeira Emergencista. Presidente do Departamento de Enfermagem da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) - Regional Minas Gerais. Titulada em Emergência pelo COBEEM. Enfermeira do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte/MG. Doutora em Enfermagem pela UFMG.

14. Enfermeira Emergencista. Membro da Comissão Nacional de Urgência do COFEN. Doutora em Enfermagem pela USP.

15. Médico Emergencista e Intensivista. Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). Médico do Departamento de Pacientes Graves (DPG) do Hospital Israelita Albert Einstein. Professor Afiliado do Departamento de Medicina da EPM-UNIFESP. Doutor em Ciências.

RECOMENDAÇÕES PARA O ATENDIMENTO DE PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFECÇÃO COVID-19 PELAS EQUIPES DE ENFERMAGEM DE SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA (PRÉ-HOSPITALAR FIXO E INTRA-HOSPITALAR)

**Departamento de Enfermagem da Associação Brasileira
de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)**

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)

Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência (COBEEM)

Na atual pandemia pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), os profissionais de enfermagem que trabalham em serviços de emergência (pré-hospitalar fixo e intra-hospitalar) prestarão assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 e devem estar preparados considerando as particularidades dessa infecção.

Os serviços de emergência brasileiros apresentam características diversas em função do espaço físico, do processo e organização do trabalho, de condições operacionais de trabalho, do dimensionamento de pessoal de enfermagem, dos equipamentos disponíveis e dos procedimentos realizados. Tais características podem conferir maior risco, diante de uma pandemia.

Considerando as evidências de ações efetivas para mitigação de riscos de exposição das equipes de enfermagem que atuam em serviços de emergência, a ABRAMEDE, através do seu Departamento de Enfermagem, o COBEEM e o COFEN analisaram as evidências publicadas, experiências já implementadas e lições aprendidas de outros países e apresentam recomendações adicionais de controle e mitigação da exposição e transmissão do SARS-CoV-2 (causador da COVID-19) com o objetivo de garantir assistência segura e de qualidade, recomenda o que segue.

1. Fluxos de atendimento em serviços de emergência

1.1- Recomenda-se a imediata separação de fluxos internos para pacientes que chegam ao serviço e apresentam sintomas respiratórios com ou sem febre, em consonância com o Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR). Para maiores informações, acesse: <http://gbcr.org.br/downloads->.

1.1.1 Os pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 devem seguir um fluxo diferenciado numa área exclusiva dentro da unidade ou em uma estrutura auxiliar externa (tendas, barracas, containers e similares) conforme recomendações do GBCR.

1.1.2 Pacientes inconscientes ou sem possibilidade de informação/acesso à história clínica, considerando a situação de pandemia, devem ser tratados como casos suspeito de COVID-19.

1.1.3 Os hospitais de grande porte podem realizar o acolhimento dos pacientes suspeitos de COVID-19 em área independente da entrada principal da emergência. Deve ser instituído um fluxo paralelo para esta situação, evitando interferências no fluxo habitual do serviço.

1.1.4 Os hospitais de pequeno porte e as unidades de pré-hospitalar fixo podem utilizar a própria recepção da emergência para o acolhimento dos pacientes suspeitos de COVID-19.

1.2. Recomenda-se o estabelecimento de área de recepção de pacientes trazidos por viaturas/ambulâncias, garantindo-se fluxo para a entrada desse paciente e liberação rápida das equipes pré-hospitalares, espaço para manobras e controle de entrada e saída de viaturas/ambulâncias;

1.2.1 - As unidades de emergência devem organizar espaços para a realização da limpeza terminal e concorrente das viaturas/ambulâncias, disponibilizando local para descarte de resíduo infectante e área de expurgo;

1.3. O paciente poderá ser acolhido por profissionais de apoio capacitados (recepção ou segurança) ou profissionais de saúde, pré-definidos pela instituição e posicionados na porta de entrada da instituição. Esses profissionais devem: oferecer máscara cirúrgica ao paciente que apresente queixas de sintomas respiratórios e ao acompanhante e orientar a higienização das mãos.

1.4. Recomenda-se que os serviços de emergência mantenham ambiência adequada com sinalização (alertas visuais, cartazes, pôsteres, fitas guias, totens, etc.).

1.5. Recomenda-se utilizar os protocolos habituais de Classificação de Risco.

1.6. Recomenda-se a restrição de circulação nos serviços de emergência. Somente deverá ingressar para atendimento, o paciente. Acompanhantes deverão ser permitidos aos menores de 18 anos, deficientes físicos e aqueles que necessitem de auxílio para locomoção.

1.7. Recomenda-se que a alocação de pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19 seja em área separada até a consulta e/ou posterior encaminhamento para internação (caso seja necessária), com porta fechada e bem ventilada (com janelas abertas). Os pacientes sintomáticos devem utilizar a máscara cirúrgica durante toda a sua permanência no serviço de saúde.

1.8. Os fluxos de encaminhamentos para exames, centro cirúrgico, unidade de internação, unidade de terapia intensiva (UTI), etc. devem respeitar obrigatoriamente as recomendações de paramentação e as normativas relacionadas à segurança do paciente, preconizadas nos protocolos locais e nas recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

1.8.1 A movimentação e o transporte interno de um paciente suspeito/confirmado de COVID-19 deve ser limitada e planejada:

- Os serviços devem criar equipes específicas para o transporte intra-hospitalar dos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19;
- O pessoal da área de destino deve ser previamente informado sobre a condição de suspeição/confirmação de COVID 19 para o preparo adequado da unidade;
- Deve-se oferecer uma máscara cirúrgica para o paciente, se tolerada, durante todo o transporte para minimizar a dispersão;
- Ao chegar ao setor de destino, o paciente não pode aguardar em áreas comuns;
- Não deve haver retardo nas atividades/exames ou procedimentos a serem realizados.

1.9. Recomendam-se que as instituições organizem e instituem fluxos de saída (óbito, transferência e alta hospitalar).

1.10. Recomenda-se que os pacientes que forem liberados para isolamento domiciliar assinem termo específico quanto à orientação de permanência em quarentena.

1.11. Recomenda-se que as equipes que prestam assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 devem ser exclusivas e permanecerão em área separada (área de isolamento) evitando o contato com outros profissionais que não estejam envolvidos diretamente nesse processo de trabalho

2. Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e segurança para a assistência

Os atendimentos de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 demandam uso de EPIs específicos e atenção especial a higienização adequada das mãos como medida fundamental.

O uso responsável, solidário e correto dos EPIs deve ser adotado por todos. Entende-se que a situação atual da pandemia exige critérios, uma vez que o cenário mundial sinaliza para riscos de desabastecimento.

2.1. Recomenda-se que os enfermeiros orientem suas equipes a cada início de turno, sobre a importância do uso dos EPIs de rotina e específicos para os atendimentos de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19, retomando as atualizações dos protocolos institucionais.

2.2. Recomenda-se que os profissionais tenham um uniforme adicional para necessidade de troca durante o plantão.

2.3. Recomenda-se retirar adornos como anéis, colares, relógios e brincos de acordo com a Norma Regulamentadora n.º 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Para maiores informações, acesse:

<http://sbbq.iq.usp.br/arquivos/seguranca/portaria485.pdf>).

2.4. Sobre o uso de EPIs específicos para abordagem do paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19, recomenda-se:

2.4.1 Máscara:

Aparar ou retirar a barba para melhora a vedação (qualquer tipo de máscara).

2.4.1.1 Máscara cirúrgica:

- Deve cobrir a boca e o nariz e ser ajustada com segurança para minimizar os espaços entre a face e a máscara.
- Deve ser substituída por uma nova máscara limpa e seca assim que a antiga se tornar suja ou úmida; ou seguir a rotina do serviço e instituição/CCIH para trocas durante turno de trabalho
- Não se deve reutilizar máscaras cirúrgicas descartáveis
- Máscaras de tecido não são recomendadas em serviços de saúde, sob qualquer circunstância.

2.4.1.2 Máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 μ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3):

- Deve ser utilizada quando o profissional atuar em PGA, em pacientes suspeitos ou confirmados de infecção de COVID-19
- Deve-se evitar tocar ou ajustar a máscara após instalada. Em caso de contaminação da parte interna, ela deverá ser descartada imediatamente.
- Fica à critério da CCIH em conjunto com as equipes das unidades assistenciais a elaboração de protocolo ou rotina quanto ao tempo de uso seguindo recomendações anteriores
- Não se recomenda o uso da máscara cirúrgica sobreposta à máscara N95/PFF2 ou equivalente, pois além de não garantir proteção de filtração ou de contaminação, pode levar ao desperdício de EPI, sendo prejudicial em um cenário de escassez.

2.4.2 Avental ou capote:

- Deve ser de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior (gramatura mínima de 30g/m²).

- Recomenda-se uso de capote ou avental impermeável (estrutura impermeável e gramatura mínima de 50 g/m²) ao participar ou executar PGA ou na presença de vômitos, diarreia, hipersecreção orotraqueal, sangramento, dentre outros.

2.4.3 Óculos de proteção e protetor facial/face shield:

- Devem ser de uso individual.
- Após o uso dos óculos e protetor facial, recomenda-se limpeza e posterior desinfecção com álcool líquido a 70% (quando o material for compatível), hipoclorito de sódio, polihexametileno Biguanida (PHMB) ou outro desinfetante recomendado pelo fabricante ou pela CCIH local.
- Após o uso do protetor facial, caso tenha sujidade visível, deve ser lavado com água e sabão/detergente e só depois dessa limpeza, passar pelo processo de desinfecção.

2.4.4 Luvas:

- O uso de luvas não substitui a higiene das mãos.

2.4.5 Gorro:

- Está indicado para todos os PGA.
- Deve ser de material descartável, removido após o uso e descartado como resíduo infectante.

2.4.6 Propés:

- Não existem evidências que indiquem a sua utilização. Consulte os protocolos locais para outras recomendações acerca do assunto.

2.5. Recomenda-se que todos os integrantes da equipe assistencial de serviços de emergência devem se paramentar antes de entrar no ambiente onde exista um paciente suspeito ou confirmado de COVID-19.

2.6. A sequência de paramentação e desparamentação deve ser garantida, para evitar contaminação inadvertida. Recomenda-se a retirada da paramentação sob observação de um outro profissional para auxiliar no cuidado com as regras. Para maiores informações, acesse: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf

2.7. Recomenda-se aos núcleos de educação permanente que realizem instruções por meio de vídeos sobre a paramentação e desparamentação e outros temas de interesse.

2.8. Recomenda-se que os profissionais de apoio (higiene e limpeza ambiental), recepção e segurança utilizem EPI conforme preconizado pela ANVISA.

2.9. Recomenda-se consultar e considerar protocolos e recomendações já disponíveis referentes às especificidades do atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19:

- Protocolo de Intubação Orotraqueal para caso suspeito ou confirmado de COVID-19

http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/03/POP_IOT_COVID_-170320.pdf

- Recomendações para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de pacientes com diagnóstico ou suspeita de COVID-19

http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/03/POP_IOT_COVID_-170320.pdf

- Protocolo Suplementação de Oxigênio em Paciente com Suspeita ou Confirmação de Infecção por COVID-19.

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/protocolo_oxigenioterapia_covid19.pdf

3. Gerenciamento de resíduos

3.1. Recomenda-se que os artigos respiratórios e instrumentais utilizados em pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 sejam encaminhados ao Centro de Materiais e Esterilização (CME) da instituição SEM LIMPEZA PRÉVIA, ensacados em saco branco leitoso e rotulado (preferencialmente em caixas plásticas com tampa).

3.2. Recomenda-se que os resíduos sejam acondicionados em saco branco leitoso e que sejam substituídos quando atingirem 2/3 da capacidade do saco ou pelo menos uma vez a cada 48 horas, conforme Resolução RDC/Anvisa No 222, de 28 de março de 2018. Os sacos devem ser contidos em lixeira com tampa e pedal. O tratamento e disposição final deste resíduo deve seguir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS local.

4. Aspectos específicos da avaliação e monitoração do paciente suspeito ou com diagnóstico de COVID-19

4.1 Temperatura

- Recomenda-se nos pacientes mais graves a monitorização contínua da temperatura via termômetros cutâneos ou esofágicos.

4.2 Eletrocardiograma (ECG) contínuo

- O tratamento com Hidroxicloroquina e Azitromicina envolve risco de arritmia ventricular pelo aumento do intervalo QT.
- Recomenda-se a MONITORIZAÇÃO CARDÍACA contínua, de preferência com no mínimo 2 derivações⁶ e preferencialmente alinhado a análise de QTC comum em diversos monitores.

4.3 Capnografia

- O valor normal da capnografia (PetCO₂) está em torno de 35 - 40 mmHg.

4.4 Gasometria arterial

- Nos pacientes com COVID -19 em Ventilação Mecânica Invasiva pode ser considerado a hipercapnia permissiva
- Comprometimento da oxigenação em adultos: SDRA LEVE: PaO₂ / FiO₂ ≤ 300 e >200 mmHg; SDRA moderada: PaO₂ / FiO₂ ≤ 200 mmHg e > 100 mmHg; SDRA grave: PaO₂ / FiO₂ ≤ 100 mmHg
- Quando a PaO₂ não está disponível, SpO₂ / FiO₂ ≤ 315 sugere SDRA.

4.5 Monitorização Ventilatória

- Nos pacientes em Ventilação Mecânica Invasiva, além dos parâmetros já citados (FR, SO₂, CAPNOGRAFIA e GASOMETRIA), contemplam também como monitorização ventilatória, fundamental para evitar lesão induzida pelo ventilador:

4.6 Saturação periférica – SO₂

5 Suporte ventilatório e oxigenoterapia em casos de COVID-19

Oxigenoterapia: vide recomendação ABRAMEDE

6 Ventilação Mecânica Não-Invasiva (VMNI)

- Recomenda-se evitar VMNI devido risco de geração de aerossóis e disseminação viral. .
- Ideal: utilizar circuito fechado e com interface Helmet.

7 Intubação Orotraqueal (Para maiores informações, acesse a Recomendação de Intubação Orotraqueal da ABRAMEDE).

7.2 Procedimento

- Na sala deve ficar apenas profissionais estritamente necessários para o procedimento.
- Realizar preparação da equipe (EPI para precaução por aerossóis), materiais em mãos, drogas e equipamentos.
- Iniciar pré-oxigenação com Máscara com Reservatório fluxo para manter FiO₂ de 100%, mínimo 10l/min.
- Evitar ventilação assistida com dispositivo de bolsa-válvula-máscara devido risco potencial de aerossolização.
- Iniciar vasopressores em veia periférica na presença de sinais de choque. Considerar infusão de 500ml de Cristaloide se não houver contraindicação.
- Intubação assistida por drogas otimizando primeira tentativa. Reduzir estimulação de via aérea.

- Conectar ao ventilador mecânico com filtro *Heat and Moisture Exchangers* (HME F) bacteriano/viral + sistema fechado de aspiração + espaçador de aerossolterapia. Conectar filtro *High Efficiency Particulate Arrestance* (HEPA) na saída expiratória do ventilador. No caso o filtro HMEF substitui os filtros HME e HEPA.
- Verificação do posicionamento do tubo com auxílio da capnografia.
- Iniciar sedação contínua em bomba de infusão contínua afim de reduzir risco de desconexão, agitação e estímulo de tosse. A meta é manter *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) - 2 ou menor.
- Em caso de falha na primeira tentativa os dispositivos extraglótricos podem ser considerados. Se não houver sucesso na técnica alternativa é indicada a realização de cricotireostomia.

8 Ventilação Mecânica Invasiva (VMI): vide recomendação ABRAMEDE

8.1 Posição prona

- Deve ser realizada por equipes capacitadas devido risco de eventos adversos. A equipe deve conhecer as indicações, contraindicações, a técnica e os riscos associados.
- Se a equipe optar pela posição prona está deve ser mantida por no mínimo 16 e no máximo 20 horas, se não houver complicações.

9 Orientações para monitoramento da saúde dos profissionais

9.1. Recomenda-se que os serviços desenvolvam políticas e mecanismos para detectar profissionais sintomáticos, e assim, antecipar medidas protetoras e reduzir exposição de outros profissionais. São ações importantes:

- monitoramento e registro das condições de saúde dos profissionais à entrada do plantão;
- abordar profissionais sintomáticos e se suspeitos/confirmados devem ser afastados conforme protocolos institucionais e prioritariamente testados.
- incentivar que os profissionais reportem exposição desprotegida, viabilizando monitoramento.

10 Controle e Mitigação de riscos nos serviços de emergência

10.1. Recomenda-se como ação relevante, considerar os fatores humanos com o intuito de mitigar danos. Avaliar e adequar ações quanto a:

- Comportamento: sobrecarga de trabalho, horas de atuação, fadiga, privação de sono, fome, doenças, estresse, entre outros fatores que podem predispor ao erro;
- Condições de trabalho: check-list de materiais e equipamentos, garantia de equipamento de Proteção individual – EPI, ambiente adequado para desempenhar as funções, segurança para realização das tarefas;
- Conhecimentos e habilidades: treinamento, reciclagem e formação;

- Políticas e procedimentos: clareza de protocolos propostos, guias de procedimentos disponíveis, de fácil acesso e compreensão;
- Comunicação: realização de *briefing* e *debriefing* durante o trabalho, escuta técnica aos profissionais, foco na resolução dos problemas, espaço para discussão manejo e discussão dos casos atendidos;
- Saúde profissional: estresse, ansiedade, frustração, insegurança, medo, entre outros;
- Gestão: gerenciamento, garantia de equipamentos, insumos e manutenção, encorajamento de discussões, registro de danos, atuação frente a eventos adversos, busca por soluções, criação de grupo para gestão dos riscos assistenciais;

10.2. Recomenda-se a determinação de um ambiente para decompressão (ambiente para pausa, descanso, troca de ideias e dúvidas).

Taxonomia para segurança do paciente

Recomendamos a NBR ISO 31000 que descreve os princípios e diretrizes da Gestão de Risco, ela auxiliará na estruturação da Gestão de Risco, objetivando incentivo e identificação dos riscos, além de estabelecer estratégias para tomada de decisão e planejamento, prevenção de perdas e gerenciamento de incidentes, minimizando as perdas e melhorando o aprendizado.

Recomendamos a criação de Comitê de Gerenciamento de Risco – CGR, conduzido por um profissional Enfermeiro, tendo em vista que passam mais tempo com o paciente, são objetivos nas avaliações, comprometidos com a identificação dos riscos potenciais e mitigação (quadro 1).

Quadro 1. Comitê de Gerenciamento de Risco - CGR

- 1- Passo: grupo que irá compor o CGR: diretor clínico ou técnico, pelo administrador, gerente de enfermagem e responsáveis por algumas áreas críticas como UTI, Centro Cirúrgico, Pronto Socorro, Laboratório, Engenharia, Farmácia, Nutrição entre outros profissionais da instituição e área jurídica.
- 2- Passo: subcomitês: integrantes mais próximos dos profissionais da linha de frente, otimizando a identificação e resolução dos riscos inerentes de cada área.
- 3 – Passo: realizar de maneira sistemática revisões das normas protocolares interna existentes.
- 4 – Passo: o CRG identificação, avaliação, tratamento, correção dos potenciais fatores de risco, devendo estar previamente identificados e registrados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. (a) World Health Organization. WHO. Novel Coronavirus (COVID-19) technical guidance, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 01 de abr. de 2020.
2. Grupo Hospitalar Conceição – GHC. Programa de Controle de Infecção Hospitalar-HNSC. Normas e Rotinas Técnico-Operacionais – CIH/HNSC/GHC. NRTO 01/2020.
3. (a) Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica GVIMS/GGTES / ANVISA Nº04/2020. Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2) – atualização 31/03/2020. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTESANVISA-ATUALIZADA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28> Acesso em: 01 de abr. de 2020.
4. Wang W, Xu Y, Gao R, et al. Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. *JAMA*. Published online March 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3786
5. b) Brasil. Ministério da Saúde. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19. 1ª edição – 2020 – versão 1 – publicada em 25/03/2020. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/70> Acesso em: 01 de abr. de 2020.
6. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR). Recomendações de uso de métodos de imagem para pacientes suspeitos de infecção pelo COVID-19. Disponível em: https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CBR_Recomenda%C3%A7%C3%B5es-de-uso-de-m%C3%A9todos-de-imagem_16-03-2020.pdf Acesso em: 01 de abr. de 2020.
7. Araujo-Filho JAB, Sawamura MVY, Costa AN, et al. Pneumonia por COVID-19: qual o papel da imagem no diagnóstico? *J Bras Pneumol*. 2020;46(2):e20200114
8. Simpson TF, Kovacs RJ, Stecker EC. Ventricular Arrhythmia Risk Due to Hydroxychloroquine-Azithromycin Treatment For COVID-19. *American College of Cardiology*. Mar 29, 2020
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Ministério da Saúde). Segurança do Paciente: Higienização das mãos. 1. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicos/seguranca/manuais/paciente_hig_maos.pdf Acesso em: 01 de abr. de 2020.
10. Conselho Federal de Enfermagem. COVID-19: Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs). COFEN: Brasília; 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf Acesso em: 01 de abr. de 2020
11. (b) World Health Organization. WHO. Novel Coronavirus (COVID-19) technical guidance, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 01 de abr. de 2020.
12. Centres for Disease Control and Prevention – CDC. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. Disponível em:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html>
Acesso em: 01 de abr. de 2020.

13. Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Procedimento operacional padronizado equipamento de proteção individual e segurança no trabalho para profissionais de saúde da APS no atendimento às pessoas com suspeita ou infecção pelo novo coronavírus (Covid-19). Versão 2. Brasília – DF, Março de 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/67> Acesso em: 01 de abr. de 2020.
14. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Recommended Guidance for Extended Use and Limited Reuse of N95 Filtering Facepiece Respirators in Healthcare Settings. Disponível em: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hcwcontrols/recommendedguidanceextuse.html> Acesso em: 01 de abr. de 2020.
15. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Brasília, DF: Diário Oficial da União. Disponível em: <<http://sbbq.iq.usp.br/arquivos/seguranca/portaria485.pdf>>. Acesso em: 01 de abr. de 2020.
16. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR). Associação entre Protocolo Manchester de Classificação de Risco e Covid-19. Disponível em: <http://gbcr.org.br/downloads-> Acesso em: 01 de abr. de 2020.
17. Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMEDE. Protocolo de Intubação Orotraqueal para caso suspeito ou confirmado de COVID-19 <http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/03/POP_IOT_COVID_-170320.pdf> Acesso em: 01 de abr. de 2020.
18. Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMEDE. Recomendações para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de pacientes com diagnóstico ou suspeita de COVID-19 <<http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/03/RCP-ABRAMEDE-SBC-AMIB-7-230320.pdf>> Acesso em: 01 de abr. de 2020.
19. Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMEDE. Protocolo Suplementação de Oxigênio em Paciente com Suspeita ou Confirmação de Infecção por COVID-19. <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/protocolo_oxigenioterapia_covid19.pdf> Acesso em: 01 de abr. de 2020.
20. Plano de Contingência para Pandemia do CORONAVÍRUS – COVID-19. Porto Alegre; 2020. Atualizada em 27/03/2020
21. (c) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html Acesso em: 01 de abr. de 2020.
22. Organização Mundial da Saúde (OMS). Aliança mundial pela segurança do paciente: programa avançado 2005. Genebra; 2004. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf Acesso em: 02 de abr. de 2020.
23. Tao Guo MD, et al. Cardiovascular Implications of Fatal Outcomes of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). JAMA Cardiology Published online March 27, 2020
24. Beeching NJ, Fletcher TE, Fowler R. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). BMJ Best Practice. 2020 Feb. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168>. Acesso em: 02 de abr. de 2020

25. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Waltham (MA): UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19>. Atualizado em 20 Mar 2019. Acesso em: 02 de abr. de 2020.

Referências complementares

1. Siemieniuk RAC, Chu DK, Kim LH-Y, et al. Oxygen therapy for acutely ill medical patients: a clinical practice guideline. *BMJ* 2018; 363:k4169.
2. RODRIGUEZ-ROISIN, Roberto et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 20th anniversary: a brief history of time. 2017.
3. Patel AR. et al. Global initiative for chronic obstructive lung disease: the changes made. *Cureus*, v. 11, n. 6, 2019.
4. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020. No. WHO/2019-nCoV/clinical/2020.4. World Health Organization, 2020.
5. Brewster DJ. et al. Consensus statement: Safe Airway Society principles of airway management and tracheal intubation specific to the COVID-19 adult patient group. *The Medical Journal of Australia*, v. 212, n. 10, p. 1, 2020.
6. Ganapath T. Difference in Forearm and Upper Arm Blood Pressure Measurements in Prenatal Women. *Archives of Medicine and Health Sciences*. V.7. January-June 2019
7. Domiano KL, Hinck SM, Savinske DL, Hope KL. Comparison of upper arm and forearm blood pressure. *Clin Nurs Res*. 2008 Nov;17(4):241-50.
8. JP, Albasri, Franssen M, et. al. Defining the relationship between arm and leg blood pressure readings: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens*. 2018 Dec 11.

ANEXO 1- FLUXO DE ENTRADA DO PACIENTE SUSPEITO DE INFECÇÃO POR COVID-19 NO INTRA-HOSPITALAR

