



ABENTI
Associação Brasileira de
Enfermagem e Terapia Intensiva



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
RECOMENDAÇÕES PARA O MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NO
CUIDADO AO PACIENTE CRÍTICO COM COVID-19

Elaboração: Departamento de Enfermagem da AMIB e Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva (ABENTI).

Data: 25 de maio de 2020

Autores:

Clayton Lima Melo (MG); Fernanda Alves Ferreira Gonçalves (GO); José Melquíades Ramalho Neto (PB); Laurindo Pereira de Souza (RO); Patrícia Rezende do Prado (AC); Renata Pietro (SP); Sabrina dos Santos Pinheiro (RS); Widlani Sousa Montenegro (MA).

Departamento de Enfermagem AMIB

Renata Pietro (SP); Clayton Lima Melo (MG); José Melquíades Ramalho Neto (PB); Fernanda Alves Ferreira Gonçalves (GO); Laurindo Pereira de Souza (RO); Sabrina dos Santos Pinheiro (RS).

O cuidado que a equipe de Enfermagem presta na Terapia Intensiva requer conhecimento, habilidade e atitudes que necessitam de contínuas capacitações técnico-científico para o seu desenvolvimento. Habitualmente, recomendaríamos um modelo robusto e que acompanhe a complexidade do doente crítico, no entanto, temos vivenciado, com a Pandemia do COVID-19, diferentes desafios e experiências na assistência de Enfermagem em todo o planeta.

Somado ao fator desconhecido que é o cuidado ao paciente com COVID-19, temos ainda que atuar frente ao contínuo adoecimento de membros da equipe, a ansiedade e até mesmo o medo ao desconhecido, fatores propulsores de índices elevados de absenteísmo. Mesmo com a substituição dos profissionais afastados, as programações de escalas de trabalho são revistas, não mais mensalmente e sim, dioturnamente e muitas vezes estratégias são alteradas durante o turno de trabalho.

Contratações temporárias, reorganizações de fluxo hospitalares, aberturas de Hospitais e Unidades de Terapia Intensivas de campanhas tem obrigado, muitas das

vezes, a contratação de profissionais sem experiência hospitalar, tão pouco em cuidados ao paciente crítico, o que coloca em xeque a segurança do paciente e do profissional de saúde.

Este documento tem como principal objetivo trazer recomendações para o modelo assistencial de enfermagem no cuidado ao paciente crítico com COVID-19, pois este modelo necessita continuamente ser revisitado e revisto, considerando que o dimensionamento é um fator crucial e decisivo para o sucesso do tratamento ao paciente com COVID-19. A pandemia é dinâmica e as informações e recomendações deste informe podem ser atualizadas, à medida que novos conhecimentos científicos sejam publicados.

1. RECOMENDAÇÕES SOBRE DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Devido a gravidade e a complexidade do cuidado prestado aos pacientes com COVID-19, torna-se imprescindível que o dimensionamento de enfermagem ocorra norteado pela estratificação de escores como o *Nursing Activities Score* (NAS) e o *Therapeutic intervention scoring system-28* (Tiss 28).

Em nosso país, boa parte das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) segue como dimensionamento a Resolução da Diretoria Colegiada nº 26 (RDC 26), que contempla minimamente, 1 enfermeiro para 10 pacientes e 1 técnico de enfermagem para dois pacientes. Porém, o cenário atual da pandemia vem causando sobrecarga e exaustão aos profissionais, e nesse momento, existe a necessidade de otimizar uma retaguarda para nosso capital humano e ambos os escores oferecem maior segurança ao dimensionamento da equipe de enfermagem. Merece destaque o fato de que quanto maior o conhecimento e a habilidade dos profissionais, melhor será o atitudinal e a performance profissional. Por exemplo, um enfermeiro que detém o Título de Especialista em Terapia Intensiva, certamente detém conhecimentos e habilidades específicas para o cuidado ao paciente crítico. É um profissional bem treinado e capacitado, que certamente fará a diferença na gestão, na assistência direta e também no direcionamento do cuidado crítico.

Especificamente na Pandemia, as contratações temporárias podem ser um dos recursos utilizados para os equipamentos de saúde. Uma outra opção de retaguarda, é ofertar treinamento para as equipes de setores que estão em baixa de atendimento,

como centro cirúrgico (CC), central de material e esterilização (CME) e ainda os ambulatorios, que tendem a reduzir demanda. Certamente existem riscos relacionados a esse tipo de estratégia, mas o maior e mais iatrogênico dos riscos é a ausência de profissionais capacitados para a assistência segura ao doente com COVID-19.

Por isso, a preocupação neste momento é promover o adequado dimensionamento para o aumento da oferta de leitos, sendo importante objetivarmos um time de alta performance no cuidado seguro e de qualidade.

Frente a essas preocupações e inquietações, o Departamento de Enfermagem da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e a Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva (ABENTI) uniram esforços para traçarem uma proposta de modelo assistencial para a atuação da Enfermagem Intensiva frente a Pandemia do COVID-19.

2. RECOMENDAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DO MODELO DISRUPTIVO

Este modelo procura orientar as rotinas assistenciais, com etapas, metas, pontos essenciais e secundários para o direcionamento do processo de trabalho de enfermagem nesse momento de pandemia.

	Fundamento	Ações Essenciais	Ações Secundárias
ADMISSÃO	Etapa primordial para um resultado assistencial seguro.	Coletar história objetiva; Realizar exame físico; Implementar plano de cuidados alinhados ao plano terapêutico.	Utilizar lista de verificação com o setor administrativo para obtenção de informações relevantes como alergias, entre outros destaques não informados.
RISCOS ASSISTENCIAIS	Etapa que direciona a equipe na realização de	Aplicar medidas preventivas para LPP, queda, PAV, ITUAC. Avaliar o	Aplicar escalas validadas de riscos: queda, LPP, medidas para prevenir as infecções relacionadas a

	<p>medidas preventivas.</p> <p>A maioria dos pacientes graves possuem risco de lesão por pressão (LPP), Queda, Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV), infecção de cateter urinário (ITUAC), delirium, flebite, edemas, má perfusão, entre outras.</p>	<p>nível de consciência por escalas padronizadas, avaliar o nível de sedação e o desmame precoce para prevenir o delirium, avaliar a dor e sinais de flebite, edemas e de hipoperfusão.</p>	<p>assistência à saúde (IRAS), como PAV, ITUAC e da corrente sanguínea.</p> <p>Potencializar o tempo de enfermagem na beira-leito.</p> <p>Reavaliar o intervalo de aplicação escalas como RASS e BPS para uma vez ao turno , ou a cada 12 horas em pacientes que estão profundamente sedados.</p>
ESCALAS E ÍNDICES	<p>Escalas administrativas nesse momento serão pouco utilizadas para potencializar a prática.</p>	<p>Avaliar o dimensionamento de pessoas conforme recomendado acima, ajustando ao recurso humano disponível.</p>	<p>Aplicar escalas de dimensionamento e acompanhar o cotidiano da unidade.</p>
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (DE)	<p>Padronizar os principais diagnósticos de enfermagem, norteado pelo raciocínio e julgamento clínico</p>	<p>Padrão Respiratório ineficaz; Ventilação espontânea prejudicada; Troca de gases</p>	<p>Para esses pacientes se aplicam vários diagnósticos, porém na tentativa de elaborar ações imediatas para a promoção das necessidades humanas</p>

	das manifestações que os pacientes contaminados por COVID-19 apresentem.	prejudicada; Infecção; Febre (hipertermia); Dor; Contaminação; Risco de contaminação; Risco de choque; Risco de Solidão; Isolamento social; Risco de Integridade da Pele; Risco de queda; Risco de flebite sangramento e tromboembolismo venoso; Risco de delirium.	básicas mais afetadas pela contaminação do COVID-19, esses são os principais DE sugeridos.
PLANO DE CUIDADOS	Etapa de planejamento do cuidado de extrema relevância para atuação do enfermeiro e do técnico de enfermagem.	Pode ser aplicado junto a evolução de enfermagem, para evitar impressos repetidos.	Apoio familiar; Controle de risco comunitário; Controle da ventilação mecânica invasiva; Identificação de riscos; Inserção e estabilização de vias aéreas; Monitorização respiratória; Oxigenoterapia; Prevenção de choque; Proteção contra infecção;

			Regulação hemodinâmica; Regulação da temperatura.
PROCEDIMENTOS EXCLUSIVOS DO ENFERMEIRO	Por domínio técnico-científico muitos procedimentos são exclusivos do profissional enfermeiro e no momento de crise, podem ser otimizados.	Redirecionar atividades, exceto as privativas do enfermeiro: aspiração de vias aéreas; passagem de cateter gástrico e enteral, cateter vesical, realização de curativos de maior complexidade, preparo e administração de drogas endovenosas de maior risco.	O técnico de enfermagem assumirá atividades com menor grau de complexidade técnica, sendo as ações sempre supervisionadas e delegadas pelo enfermeiro.
REGISTROS	O prontuário deve conter informações precisas, objetivas e claras, para ser utilizado como ferramenta para as equipes de promoverem a	A evolução de enfermagem realizada de maneira objetiva, pode estar associada a ferramentas de passagem de plantão, evitando	Padronizar instrumentos para passagem de plantão que sejam objetivos, claros e precisos.

	continuidade ao cuidado.	ao	a utilização de impressos desnecessários.	
--	--------------------------	----	---	--

3. RECOMENDAÇÕES SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

3.1 Diagnósticos de Enfermagem e condutas

A necessidade de um planejamento para a execução, considerando os aspectos mais relevantes no cuidado ao paciente com COVID-19, é um importante fator que auxilia na operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Apresentamos a seguir, de maneira didática, possíveis Diagnósticos de Enfermagem (DE) que podem ser utilizados durante a pandemia. Merece destaque o fato de que a caracterização da clientela, o conhecimento da filosofia do serviço de enfermagem, bem como da instituição, é importante para o desenvolvimento de um plano operacional que envolva recursos humanos e materiais aplicados no cotidiano assistencial.

a) DE: Risco de contaminação

- Orientar quanto a necessidade de isolamento do paciente;
- Treinar e realizar a utilização correta dos equipamentos de proteção individual (EPIs) entre todos os membros da equipe;
- Capacitar os colaboradores para a correta paramentação (higiene de mãos com álcool 70%, uso do gorro, óculos de proteção, máscara, avental e luvas) e reforçar a importância da desparamentação segura;
- Orientar medidas de acionamento da equipe.

b) DE: Contaminação

- Otimizar o controle e segurança do ambiente;
- Realizar proteção contra infecção;
- Realizar precauções contra aspiração por gotículas e aerossol.

c) DE: Isolamento social

- Prover apoio familiar;

- Identificar fatores para a melhoria no sistema de apoio.

d) DE: Troca de gases prejudicada

- Realizar a interpretação de dados laboratoriais (gasometria);
- Promover oxigenoterapia;
- Otimizar a assistência ventilatória segura e interdisciplinar.

e) DE: Risco de solidão

- Avaliar estado emocional do paciente;
- Promover medidas de conforto;
- Estimular a participação do paciente e familiares no tratamento;
- Acionar a equipe de psicologia em casos de sinais de alarme.

f) DE: Padrão respiratório ineficaz

- Manter cabeceira elevada entre 30 e 45°;
- Registrar movimentos torácicos observando a existência de simetria, uso de musculatura acessória e retração de músculos supraclaviculares e intercostais;
- Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforços na respiração;
- Avaliar a necessidade de oferta de oxigênio suplementar por meio de cânula nasal até no máximo 5l/min;
- Monitorar a ocorrência da fadiga de músculos diafragmáticos (movimento paradoxal);
- Auscultar os sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuída/ausente e a presença de ruídos adventícios;
- Avaliar a presença de cianose;
- Monitorar a ocorrência de aumento da inquietação, ansiedade e falta de ar;
- Registrar mudanças no SaO₂, SpO₂, SvO₂, PaCO₂, ETCO₂;
- Monitorar a ocorrência de dispneia e eventos que melhorem ou piorem;
- Monitorar a ocorrência de crepitação;
- Promover aplicação de peróxido de hidrogênio 0,5% a 1% ou povidona 0,2% nas estruturas bucais antes da realização da higiene bucal com solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% a cada 12 horas.

g) DE: Ventilação espontânea prejudicada

- Manter a cabeceira elevada de 30-45°;
- Mensurar peso e altura do paciente para o cálculo do volume corrente predito (≤ 6 mL/kg);

- Monitorar os ajustes do ventilador mecânico, registrando aumentos nas pressões inspiratórias e reduções no volume corrente, conforme apropriado;
- Ajustar e monitorar os alarmes ventilatórios;
- Monitorar assincronias;
- Utilizar o sistema de aspiração fechado e aspirar se estritamente necessário e anotar aspecto das secreções;
- Aspirar vias aéreas superiores se necessário;
- Manter o balonete do tubo (cuff) com ar até uma pressão entre 25-30 cmH₂O;
- Trocar filtro HME e/ou sistema de aspiração fechado a cada 7 dias em caso de sujidade, condensação ou dano;
- Realizar o clampeamento do tubo traqueal e pausar o ventilador mecânico em caso de desconexão;
- Efetivar a mobilização no leito;
- Promover a contenção física em caso de risco de extubação acidental.

h) DE: Risco de flebite sangramento e tromboembolismo venoso

- Avaliar a presença de edema e sinais flogísticos de inflamação nos membros;
- Apreçar tempo de enchimento capilar;
- Realizar a troca de acesso venoso se suspeita de flebite;
- Avaliar extremidades por meio da perfusão;
- Investigar febre.

i) DE: Risco de delirium

- Avaliar orientação auto e alopsíquica;
- Promover medidas de conforto e suporte emocional;
- Avaliar nível e tipo de droga de sedação;
- Realizar avaliação de nível de consciência pela escala RASS;
- Avaliar paciente pela escala CAM-ICU, se possível;
- Acionar equipe de psicologia em caso de sinais de alarme.

j) DE: Risco de queda

- Avaliar orientação auto e alopsíquica;
- Orientar o paciente a pedir ajuda (se consciente e orientado);
- Manter grades elevadas.

k) DE: Dor

- Avaliar a presença de edema e sinais flogísticos nos membros;
- Suspeitar se paciente apresente aumento da FC, PA ou face de dor;

- Avaliar a dor conforme escala preconizadas pela instituição;
- Medicar conforme prescrição médica.

3.2 Recomendação de conteúdo para formulário de evolução de enfermagem (Apêndice A)

3.3 Recomendação de conteúdo para anotações de enfermagem a ser preenchida pelos técnicos de enfermagem (Apêndice B)

3.3 Recomendação de conteúdo para impresso de transferência de cuidado de pacientes com COVID-19 entre as unidades da instituição (Apêndice C)

Apêndice A - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Identificação do paciente:

Dias de UTI:

2. Situação:

3. Exame Clínico:

Neurológico:

Respiratório:

Hemodinâmica:

Nutrição:

Pele: presença de lesão _____ local: _____

Curativos:

Dispositivos:

Eliminações vesico intestinais: diurese _____ evacuação _____

Sinais Vitais:

PA máxima: _____ PA mínima: _____ Média: _____

FC: _____ Temperatura: _____ FR: _____ Sat. O2: _____

4. Hemotransfusão nas últimas 24 horas

() Sim () Não _____

Apresentou reação adversa após a transfusão: () Sim () Não Quais: _____

Conduas: _____

5. Estratégias de ventilação mecânica:

Ventilação: () espontânea () VNI () VMI () TOT n° _____ () TQT n° _____

VMI: Modo ventilatório: _____ Ajustes: _____ FIO2 _____

Assincronia () S () N

Ausculta Pulmonar: () MV presentes () D () E () MV Diminuídos () D__ () E __

Ruídos adventícios: _____ Tosse: () não () sim: () produtiva () improdutiva

Expectoração: () não () sim, quant/aspecto _____ Necessidade de aspiração traqueal () S () N Aspecto _____

6. Recomendações:

--



<u>Apêndice B - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</u>	
1. Identificação do paciente:	Dias de UTI:
2. Situação:	
3. Sinais Vitais: realizar anotação no impresso de sinais vitais	
4. Oxigenoterapia: Cateter de O2 () Venturi () Máscara Concentradora () _____ litros/min TOT () TQT () Observações: _____ Horário: _____	
5. Dispositivo venoso: () Jelco nº _____ Local: _____ Data da punção: _____ Data da troca: _____ () Polifix 2 vias () 3 vias () () CVC _____ Local: _____ Data da punção: _____ Data da troca: _____ () PICC _____ Local: _____ Data da punção: _____ Data da troca: _____ Infusões: _____	
6. Dieta: () Via Oral () Enteral () Parenteral _____	
7. Eliminações: () Espontânea () SVD () SVA _____	
8. Evacuação: () Presente () Ausente _____	
9. Anotações sobre estado clínico do paciente e cuidados realizados: _____ _____ _____ _____ _____	

10- Setor de Destino:

UTI () Unidade de Internação ()

Hora da Transferência:

Referências:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução – RDC Nº 26, de 11 de maio de 2012. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.htm

]. Acesso em 27 de abril de 2020.

Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. 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). Disponível:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-%202020+GVIMS-GGTES-ANVISA-ATUALIZADA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>

Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva [Internet]. 2020 Apr. São Paulo, SP(BR): AMIB; 2020. [cited 2020 Apr 30]. Available

from: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/13/Recomendaco__es_AMIB-atual.-16.04.pdf

Bertoncello, K. C. G., Cavalcanti, C. D. K., & Ilha, P. (2013). Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para os pacientes vítimas de múltiplos traumas. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 15(4), 905-14.

<https://doi.org/10.5216/ree.v15i4.19497>

Canto Débora Francisco do, Almeida Miriam de Abreu. Resultados de enfermagem para padrão respiratório ineficaz e ventilação espontânea prejudicada em terapia intensiva. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2013 Dec [cited 2020 May 01]; 34(4): 137-145. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400018&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400018>.

Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2018-2020. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Ligações NANDA-NOC-NIC: Condições clínicas: Suporte ao raciocínio e assistência de qualidade* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronavirus es on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. J Hosp Infect. 2020 Mar;104(3):246-251. doi: 10.1016/j.jhin.2020.01.022.

Meng L, Qiu H, Wan L, Ai Y, Xue Z, Guo Q, et al. Intubation and ventilation amid the COVID-19 outbreak: Wuhan's experience. Anesthesiology. 2020. Available from: <https://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000003296>

Murthy S, Gomersall CD, Fowler RA. Care for Critically Ill Patients With COVID-19. JAMA. Published online March 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3633.

World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance [Internet]. 2020 March. Geneva (CH): WHO 2020 [cited 2020 Apr 30]. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)