

GUIA PARA AS ENFERMIARIAS PSIQUIÁTRICAS PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA PELO CORONAVÍRUS (COVID-19)

Durante epidemias, pessoas com distúrbios de saúde mental são geralmente mais suscetíveis a infecções, por várias razões, como comprometimento cognitivo, baixa consciência do risco e proteção pessoal precária, assim como confinamento em enfermarias psiquiátricas¹. Por outro lado, o impacto da pandemia e isolamento social na saúde mental da população aumenta ainda mais a demanda e necessidade de assistência psiquiátrica e internação.

Desse modo, esse documento tem como objetivo garantir o atendimento aos pacientes que necessitam de internação psiquiátrica, minimizando transmissão entre os mesmos e promovendo práticas seguras para toda a equipe envolvida. Na impossibilidade de testagem em massa de todos os pacientes e sabendo-se que a maioria dos infectados pelo COVID-19 pode ser assintomática, devemos considerar que todo paciente é um portador potencial do vírus e, conseqüentemente, fonte potencial de contaminação.

1. Disposições sobre os pacientes

1.1 Diminuição de risco de transmissão

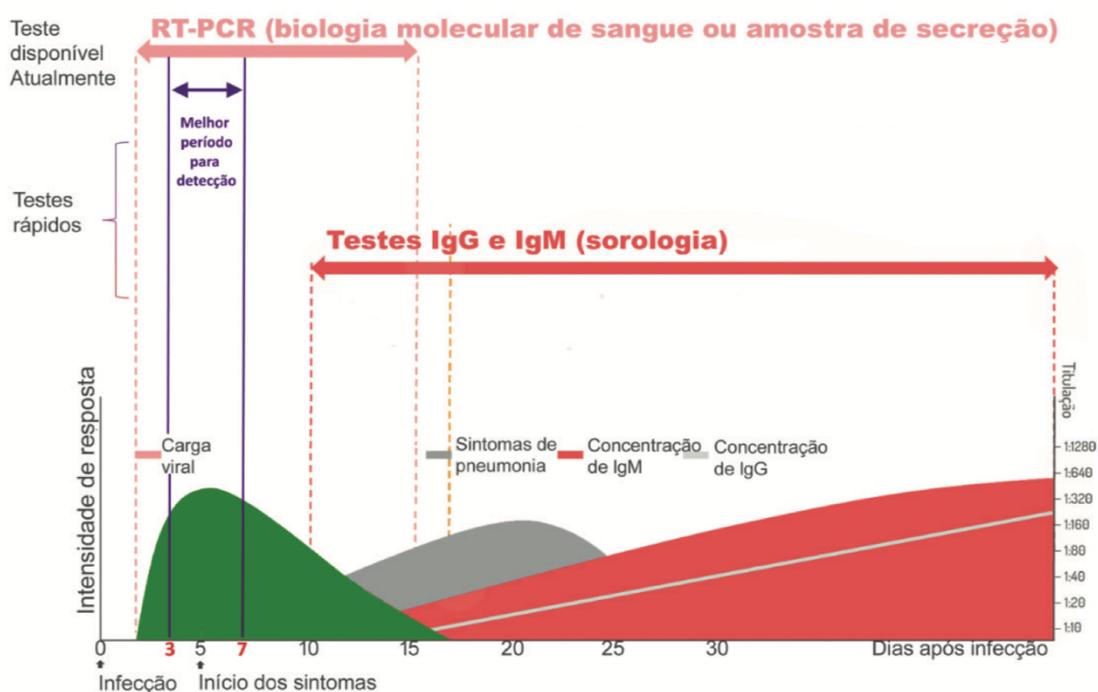
Devido à dinâmica particular das enfermarias psiquiátricas, onde os pacientes transitam inevitavelmente em áreas comuns, não sendo possível isolamento completo de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, devemos estimular que **todos os pacientes** usem máscara de proteção a maior parte do tempo. Máscaras de tecido podem ser uma opção, devido a limitação de máscaras cirúrgicas, mas devem ser lavadas sempre que já estiverem úmidas, utilizando-se água e sabão ou solução de água sanitária diluída em água. Já em pacientes sintomáticos, devemos priorizar o uso de máscaras cirúrgicas, como forma mais eficaz de limitar disseminação viral.

Além disso, deve-se estimular que os pacientes adotem práticas gerais de higiene e de etiqueta respiratória, incluindo lavagem das mãos e uso de álcool gel. Aglomerações devem ser evitadas, mantendo-se a distância mínima de 1,5-2m entre os pacientes. Recomendam-se ainda a limpeza e a desinfecção de superfícies e objetos de uso comum, incluindo equipamentos como estetoscópios, medidores de pressão arterial, oxímetros e termômetros, que devem ser desinfetados entre o uso de cada paciente usando álcool etílico a 70%¹.

1.2 Casos suspeitos

Considera-se caso suspeito qualquer paciente que apresente síndrome gripal: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre ($t_{ax} \geq 37,8^{\circ} C$), mesmo que relatada, acompanhada de tosse **OU** dor de garganta **OU** coriza **OU** dificuldade respiratória², ou ainda mialgia, fadiga ou sintomas gastrintestinais, como diarreia³.

Esses pacientes deverão ser testados para COVID-19 com teste molecular (PCR), preferencialmente entre o 3º e 7º dia de doença², e devem ser avaliados diariamente pela equipe médica sobre gravidade e necessidade de encaminhamento para atendimento hospitalar até resolução dos sintomas. Uma vez que a equipe médica decida pela permanência do paciente na instituição, o mesmo deve ter seus sinais vitais verificados e anotados no mínimo 3x/dia, incluindo: frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e saturação de oxigênio. A data de início dos sintomas também deve ser anotada, já que a maioria dos pacientes com COVID-19 apresenta piora clínica entre o 7º e 10º dia de doença, período no qual a vigilância deve ser ainda maior.



Referência: Cellular immune responses to severe acute respiratory syndrome coronavirus infection insenescent BALB/c Mice:CD4+T cells are important in control of SARS-CoV infection.

1.3 Critérios de encaminhamento para centro de referência

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

Indivíduo de qualquer idade, com Síndrome Gripal (conforme definição anterior) e que apresente os seguintes sinais de gravidade³:

- saturação de spo2 <95% em ar ambiente.
- sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade.
- Piora nas condições clínicas de doença de base.
- hipotensão.

SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDADE

ADULTOS	CRIANÇAS
<p>Déficit no sistema respiratório:</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de ar ou dificuldade para respirar; ou Ronco, retração sub/intercostal severa; ou Cianose central; ou Saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente; ou Taquipneia (>30 mpm); <p>Déficit no sistema cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sinais e sintomas de hipotensão (hipotensão arterial com sistólica abaixo de 90 mmHg e/ou diastólica abaixo de 60mmHg); ou Diminuição do pulso periférico. <p>Sinais e sintomas de alerta adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Piora nas condições clínicas de doenças de base; Alteração do estado mental, como confusão e letargia; Persistência ou aumento da febre por mais de 3 dias ou retorno após 48 horas de período afebril. 	<p>Déficit no sistema respiratório:</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de ar ou dificuldade para respirar; Ronco, retração sub/intercostal severa; Cianose central; Batimento da asa de nariz; Movimento paradoxal do abdome; Bradipneia e ritmo respiratório irregular; Saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente; Taquipneia (Tabela 6). <p>Déficit no sistema cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sinais e sintomas de hipotensão ou; Diminuição do pulso periférico. <p>Sinais e Sintomas de alerta adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inapetência para amamentação ou ingestão de líquidos; Piora nas condições clínicas de doenças de base; Alteração do estado mental Confusão e letargia; Convulsão.

Fonte:

- WHO technical guidance - patient management - Coronavirus disease 2019
- Kenneth McIntosh, MD. Severe acute respiratory syndrome (SARS). UpToDate Jan 2020.
- Protocolo de Tratamento da Influenza. Ministério da Saúde 2017.
- Protocolo de Manejo Clínico de Síndrome Respiratória Aguda Grave. Ministério da Saúde 2010.
- American Heart Association, 2015

1.4 Manejo de sintomas respiratórios

De forma transitória, enquanto aguardam transferência para serviço médico geral, alguns pacientes podem necessitar de suporte de oxigênio, especialmente aqueles com dificuldade respiratória, choque ou $sO_2 < 93\%$. A suplementação de oxigênio tem objetivo de elevar para o mínimo de 90% (se estável) ou 94% (se choque). Para minimizar contaminação, estes pacientes devem permanecer isolados em leitos dentro do posto da enfermaria e receber suporte de oxigênio inicialmente por cateter nasal (fluxo de O_2 de 5L/min). Pacientes que não apresentem melhora satisfatória da saturação, devem receber oxigênio através de máscaras com reservatório (máscara de Venturi, fluxo 10-15Lmin)⁴. O uso de macronebulização **NÃO deve ser realizado**, por risco de gerar aerossol e disseminação viral. Pelo mesmo motivo, broncodilatadores devem ser usados apenas na forma puff, **NÃO** através de

nebulização; pacientes com dificuldade em realizar puff, podem fazê-lo com uso de espaçador.

Em caso de insuficiência respiratória franca ou parada cardiorrespiratória, o paciente deve ser transferido imediatamente para ambiente monitorizado (sala do ECT). Para minimizar transmissão viral, não devemos realizar ventilação sob ambú. Em substituição, adotamos o procedimento de “sequência rápida de intubação”, que consiste em pré-oxigenação através de máscara com reservatório (10-15Lmin), sedação + bloqueio neuromuscular e intubação orotraqueal. Após intubação, o tubo deve ser imediatamente acoplado no respirador, com filtro, sem ventilar com ambú.

2. Recomendações para as equipes

2.1 Uso de EPI

Na impossibilidade de determinar e isolar os pacientes com COVID-19 dentro das enfermarias, recomendamos que todos os profissionais de saúde utilizem equipamentos de proteção individual no atendimento direto aos pacientes, incluindo: máscara cirúrgica; gorro; luvas e proteção ocular (óculos de proteção ou protetor facial). Devem usar um vestido limpo, não estéril e de mangas compridas; o uso de macacão e avental não é necessário durante os cuidados de rotina. Avental descartável deve ser utilizado pelos profissionais que ficarão em contato físico próximo com os pacientes¹.

Em procedimentos geradores de aerossóis, deve-se utilizar: máscara N95 (ou FFP2); gorro; luvas; óculos de proteção ou protetor facial; avental impermeável. Esses procedimentos incluem intubação traqueal, coleta de swab para PCR, ressuscitação cardiopulmonar e ventilação manual antes da intubação⁵.

2.2 Profissionais sintomáticos

Os profissionais de saúde que apresentarem sintomas como tosse, febre, falta de ar ou coriza deverão ser imediatamente afastados e realizar testagem para COVID-19 por PCR. Caso confirmado, deve permanecer afastado por 14 dias. Caso o exame seja negativo, mas houver permanência dos sintomas, um segundo exame deve ser realizado ou afastamento por 14 dias, conforme decisão da chefia.

2.3 Outras recomendações

A OMS enfatiza a extrema importância da higiene frequente das mãos, etiqueta respiratória e limpeza e desinfecção ambiental, bem como a importância de manter distâncias físicas. Os profissionais de saúde devem evitar tocar os olhos, nariz ou boca com mãos enluvadas ou com luvas

potencialmente contaminadas e devem evitar aglomerações também entre si, como reuniões e permanência próxima ou em locais pouco ventilados (inclusive durante refeições).

Embora os prestadores de cuidados de saúde geralmente aceitem um risco aumentado de infecção, como parte da profissão escolhida, eles geralmente demonstram preocupação com a transmissão da família, especialmente envolvendo familiares idosos, imunocomprometidos ou com condições médicas crônicas. Os protocolos para a chegada rotineira de casa após o trabalho são um ponto de discussão, incluindo os benefícios de tirar os sapatos, remover e lavar a roupa e tomar banho imediatamente¹.

Este guia deverá ser utilizado como referência para as atividades assistenciais nas enfermarias do IPUB.



Diretor-Clínico IPUB/UFRJ

CRM 52.78097-9

Referência Bibliográfica

1. Diretrizes AMB: COVID-19. Associação Médica Brasileira. Disponível em URL: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2020/04/DIRETRIZES-AMB-COVID-19-atualizado-em-09.04.2020.pdf>. Acessado em 29 de abril de 2020.
2. Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019: Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas, Doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros vírus respiratórios. Ministério da Saúde. Disponível em URL: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/06/GuiaDeVigiEp-final.pdf>. Acessado em 29 de abril de 2020.
3. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em URL: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/08/20200408-ProtocoloManejo-ver07.pdf>. Acessado em 29 de abril de 2020.
4. Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Especializada. 1ª edição. Ministério da Saúde. Disponível em URL: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/14/Protocolo-de-Manejo-CI--nico-para-o-Covid-19.pdf>. Acessado em 29 de abril de 2020.
5. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. World Health Organization - Interim guidance 19 March 2020. Disponível em URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0. Acessado em 27 de março de 2020.