

DESAFIOS DA EQUIPE MÉDICA DURANTE O MANEJO HOSPITALAR DE PACIENTES COM SUSPEITA DE COVID-19

Natali Cruz de Castro Nicolino ¹, Yury Tatiana Granja-Salcedo ²

¹Médica Infectologista - Hospital Eduardo de Menezes/FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais).

²Médica Veterinária - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Autor de correspondência: Natali Cruz de Castro Nicolino. Rua Maria Cândida de Jesus, número 154, Ap 404. Paquetá, Belo Horizonte. natali_fmp@hotmail.com

DOI: 10.4025/rcvsp.v7i1.55504

RESUMO

Em dezembro de 2019, uma nova doença foi identificada na China. A partir da investigação de casos de pneumonia de origem indefinida, pesquisadores chegaram a identificação de um novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2. O setor de saúde do Brasil está enfrentando uma carga enorme da pandemia da doença. Desde 26 de fevereiro de 2020, quando o primeiro caso de COVID-19 foi registrado em São Paulo, o Sistema Único de Saúde, que oferece acesso universal aos serviços de saúde, e o setor privado enfrentam uma crescente pressão e sobrecarga no sistema, com 241 mil casos, 16 mil óbitos e 8 milhões de testes realizados. Nas regiões mais afetadas, os sistemas de saúde estão perto do colapso - resultado de anos de fragmentação e décadas de cortes financeiros, e privações de recursos humanos e técnicos. Este cenário, nunca antes enfrentado em grande parte dos países ocidentais, porém já verificado nos países orientais, é um grande desafio para as equipes de saúde e os gestores de saúde no Brasil. Esta revisão possui o objetivo de elucidar os principais desafios da equipe hospitalar no manejo de paciente suspeitos de COVID-19 durante a pandemia de 2020 no Brasil.

Palavras-chave: SARS-CoV-2; Profissionais de saúde; Epidemiologia; Hospitais

DESENVOLVIMENTO

No final do ano de 2019 uma nova doença causada por um tipo de coronavírus, vem impactando diretamente os setores de saúde pública e hospitalares de todo o mundo. A primeira notificação da doença se deu em Wuhan, província de Hubei, China, no dia 12 de dezembro de 2019, através de um paciente com quadro de pneumonia de etiologia desconhecida. A doença foi denominada COVID-19, causada pelo agente coronavírus SARS-COV-2 (WU et al., 2020).

O quadro clínico é caracterizado por um quadro respiratório agudo, com apresentação de tosse seca, dificuldade respiratória e pneumonia, com um aumento marcante da gravidade dos casos e das taxas de letalidade em pessoas acima de 60 anos (WU et al., 2020; GUO et al., 2020). Um dos grandes desafios no ambiente hospitalar é a transmissão por portador assintomático (BAI et al., 2020).

A rotina dos profissionais de saúde dos hospitais, em especial aqueles que são referência em Infectologia, mudou dramaticamente a partir de 27 de janeiro de 2020 quando a primeira suspeita de infecção por coronavírus ocorreu no estado de Minas Gerais. A paciente do sexo feminino, 22 anos, com histórico de intercâmbio estudantil com viagem para Wuhan e retorno ao Brasil em 24 de janeiro de 2020, teve início dos sintomas em 20 de janeiro de 2020 e foi internada no dia 27 do mesmo mês. Neste momento foi colocado em ação o denominado “Plano de Contingência para condução de epidemias”, que já existia na instituição, porém foi adequado

de acordo com a situação e todas as particularidades relacionadas ao COVID-19 (SES-MG, 2020).

Logo em seguida, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Então, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (SES-MG, 2020; PAHO, 2020)

A partir deste momento, com a grande escalada de casos em todo o Brasil, o ambiente hospitalar foi reestruturado para o recebimento de pacientes suspeitos da COVID-19 tanto na parte física como na parte de recursos humanos, com aumento do número de funcionários, incluindo toda a equipe médica. Os pacientes encaminhados à internação hospitalar devem, no primeiro momento, passar por uma triagem que se inicia na chegada à unidade de pronto atendimento, onde a equipe de enfermagem faz a triagem dos sinais e/ou sintomas de síndrome respiratória aguda grave (SRAG). Apresentando sintomas respiratórios, os pacientes devem receber uma máscara cirúrgica e serem direcionados por meio de fluxo diferenciado para área separada que disponha de suprimentos de higiene respiratória e das mãos acessível, além de possibilitar ao menos 1 metro de distância entre os assentos. Após avaliação médica, se preenchidos os critérios pré-estabelecidos para a suspeita da infecção pelo coronavírus, os pacientes então são encaminhados para internação em leitos isolados (BRASIL, 2020).

O reconhecimento precoce de pacientes suspeitos, incluindo aqueles com doenças graves, possibilita o início oportuno de medidas adequadas, tratamentos de suporte otimizados e o encaminhamento e a admissão seguros e rápidos para leito de enfermagem hospitalar ou unidade de terapia intensiva designada para este fim, de acordo com os protocolos institucionais ou nacionais (BRASIL, 2020). Os serviços de saúde devem encorajar o profissional atuante a ter alto nível de suspeição, garantindo alta sensibilidade do sistema e uma segurança para os demais profissionais e pacientes, estando o mesmo equipado e treinado para exercer sua função da maneira preconizada pela Organização Mundial de Saúde. A quebra de qualquer um dos preceitos acima mencionados, pode contribuir para a dispersão dos casos entre profissionais de saúde e seus pacientes (WHO, 2020).

A transmissão intrahospitalar a outros pacientes e a transmissão aos profissionais de saúde tem sido uma das principais características dos surtos de SARS, MERS e igualmente tem sido relatado com o COVID-19. Em um relato, 41% dos casos hospitalizados de COVID-19 foram adquiridos no hospital, incluindo pacientes que já estavam hospitalizados por outros motivos e profissionais de saúde (ARABI et al., 2020). Medidas devem ser implementadas para evitar e ou diminuir riscos de infecção cruzada por COVID-19, tanto pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde quanto pelo fluxo de pacientes suspeitos, durante a assistência prestada. O serviço de saúde deve garantir que os processos e as boas práticas internas minimizem a exposição a patógenos respiratórios.

Esse cenário levou a uma necessidade de alteração física e organizacional, devido ao grande número de pessoas infectadas ao mesmo tempo pelo coronavírus. Foi necessário a organização de leitos isolados em coorte, ou seja, separar os pacientes por tipo de doença /agente etiológico. É fundamental que seja mantida uma distância mínima de 1 metro entre os leitos dos pacientes e deve haver uma preocupação de se restringir ao máximo o número de acessos a essa área de coorte, inclusive visitantes, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação de pessoas, evitando-se o tráfego indesejado e o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços uma vez que a transmissão do vírus se dá pela formação de gotículas. (ANVISA, 2020).

Para que os leitos em coorte não gerem possíveis infecções nosocomiais pelo coronavírus aos pacientes internados, deve-se realizar uma análise de risco, e avaliar as probabilidades dos pacientes estarem infectados ou não pelo vírus, classificando-os como baixa probabilidade ou alta probabilidade. Isso se dá através da análise de diversos fatores, tais como: história clínica bem detalhada, interligando data do início dos sintomas, evolução do quadro clínico, epidemiologia sugestiva, história pregressa, associação com comorbidades, possibilidade de outros diagnósticos e/ou superposição de duas doenças distintas e dados dos exames físico, laboratorial e radiológico.

A partir daí, inicia-se um dos grandes desafios para a equipe médica do serviço especializado, a limitação dos serviços de pronto atendimento, a falta de estrutura para realização de exames complementares, tais como gasometria arterial, tomografia de tórax, angiotomografia de tórax, impactando na decisão diagnóstica, levando os pacientes com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) a serem classificados como possível suspeita de COVID-19 e encaminhados para internação com outros pacientes.

Outro desafio é em relação ao resultado de um dos exames específicos para infecção pelo coronavírus: teste molecular de amplificação de ácido nucleico de SARS-CoV-2 por PCR em tempo real precedido por reação de transcrição reversa, exame que amplifica o RNA do vírus, possibilitando sua identificação. Deve-se observar que a sensibilidade do PCR é reduzida, quando são utilizadas amostras com baixa carga viral, e que este teste possui algumas desvantagens, tais como o tempo necessário entre a coleta e a disponibilização do resultado e a necessidade de estrutura física especializada e de equipe técnica qualificada. Considerando a sazonalidade dos vírus respiratórios, essa coleta deve ser realizada até o 7º dia após o aparecimento dos primeiros sinais ou sintomas (BRASIL, 2020).

Os pacientes colocados em coorte podem ficar mais expostos à aquisição da doença no ambiente hospitalar pois existe grande dificuldade em realizar de maneira precoce tomografia de tórax, que quando possui alterações sugestivas de pneumonia viral e associado ao resultado do RT-PCR positivo para COVID tem alta sensibilidade para o diagnóstico, aproximadamente 97% dos casos (HOPE, 2020). Outra situação importante é no uso da Tomografia Computadorizada (TC) de tórax para auxiliar na classificação de baixa ou alta probabilidade associado à história clínica e epidemiológica positiva, particularmente antes do resultado do RT-PCR, o que pode minimizar a transmissão intrahospitalar da COVID-19.

A composição da equipe assistencial é um desafio que envolve várias questões: a insegurança da classe médica que não atua na área da infectologia ou terapia intensiva, o que pode influenciar substancialmente na assistência ao paciente pois muitos profissionais podem se sentir despreparados para realizar a intervenção clínica de pacientes infectados com um novo vírus, sobre o qual pouco se sabe e para os quais não existem evidências clínicas bem estabelecidas de protocolos ou tratamentos. Além disso, a insegurança da equipe pode aumentar o consumo de suprimentos necessários para o controle de infecção, como máscaras cirúrgicas e máscaras N95 ou PPF2, higienização das mãos à base de álcool e desinfetante de superfície (ARABI et al., 2020).

Equipes desfalcadas devido à profissionais que desenvolvem sintomas respiratórios e precisam ser afastados até melhora dos sintomas e resultados dos testes estejam disponíveis, possibilitando o rastreamento de contato de pacientes sabidamente infectados. O cuidado com o paciente infectado por COVID -19 representa uma exposição substancial e maior risco para equipe assistencial de enfermagem e, principalmente àquela que atua nas unidades de terapia intensiva devido à exposição alta e prolongada a pacientes gravemente enfermos que, presumivelmente, têm maior liberação viral no ambiente (ARABI et al., 2020). Existem poucas informações precisas sobre o número de profissionais de saúde atingidos. Segundo o ministério da Saúde, foram identificados 199.768 profissionais de saúde com suspeita de covid-19. Destes,

31.790 foram confirmados e 114.301 estão em investigação. Outros 53.677, descartados. Entre os casos suspeitos, os mais atingidas são técnicos ou auxiliares de enfermagem (34,2%), enfermeiro (16,9%), médico (13,3%) e recepcionista (4,3%) (EBC, 2020).

Os desafios relacionados à saúde mental dos profissionais de saúde que estão envolvidos nos cuidados do paciente com suspeita de COVID-19 se iniciam desde a preparação do sistema de saúde para lidar com a pandemia, que se propaga de maneira rápida e de difícil controle, até a vivência de situações inesperadas, tomadas de decisões rápidas e irreversíveis durante uma exaustiva jornada de trabalho (GREENBERG et al., 2020).

Devido ao aumento exponencial da demanda por serviços de saúde, os profissionais de saúde enfrentam longos turnos de trabalho, geralmente com poucos recursos e infraestrutura limitada, e com a necessidade de usar equipamento de proteção individual (EPI) que pode causar desconforto físico e dificuldade para respirar (GREENBERG et al., 2020).

A tomada de decisão em condições de incerteza pode criar pressão psicológica significativa. As decisões que os profissionais de saúde enfrentam podem incluir: alocar recursos escassos dispensados igualmente para os pacientes carentes, equilibrar seus próprios aspectos físicos e mentais com a necessidades de saúde de seus pacientes, alinhar suas obrigações e deveres aos pacientes e com à família e cuidar de todos os pacientes gravemente doentes com recursos de retardam a definição diagnóstica. Isso pode fazer com que alguns profissionais experimentem a lesão moral ou problemas de saúde mental (GREENBERG et al., 2020).

Paralelamente às preocupações relacionadas aos pacientes e a sua própria saúde, os profissionais de saúde estão ansiosos pela possibilidade de levar a transmissão do vírus para suas famílias.

Esses fatores podem resultar em diferentes níveis de pressão psicológica, que podem desencadear sentimentos de solidão e desamparo, ou uma série de estados emocionais disfóricos, como estresse, irritabilidade, fadiga física e mental e desespero. Apesar das equipes de saúde estarem acostumadas a sentir fadiga física e cansaço mental, principalmente os profissionais que atuam nos serviços de emergência, o surgimento da pandemia pode gerar medo, insegurança e incertezas, fatores estes que impactam nas relações humanas (GREENBERG et al., 2020).

Com isso, os profissionais de saúde devem estar preparados para os dilemas morais que irão enfrentar durante a pandemia da COVID-19, devendo ser continuamente orientados por seus chefes de equipe que irão ajudar e nortear as mudanças que ocorrem constantemente a medida que a situação avançar (GREENBERG et al., 2020).

CONCLUSÕES

O atual cenário da COVID-19 para o sistema de saúde do Brasil é um grande desafio para as equipes de saúde do setor público e privado, tendo em vista que uma pandemia de tal magnitude e gravidade nunca antes foi observada no Brasil. Todos os protocolos de atendimento, triagem e manejo de pacientes devem ser sistematicamente verificados e remodelados em face a estrutura e capacidade de cada local de atendimento. Equipes de saúde que não trabalham diariamente com doenças infectocontagiosas podem não utilizar rígidas regras de biossegurança como rotina e, se viram em face a rápida inserção das regras, sem muitas das vezes ter treinamento adequado e continuado, gerando medo e angústia perante às possíveis consequências que uma doença de conhecimento recente a si próprio, aos seus pacientes e aos seus familiares.

REFERÊNCIAS

ANVISA. 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). **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28> Acesso em 12 abr. 2020

ARABI, Y. M.; MURTHY, S.; WEBB, S. COVID-19: a novel coronavirus and a novel challenge for critical care. **Intensive Care Medicine**, v46, p. 833–836, 2020. <DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05955-1>> Acesso em 13 maio de 2020.

BAI, Y.; LINGSHENG, Y.; WEI, T.; TIAN, F.; JIN, D.; CHEN, L.; WANG, M. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. **JAMA**, v.323(14), p.1406–1407, 2020. ; DOI:10.1001/jama.2020.2565 ;

BRASIL. Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. **Ministério da Saúde**. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf>. Acesso em 12 maio 2020.

EBC. Profissionais de saúde contraíram Covid-19. **Empresa Brasil de Comunicação**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/no-brasil-31790-profissionais-de-saude-contrairam-covid-19>. Acesso em 17 maio 2020.

GUO, Y. et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak—an update on the status. **Military Medical Research**, v. 7, n. 1, p. 1-10, 2020; DOI:

<https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0> .

GREENBERG, N.; DOCHERTY, M.; GNANAPRAGASAM, S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. **BMJ**. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>. Acesso em 16 maio 2020.

HOPE, M.D. A role for CT in COVID-19? What data really tell us so far. **The Lancet**, Correspondence. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30728-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30728-5)> Acesso em 13 maio de 2020.

PAHO. COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). **Organização Pan-americana de Saúde**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875. Acesso em 14 maio de 2020.

SES-MG. Nota Informativa Coronavírus. **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/12040-nota-coronavirus-31-01-20>>. Acesso em 15 maio. 2020

ZHU, Na; ZHANG, Dingyu; WANG, Wenling et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **New England Journal of Medicine**, v.382, p. 727-733, fev. 2020. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001017>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

WHO. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected. **World Health Organization**, 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331495>>. Acesso em: 12 de maio de 2020.

WU, Fan; ZHAO, Su; YU, Bin et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*, v. 579. p. 265-269, fev. 2020. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41586-020-0083?fbclid=IwAR1VfqWqfRxS1Fi7Mh8yK4X03bcT8VUnnaymxMGIXYdwzWLPv4XhCIuYmFY>>; Acesso em: 24 abr. 2020