

HRJ

v.3 n.16 (2022)

Recebido: 07/05/2021

Aceito: 29/03/2022

Mudanças ocasionadas pela COVID-19 na rotina de residentes de enfermagem em uma unidade de internação

Daniela Silva Mitsumori¹
Renan Joseph de Moraes Custódio¹
Isabely Vilanova Medved¹
Wályson Borges Rodrigues²
Virgínia Cunha de Almeida³

¹Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde / Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso.

²Enfermeiro da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso.

³Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / Docente de Enfermagem na ESCS / Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso.

RESUMO

Introdução: A COVID-19 é uma infecção viral que pode gerar desde síndromes gripais à Síndrome Respiratória Aguda Grave, sendo necessária internação dos pacientes que apresentam este quadro. Durante a internação, os residentes de enfermagem são alguns dos profissionais que mais interagem com esses pacientes. **Objetivo:** Descrever a rotina de residentes de enfermagem durante sua atuação em uma unidade de internação do Distrito Federal para pacientes com COVID-19, bem como discutir sobre as principais mudanças ocorridas no setor especificamente neste contexto de pandemia. **Método:** Estudo descritivo e qualitativo, do tipo relato de experiência a partir das vivências de três residentes de enfermagem. **Resultados e Discussão:** Considerando as adaptações necessárias, foram descritas as principais atividades gerenciais e assistenciais desenvolvidas nos setores. **Conclusão:** Espera-se que este estudo possa oferecer um direcionamento para a atuação da enfermagem durante a pandemia. É relevante que estudos semelhantes sejam realizados abordando a vivência de outros profissionais da equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Pandemias; Infecções por Coronavírus; Educação de Pós-Graduação em Enfermagem

Changes caused by COVID-19 in the routine of nursing residents in an inpatient unit

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 is a viral infection that can generate from flu-like syndromes to Severe Acute Respiratory Syndrome, requiring hospitalization of patients with this condition. During hospitalization, nursing residents are some of the professionals who interact the most with these patients. **Objective:** To describe the routine of nursing residents during their work in an inpatient unit in Distrito Federal for patients with COVID-19, as well as to discuss the main changes that occurred in the sector specifically in this context of a pandemic. **Method:** Descriptive and qualitative study, an experience report based on the experiences of three nursing residents. **Results and Discussion:** considering the necessary adaptations, the main managerial and assistential activities carried at the sector were described. **Conclusion:** It is hoped that this study can provide guidance for the nursing performance during the pandemic. It is relevant that similar studies are carried out addressing the experience of other professionals in the multiprofessional team.

Keywords: Pandemics; Coronavirus Infections; Education, Nursing, Graduate

INTRODUÇÃO

Os coronavírus são vírus sazonais que causam síndromes gripais. Em 2020, o Sars- CoV-2, um novo tipo de coronavírus, ficou conhecido por ser o agente causador da doença COVID-19, que foi detectada pela primeira vez em 31 de dezembro de 2019 na cidade de Wuhan (China). O vírus migrou rapidamente pelos continentes e em 07 de março de 2020 foi confirmado pelo Ministério da Saúde o primeiro caso em território brasileiro. Apenas quatro dias depois, no dia 11 de março, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a doença como pandemia.¹

A principal complicação da doença é a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que é caracterizada como a presença de Síndrome Gripal (quadro respiratório agudo com pelo menos dois dos seguintes sintomas: febre, calafrios, dor de garganta, cefaleia, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos) associada a dispneia ou pressão/dor persistente no tórax ou saturação de oxigênio < 95% em ar ambiente ou cianose dos lábios ou rosto.^{2,3}

No Distrito Federal, o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) foi o primeiro hospital do Sistema Único de Saúde (SUS) a receber pacientes com COVID-19 e coube à equipe de enfermagem se tornar uma das protagonistas nos cuidados a estes pacientes devido ao perfil gerencial e assistencial da profissão.

O HRAN é, também, um hospital de ensino. Assim, esse campo recebe residentes de diversas áreas profissionais e de diferentes especialidades, entre eles, os residentes de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (PRMSAI) da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), instituição vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

O residente de enfermagem do PRMSAI é um profissional graduado em enfermagem que faz especialização *lato sensu* durante o período de dois anos, cursando 60 horas semanais, sendo elas divididas em 12 horas teóricas e 48 horas práticas. Logo, é um dos profissionais da saúde que mais se insere nas atividades rotineiras do setor em que está escalado, podendo participar ativamente no cuidado ao paciente e em outras demandas da unidade.

Diante das incertezas que a nova doença trouxe, foram necessárias diversas adaptações por

parte dos hospitais do SUS para lidar com o aumento expressivo no número internações devido à SRAG.²

Este artigo teve por objetivo descrever a rotina de residentes de enfermagem e as estratégias utilizadas em sua atuação em uma unidade de internação que se adaptou para acolher pacientes com COVID-19, bem como discutir sobre as principais mudanças ocorridas no setor especificamente neste contexto de pandemia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, do tipo relato de experiência a partir das vivências de três residentes de enfermagem do PRMSAI, sendo uma do segundo ano e dois do primeiro ano. O cenário do estudo foi uma unidade de internação de um hospital referência para o tratamento de pacientes com COVID-19, em Brasília - DF.

O relato de experiência contempla uma narrativa expositiva e problematizadora cuja trajetória permite entender o caminho percorrido para a formação crítico-reflexiva dos residentes ao participarem ativamente das ações de cuidado e de gerência de uma unidade de internação.⁴

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Processo de Trabalho do enfermeiro, a Gestão está diretamente ligada à Assistência, uma vez que colabora para a qualidade do cuidado, diminuição dos riscos de contaminação e de iatrogenias.⁵ Contudo, para facilitar o entendimento, os autores optaram por descrever separadamente as atividades gerenciais e assistenciais que desempenharam na unidade, trazendo o foco do relato para as atividades que sofreram alguma alteração devido à pandemia.

ATIVIDADES GERENCIAIS

Dentre as atividades gerenciais diárias, é feita a distribuição do quantitativo de pacientes entre os técnicos de enfermagem, de acordo com o nível de exigência de cuidados de cada um, o que era avaliado durante as visitas de enfermagem.

Ainda no contexto gerencial, a equipe de enfermagem de diferentes setores do hospital se organizou para receber as internações pensando na otimização do uso do espaço físico, no intuito de

diminuir o risco de contaminação dos profissionais da saúde.

Organização ambiental

Desde os primórdios da enfermagem, com Florence Nightingale, se sabe que a manutenção da salubridade e organização ambiental contribuem para a recuperação do enfermo. Nesta pandemia, o conceito ambientalista se fez muito presente, uma vez que a infecção é facilmente disseminada em ambientes com aglomeração de pessoas, pouca ventilação e por meio de fômites.⁶

As áreas dos serviços de saúde são normalmente classificadas em Áreas Críticas, Semicríticas e Não-críticas com relação ao risco de transmissão de infecções e com base nas atividades realizadas em cada local.⁷

Em decorrência da pandemia do novo coronavírus, alguns ambientes antes considerados semicríticos, como enfermarias por exemplo, passaram a ser consideradas áreas críticas quando utilizadas para o tratamento de pacientes com COVID-19, devido ao alto risco de infecção.⁸

Além dessa classificação das áreas hospitalares, é comum os setores que lidam com pacientes com COVID-19 estabelecerem demarcações no ambiente e novos fluxos de circulação visando minimizar a exposição de profissionais, pacientes e acompanhantes ao risco de contaminação.⁹

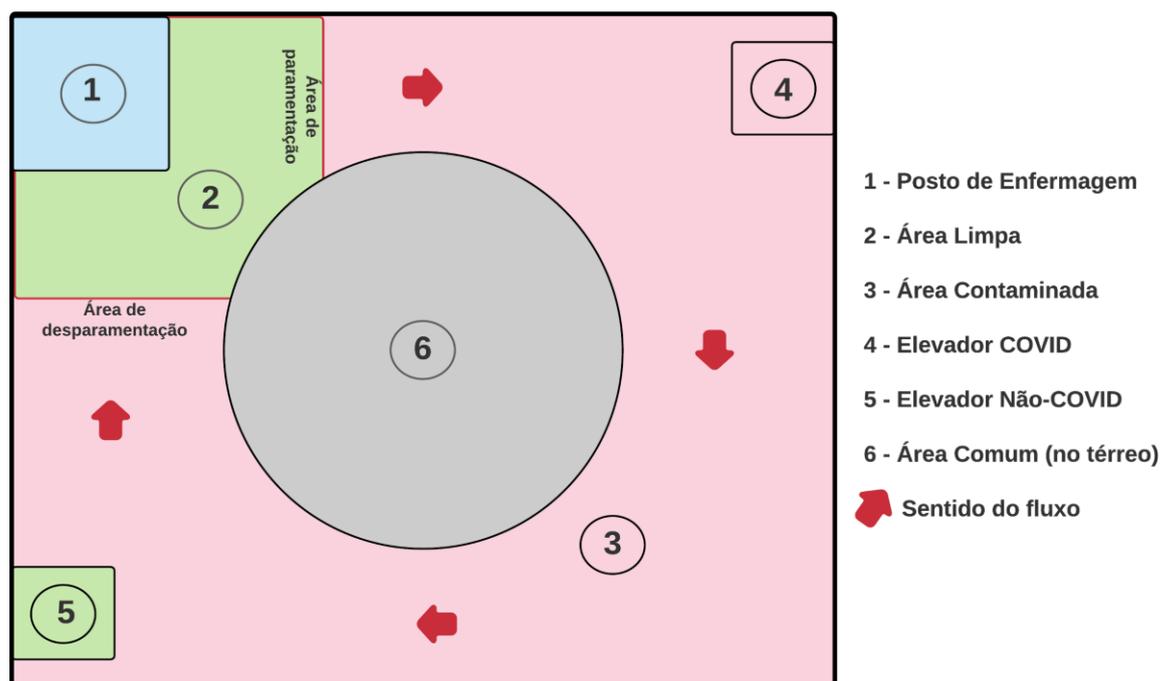
Tendo em vista que a residente do segundo ano já estava inserida no setor de internação quando o cenário deste estudo começou a se ajustar para receber os pacientes infectados, ela pôde participar ativamente do processo de demarcação de áreas que se deu da seguinte forma:

- O setor contava com dois “halls” de elevador, sendo que um deles ficou reservado para ser utilizado por pacientes com COVID-19 e profissionais que tiveram contato direto com eles e ainda não se higienizaram. O outro ficou para o trânsito de profissionais que não tiveram contato direto com os pacientes ou que já se higienizaram e estavam desparamentados.
- Do lado de fora dos quartos, a cada duas enfermarias do andar, foram deixadas mesas de apoio com frascos contendo álcool 70% em gel e em estado líquido (spray), além de um reservatório tampado com gaze estéril, gaze limpa, algodão e luvas. Neste corredor também ficavam os “*hampers*”, para o

depósito de roupas sujas.

- Foi demarcado o chão com fita vermelha e fixada uma placa de alerta “ÁREA CONTAMINADA” na parede do corredor, de modo a lembrar aos circulantes da necessidade de paramentar-se antes de ir em direção aos quartos;
- O cenário do estudo possui um formato circular, onde foi estabelecido um sentido único de rotação no corredor (sentido horário). O início contava com área de paramentação e seguia para a “ÁREA CONTAMINADA” e o lado oposto contava com área de desparamentação e local para limpeza e armazenamento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Desta forma, o posto de enfermagem, bem como as secretarias e repousos se mantiveram dentro da "ÁREA LIMPA", onde não se entrava paramentado após contato com paciente, como demonstrado na FIGURA 1.

Figura 1 - Mapa da Unidade e Fluxo de Rotina



Sala de estabilização

Pensando nas possíveis complicações da doença, foi instituída uma “SALA DE ESTABILIZAÇÃO” no andar, que contava com maca, ventilador mecânico, carrinho de parada e materiais comumente usados em pacientes sob cuidados intensivos. Cabia ao enfermeiro do plantão e ao residente checar diariamente o carrinho de parada (lacrado), o laringoscópio, e o painel de gases da parede.

A rotina anterior de checar, no mínimo uma vez por mês, todo o conteúdo do carrinho incluindo a validade dos medicamentos, foi mantida durante a pandemia. Desta forma, foi possível manter um controle e preparo efetivo deste local.

Rotina e controle de insumos

Uma vez por semana o enfermeiro residente auxiliava a equipe no controle dos insumos e eram solicitados, de acordo com a particularidade dos pacientes internados, os materiais necessários para a próxima semana.

Fazia parte da rotina manter o controle da temperatura da geladeira onde eram armazenados medicamentos e materiais para exames cujas temperaturas precisassem ser mantidas em um nível abaixo da temperatura ambiente.

Além disso, foi mantido um caderno de anotações de enfermagem que continha um *checklist* de atividades a serem realizadas em cada turno (manhã, tarde e noite), assim, foi possível manter um controle adequado das pendências.

ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

A pandemia provocou uma mudança brusca nas atividades assistenciais desempenhadas nos serviços de saúde, ocasionando tanto um aumento expressivo da carga de trabalho em clínicas de internação quanto um impacto nas clínicas cirúrgicas que, diante da suspensão de cirurgias eletivas, passaram a receber pacientes de clínica médica. Além disso, alguns procedimentos e condutas necessitaram de adaptações devido ao risco de contaminação. Esta seção do artigo abordará brevemente algumas dessas situações, mantendo um diálogo entre a literatura científica e a realidade encontrada neste cenário de estudo.

Paramentação e desparamentação

O setor deste estudo disponibilizou roupas privativas para serem usadas durante o plantão, o que ajuda a diminuir o risco de contaminação dos profissionais de saúde e de seus familiares por meio de fômites. Além da roupa privativa, é recomendado o uso de gorro, capote, máscara cirúrgica

(quando não há risco de contato com aerossóis), máscara N95/PPF2 (quando pode-se ter contato com aerossóis), *face shield* e/ou óculos de proteção e luvas.¹⁰

Os profissionais deste hospital foram devidamente treinados pela equipe do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) a respeito das recomendações mais atuais dos órgãos de vigilância sanitária nacionais e internacionais quanto à maneira e ordem corretas de paramentação e desparamentação dos EPIs, bem como armazenamento e reutilização da máscara N95/PPF2, limpeza do *face shield* e óculos de proteção. Essa capacitação foi de extrema importância, considerando que a maior parte das contaminações dos profissionais de saúde ocorre no momento da desparamentação.¹⁰

Além do treinamento, o hospital fornece aos profissionais de saúde os EPIs necessários para a assistência, porém, é orientado o uso consciente em vista da escassez mundial desses insumos^{10,11}. Os residentes do PRMSAI atuaram como disseminadores da informação, treinando a equipe do cenário do estudo.

Admissão

Os pacientes eram admitidos na unidade por meio da regulação de leitos. O enfermeiro staff era avisado de que a vaga da enfermaria foi cedida a um paciente e começava a preparação. A equipe de limpeza era acionada para que fosse realizada a limpeza terminal do quarto, caso ainda não tivesse ocorrido e o leito era organizado. Verificava-se também o adequado funcionamento do fluxômetro, uma vez que os pacientes com COVID-19 comumente faziam uso de oxigenoterapia.

Quando o paciente chegava ao setor, o enfermeiro ou o residente se paramentava e realizava a admissão beira-leito, na qual executava-se anamnese completa, exame físico, coleta de sinais vitais e, se necessário, glicemia capilar. Calculava-se as escalas de Braden e de Morse, que sinalizam o risco dos pacientes para o desenvolvimento de lesões por pressão e de sofrer quedas, respectivamente¹², e era registrado um contato de emergência. Em seguida, o paciente era informado da rotina do setor e eram sanadas possíveis dúvidas. Neste momento era realizado um acolhimento humanizado e educação em saúde quanto às práticas de etiqueta respiratória: uso adequado de máscara, não sair do

quarto, manter a janela aberta.

Seguindo as normas de segurança do paciente, era impressa uma placa de identificação com nome completo, data de nascimento, alergias conhecidas e número de identificação na SES. Na placa havia também um espaço para o registro das pontuações nas escalas de Bradene de Morse.

Em um quadro branco que fica localizado no posto de enfermagem anotava-se o nome completo, data de nascimento, escores de Braden e Morse, grau de dependência e outras particularidades relevantes como alergias, lesões e exames do paciente recém acomodado, de modo que essas informações ficassem visíveis para toda a equipe de saúde. A admissão era, então, registrada no Livro de Enfermagem e no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

Os materiais para verificação de sinais vitais eram de uso coletivo da equipe, no entanto, devido à disponibilidade limitada dos mesmos, os residentes optaram por utilizar seu próprio material de bolso (oxímetro, estetoscópio e termômetro), sempre realizando a desinfecção desses equipamentos após cada uso.

Alta

Quando o paciente recebia alta médica, cabia ao enfermeiro realizar, novamente, a educação em saúde, informando ao paciente a necessidade de manter-se em isolamento social assim como o restante da população e utilizar máscara, além de manter a etiqueta respiratória por se tratar de um vírus novo onde não há, ainda, evidências robustas quanto à possíveis reinfecções.

Caso o paciente ainda possuísse dúvidas, as mesmas eram sanadas nesse momento, que se encerrava mediante a entrega de um formulário de alta pelo enfermeiro do setor ou pelo residente.

Após a alta, a rotina tinha prosseguimento. Eram desprezados os resíduos hospitalares descartáveis, como equipos e cateteres, e eram levados ao expurgo materiais reutilizáveis, como o látex de extensão da oxigenoterapia, máscaras não-reinalantes, umidificadores, entre outros. Os lençóis eram desprezados nos *hampers* e a equipe de limpeza era acionada para limpeza terminal do quarto, o que permitia uma nova internação. O nome do paciente era apagado do quadro branco do posto de enfermagem e a alta clínica descrita no Livro de Enfermagem com informações concisas quanto ao estado do paciente neste momento (estado geral, capacidade de deambulação, dispositivos

ainda em uso, entre outras informações).

Visita Diária de Enfermagem

A rotina diária dos residentes de enfermagem nesta unidade de internação se iniciava pelo acompanhamento da passagem de plantão, onde eram repassadas informações relevantes referentes ao plantão anterior, incluindo intercorrências, pendências, exames a serem realizados e suas particularidades (jejum, necessidade de preparo do paciente, etc), possíveis altas, demandas administrativas, bem como o quadro clínico dos pacientes.

Em seguida, era realizada a visita em todas as enfermarias utilizando um instrumento de coleta de dados padronizado que foi elaborado pelos próprios residentes, com o objetivo de reunir de maneira prática e ágil as informações mais pertinentes para a promoção do cuidado. O desenvolvimento desse instrumento será detalhado em outro trabalho dos autores.

Em decorrência da pandemia, assim como em outras localidades¹³, observou-se certa escassez de EPIs neste cenário de atuação. Nesse sentido, a passagem de visita pelos residentes foi realizada em duplas, de modo que ocorreu “rodízio de exposição”, no qual apenas um residente se paramentava com todos os EPIs necessários e adentrava as enfermarias. O outro aguardava do lado de fora, registrando as informações coletadas e oferecendo quaisquer materiais necessários durante intercorrências, evitando que o residente paramentado precisasse sair para buscá-los. Assim, foi possível manter a segurança do profissional, ao mesmo tempo em que se poupou insumos e diminuiu-se o risco de contaminação ambiental que poderia ocorrer caso o enfermeiro precisasse circular em área limpa para buscar equipamentos.

Após a passagem de visita os residentes se organizavam junto aos *staffs*, conforme suas possibilidades e limitações, para lidar com as demandas percebidas na unidade e repassadas pela equipe médica. As demandas mais comuns observadas foram: falhas no uso de identificadores (placas e pulseiras de identificação), resolução de queixas (cefaleia, dor, náuseas, conflitos interpessoais, etc.), necessidade de curativos, troca de acessos venosos periféricos, realização de exames como eletrocardiograma e gasometria, realização de cateterismos, dentre outras.

Esses procedimentos são frequentes em unidades de internação e se mantiveram mesmocom a

pandemia, no entanto, algumas dessas práticas sofreram adequações devido às características da doença.

Exame Físico

Os pacientes com a COVID-19 comumente apresentam ageusia e anosmia, o que influencia diretamente no padrão alimentar, causando mudanças nos hábitos intestinais. Além disso, devido aos mecanismos fisiopatológicos da doença e ao uso constante de antibioticoterapia, dentre os sintomas mais comuns apresentados estão a diarreia e náuseas.¹⁴

Em contrapartida, devido à necessidade de se manterem isolados nos quartos ocorre uma redução importante na frequência de deambulação, o que diminui a motilidade intestinal e, somado à inapetência, favorece um quadro de constipação, sintoma que tem sido pouco relacionado a COVID-19 na literatura^{15,16}, mas que esteve frequentemente presente nos pacientes durante nossa prática no setor.

O enfermeiro deve direcionar uma atenção especial à avaliação do sistema gastrointestinal, incluindo a ausculta dos ruídos hidroaéreos que podem estar hiper ou hipoativos. Deve-se estar atento ao risco de desidratação, avaliando a pele do paciente e sempre quantificando o padrão alimentar e de ingestão hídrica.

Na presença de constipação ou diarreia, é importante discutir com a equipe médica e de nutrição sobre a execução de medidas que amenizem esses sintomas, como possíveis alterações nas prescrições e/ou na dieta. Para pacientes com diarreia também é possível realizar reidratação oral ou endovenosa. Já para os casos de constipação, pode-se ofertar óleo mineral e estimular a deambulação dentro do quarto.

Acesso Venoso Periférico e Medicamentos

A manutenção de acesso venoso periférico (AVP) pérvio e com o maior calibre possível além de favorecer a medicação do paciente dentro das prescrições diárias é necessária para casos de emergência. Realizar a identificação do AVP com data e Jelco da punção permite um controle por parte da equipe de modo a realizar a troca do acesso, segundo a rotina do setor, a cada 72 horas, minimizando o risco de flebite. Nem todos os profissionais da equipe percebem a importância desta

prática, mas durante a visita de enfermagem, os residentes identificavam os dispositivos, além de avaliarem a presença de sinais flogísticos e realizarem a troca do local de punção, quando necessário.

Diante da particularidade dos pacientes, que frequentemente apresentavam características que podem dificultar a obtenção de um AVP como obesidade, desidratação, fragilidade venosa e da pele, muitas vezes foi necessário realizar punção em veia jugular externa. Esse procedimento é de competência do enfermeiro segundo o Decreto nº 94.406/87, desde que possua habilidade técnica para realizá-lo.¹⁷

Para otimizar o uso de EPIs, sempre que algum residente precisava se paramentar para realizar alguma intervenção e haviam medicações de horário a serem administradas, ele as preparava e aplicava conforme a prescrição.

Oxigenoterapia

Quanto à oxigenoterapia, ocorreram mudanças devido a possibilidade de aerolização. Nesse sentido, recomenda-se utilizar dispositivos não invasivos no menor fluxo de oxigênio possível, com preferência para cateter nasal (CN) tipo óculos e máscara não reinalante (MNR), uma vez que outros dispositivos como a máscara de Venturi promovem o escape do ar, aumentando o risco de contaminação.¹⁸

No cenário do estudo os dispositivos eram ligados ao umidificador que era mantido sem água para diminuir os aerossóis liberados no ambiente. A saturação periférica dos pacientes era avaliada em diferentes momentos e conforme a necessidade era ofertada oxigenoterapia ou o paciente poderia até mesmo ser transferido para a sala de estabilização.

Gasometria arterial / Coleta de exames

Embora não seja um exame rotineiro em uma unidade de internação do tipo “clínica médica”, a gasometria arterial se tornou um importante aliado no cuidado dos pacientes com aSRAG devido à chamada “hipoxemia silenciosa”, condição na qual o paciente pode estar apresentando níveis reduzidos de saturação parcial de oxigênio mesmo sem apresentar desconforto respiratório

aparente.¹⁹ Trata-se de um exame invasivo que pode ser realizado por enfermeiros onde é coletada amostra sanguínea de uma artéria (sendo a principal escolha a radial)²⁰. Diariamente os residentes realizavam esse procedimento.

O hospital conta com equipe laboratorial que realiza a coleta de exames de sangue rotineiramente, porém, alguns pacientes apresentavam fragilidade capilar e desidratação importante, sendo, por vezes, solicitado auxílio do enfermeiro nessa coleta. Em determinados momentos, foi necessário que a coleta do sangue fosse realizada por meio da artéria.

ECG

Estudos indicam que a infecção pelo SARS-CoV-2 está associada a lesão miocárdica e distúrbios arrítmicos. Assim sendo, o eletrocardiograma (ECG) era comumente solicitado pelos médicos e, ao realizá-lo, deve-se empregar o uso de eletrodos descartáveis e não mais as peras (bulbos) de borracha ou pás reutilizáveis, com o propósito de evitar contaminação.²¹

O exame em si ocorria da mesma forma que antes da pandemia. No entanto, sabendo que o ECG era utilizado frequentemente em diferentes setores do hospital e que nem sempre existiam aparelhos disponíveis para todos eles, era necessário mantê-lo limpo e desinfetado caso fosse necessário emprestá-lo a outro setor.

SNE e SNG

A instalação de Sondas Nasogástricas (SNG) ou Sondas Nasoentéricas (SNE) costumam provocar tosse e, portanto, devem ser consideradas como procedimentos capazes de gerar aerossóis. Nesse sentido, é preciso respeitar as precauções necessárias, incluindo o uso da máscara N95 e dos óculos de proteção/*face shield*. Além disso, caso seja possível, é recomendado manter a boca do paciente coberta durante todo o procedimento para minimizar a exposição do profissional de saúde.²²

Muitos pacientes com COVID-19 têm se beneficiado da posição de pronação para aliviar a hipoxemia e a dispneia.²³ No entanto, pacientes pronados também podem necessitar de nutrição enteral por sonda, o que pode gerar certa apreensão na equipe de saúde.

Com relação a essa situação, a recomendação da *Society of Critical Care Medicine* e da *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* diz que a posição de pronação não está relacionada a um risco aumentado para complicações gastrintestinais ou pulmonares durante alimentação por sondas. Portanto, a nutrição enteral pode, sim, ser realizada. Contudo, é indicado manter de 10 a 25 graus de elevação da cabeceira da cama (posição de Trendelenburgreverso) para evitar aspiração de conteúdo gástrico, edema facial e hipertensão intra- abdominal²².

Evolução

De acordo com a Resolução do Cofen Nº 358/2009, o Processo de Enfermagem (PE), enquanto instrumento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é obrigatório em qualquer instituição em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. O PE é constituído por cinco etapas, sendo Coleta de dados, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento da Assistência, Implementação dos cuidados e Avaliação.²⁴

Na vivência dos residentes deste estudo percebemos que, mesmo durante a pandemia, é possível cumprir com todas as etapas do PE. Porém, foi necessária uma adaptação na maneira como as evoluções são realizadas, uma vez que não é possível realizar o registro imediatamente após cada atendimento devido à necessidade de paramentação e desparamentação. Diante disso, após prestar assistência a todos pacientes, os residentes seguem um padrão para o registro das evoluções de enfermagem no PEP, respeitando o instrumento da passagem de visita supracitado e utilizando taxonomias próprias da profissão (NANDA, NOC e NIC), favorecendo, assim, o emprego da SAE nesta unidade.²⁵⁻²⁷

Complicações e nossa atuação

O perfil clínico dos pacientes acometidos pela COVID-19 é variável e imprevisível. Assim, é preciso estar atento aos sinais de instabilidade que o paciente possa apresentar. Algumas complicações são menos graves e mais facilmente reversíveis, porém, o quadro clínico pode evoluir rapidamente para casos críticos.²⁸

Durante o programa de residência, foi possível vivenciar diversas intercorrências como

pacientes que necessitaram de intubação orotraqueal, paradas cardiorrespiratórias, desmaios, quedas, delirium, dessaturação, tentativas de evasão, alterações glicêmicas e óbitos.

Intubação orotraqueal

A intubação orotraqueal (IOT) é um procedimento comum em pacientes com COVID-19, devido às características inerentes à doença, sobretudo suas manifestações de hipoxemia acentuada. Suas indicações incluem, dentre outras, os pacientes que apresentam necessidade de oxigenoterapia com vazão maior do que 5L/min; pacientes que não se adaptaram ou não toleraram a interface de ventilação não-invasiva (VNI) e; pacientes dependentes de VNI.²⁹

A IOT é um procedimento gerador de aerossóis e as evidências apontam forte potencial de contaminação dos profissionais de saúde relacionados a esse tipo de procedimento. Assim, deve-se minimizar o número de profissionais no ambiente durante a IOT.²⁹

O uso de videolaringoscópios tem sido a primeira escolha na IOT dos pacientes com COVID-19, pois favorece a visualização e direciona o tubo nas vias aéreas habituais e difíceis. Além disso, dispõe de lâminas descartáveis, o que diminui o risco de contaminação. Outra estratégia que tem sido empregada com o intuito de diminuir a aerolização é a vedação do tubo orotraqueal com a borracha presente no êmbolo de seringas e o uso de pinças para clampeamento dos tubos quando houver necessidade de mudança entre os circuitos.²⁹

Durante nossas vivências neste cenário de atuação foi possível participar de algumas IOT, sendo preciso estar atento a todos esses novos cuidados que devem ser adotados durante este procedimento, uma vez que a equipe de enfermagem geralmente prepara todo o material que será utilizado na intubação e participa ativamente no manejo de possíveis complicações.

Delirium

Devido à necessidade de internação que leva ao isolamento social e a outros fatores relacionados à COVID-19 (como invasão direta do sistema nervoso central, falha de outros órgãos, tempo prolongado de ventilação mecânica ou efeito de estratégias sedativas), muitos pacientes apresentaram *delirium*, descrita como uma síndrome cerebral orgânica com etiologia inespecífica que

apresenta distúrbios da consciência, atenção, percepção, memória, pensamento, comportamento psicomotor, emoções e ciclo sono-vigília.³⁰

Diante desta realidade, é importante que a equipe de saúde esteja atenta a possíveis sinais de *delirium* e atue na prevenção e controle deste agravo. A estimulação cognitiva deve acontecer sempre que possível, incluindo conversas com perguntas mais aprofundadas sobre a vida do paciente que estimulem memórias afetivas e a comunicação.³⁰

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo descrever a rotina de residentes de enfermagem do Programa de residência multiprofissional em saúde do adulto e do idoso durante a pandemia de COVID-19 e discutir as principais mudanças ocorridas no setor por meio de um relato de experiência.

A rotina em unidades de internação hospitalares possui particularidades em cada instituição, mas no geral assemelha-se devido aos procedimentos assistenciais comumente realizados neste contexto. Durante a pandemia, algumas modificações se fizeram necessárias na forma como os procedimentos eram realizados e foi possível abordar algumas dessas adaptações neste artigo.

Sabendo que pandemias são inesperadas e exigem mudanças rápidas, esperamos que este estudo possa contribuir durante a execução de atividades gerenciais e assistenciais ao trazer embasamento teórico atualizado na descrição desses procedimentos.

Por se tratar de uma realidade recente, sugerimos que pesquisas semelhantes sejam realizadas abordando a perspectiva de outros profissionais do programa de residência multiprofissional, como fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, pois acreditamos que a sua prática diária também foi impactada pela pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Medved IV, Gomes JS, Biliu KS, Guirra PSB, Almeida. Atuação do Enfermeiro Residente na Testagem Rápida para COVID-19: um relato de experiência. *Health Residencies Journal (HRJ)*

2020; 1 (2): Disponível em: <<https://doi.org/10.51723/hrj.v1i2.31>>.

2. Bastos LS, Niquini RP, Lana RM, Villela DAM, Cruz OG, Coelho FC, Codeço CT, Gomes MFC. COVID-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: uma comparação até a 12ª semana epidemiológica de 2020. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020; 36 (4): e0007012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00070120>>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. *Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19*. [Versão 3]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/1_2021/17-03-Guia_de_vigilancia_da_covid_16marc2021.pdf>.
4. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estud. pesqui. psicol.* [Internet]. 2019; 19 (1): 223-237. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013>.
5. Sanna MC. Os processos de trabalho em Enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2007; 60 (2): 221-224. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>>.
6. Machado WCA, Figueiredo NMA de, Brasil S da S, Quaresma M de LJ, Bittencourt LP, Tonini T, Silva PS da. COVID-19 in the paramentation movements of dressing and disposing of nurses: nightingale, the pioneer, was reasoned!. *RSD* [Internet]. 2020; 9 (7): e741974731. Available from: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4731>>.
Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2012. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Manual_Limpeza_e_Desinfeccao_final.pdf>.
7. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Universidade Federal de Pernambuco. Hospital das Clínicas. *Manual de vigilância em saúde, biossegurança, prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde no enfrentamento da COVID-19*. Disponível

em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe/saude/covid-19/manuais-fluxos-e-documentos-para-os-profissionais-de-saude/manual-vigilancia-em-saude-covid-19-sgqvs-hc-ufpe-versao-1-pdf-1.pdf>>.

8. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). *Guia sobre isolamento em coorte de pacientes no contexto da pandemia da COVID-19*. Brasília: 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acao-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2020/anexos/anexo-port-26-das-guia-isolamento-em-coorte-de-pacientes-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-versao-1-14-08.pdf>>.
9. Cardoso F da S, Sória D de AC, Vernaglia TVC. The use of personal protection equipment in COVID-19 times: a literature review. *RSD* [Internet]. 2021; 10 (2): e55510212772. Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12772>>.
10. Gurtler CAS, Corrêa BC, Gurtler MRB, Menezes MSB, Salvetti MCP. Gestão de estoques no enfrentamento à pandemia de COVID-19. *Revista Qualidade HC*. Especial COVID-19. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/250/250.pdf>>.
11. Joles VB, Oliveira KA, Frutuoso IS., Pereirai KMVG, Castro ED, Simão C, Correa V. Escalas de Morse e Braden: auditoria da qualidade dos registros de enfermagem. Em: *Anais do Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo*; Campinas: Galoá; 2016. Disponível em: <https://proceedings.science/enfhesp/trabalhos/escalas-de-morse-e-braden-auditoria-da-qualidade-dos-registros-de-enfermagem>
12. Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp Infect*. 2020; 105 (1): 100-101. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7134479/>>.
13. Iser BPM, Sliva I, Raymundo VT, Poletto MB, Schuelter-Trevisol F, Bobinski F. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2020; 29 (3): e2020233. Available from: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000300018>>.

14. Brito APSO, Brito MVH, Quintino AJ, Mansour IB, Récio CS, Picanço NJA. Manifestações gastrointestinais em pacientes infectados pelo SARS-CoV-2: Revisão sistemática da literatura. *Braz. J. Hea. Rev.* 2020; 5 (3): 14570-14583. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-252>.
15. Moraes LR, Silva JF, Fonseca LN, Vieira MHG, Resende SFR, Simões SC, Dias YHF, Rodrigues VSS. COVID-19 e o trato gastrointestinal: fisiopatologia e evolução clínica dos pacientes. *Braz. J. Hea. Rev.* 2021; 4 (2): 4556-4569. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-045>.
16. Conselho Regional de Enfermagem (DF/Brasil). Parecer Técnico nº 10, de 29 de julho de 2009. O Enfermeiro tem respaldo para realizar a punção de jugular externa? Brasília: *COREN-DF*, 2009.
17. Silva VZM, Neves LMT, Forgiarini Jr LA. Recomendações para utilização de oxigênio suplementar (oxigenoterapia) em pacientes com COVID-19. *ASSOBRAFIR Ciência.* 2020; 11 (Supl 1): 87-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.47066/2177-9333.AC20.covid19.008>.
18. Amaral de Brito AP, Cunha ACO, Almeida BM de, Nascimento CSG, Freitas CRS, Magalhães LSC de, Villafuerte LKM, Barros PF de S. A hipoxemia silenciosa em pacientes com COVID-19: uma revisão narrativa. *Prát. Cuid. Rev. Saude Colet.* [Internet]. 2020; 1: e9854. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/9854>.
19. Pinto JMA, Saracini KC, Lima LCA, Souza LP, Lima MG, Algeri EDBO. Gasometria arterial: aplicações e implicações para a enfermagem. *Revista Amazônia: Science & Health* [Internet]. 2017; 5 (2): 33-39. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/1117>.
20. Brandão SCS, Andrade AW, Feitosa ADM. COVID 19 e coração *Manual Prático de Condutas*. 1ª edição [E-book]. 2020.
21. Martindale R, Patel JJ, Taylor B, Warren M, McClave AS. Nutrition Therapy in the Patient with COVID-19 Disease Requiring ICU Care. *Society of Critical Care Medicine and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*. 2020. Available from:

<https://www.sccm.org/COVID19RapidResources/Resources/Nutrition-Therapy-in-the-Patient-with-COVID-19-Dis>.

22. Guirra PSB, Gomes JG, Biliu KS, Medved IV, Almeida VC. Manejo do paciente com COVID-19 em pronação e prevenção de Lesão por Pressão. *Health Residencies Journal (HRJ)* 2020; 1 (2): Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/30/12>
23. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 2018 Out 23; Seção 1: 179.
24. Herdman TH e Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11ª ed. Porto Alegre: *Artmed*; 2018.
25. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC – Classificação dos resultados de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: *Elsevier*; 2016.
26. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. NIC – Classificação das intervenções de enfermagem. 6ª ed. Rio de Janeiro: *Elsevier*; 2010.
27. Corrêa TD, Matos GFJ, Bravim BA, Cordioli RL, Garrido APG, Assuncao MSC, Barbas CSV, et al. Intensive support recommendations for critically-ill patients with suspected or confirmed COVID-19 infection. *einstein* (São Paulo). 2020; 18: eAE5793. Available from: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE5793.
28. Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), *Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)* e *Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)*. Recomendações para Intubação Orotraqueal em pacientes portadores de COVID-19. Versão nº 5. Disponível em: <http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/06/RECOMENDACOES-IOT-V05-120520.pdf>.
29. Barreto RG, Sousa WCM de, Silva SMAF da, Souza TA de, Silva EC da, Brito B da S, Teodozio

GC, Silvestre MC de A. Recurso terapêutico ocupacional para tratamento de delirium em pacientes com COVID-19. *Rev Neurocienc* [Internet]. 2020; 280: 1-19. Disponível em: <<https://doi.org/10.34024/rnc.2020.v28.11028>>