

**Desafios da gestão de enfermagem em terapia intensiva oncológica durante a  
pandemia de COVID-19**

**Challenges of nursing management in oncology intensive care during the COVID-19  
pandemic**

**Desafíos del manejo de enfermería en cuidados intensivos oncológicos durante la  
pandemia COVID-19**

Recebido: 25/05/2020 | Revisado: 28/05/2020 | Aceito: 01/06/2020 | Publicado: 20/06/2020

**Alessandra Dutkus Saurusaitis**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5751-2766>

Instituto Nacional de Câncer, Brasil

E-mail: [asaurusa@yahoo.com.br](mailto:asaurusa@yahoo.com.br)

**Rosana Fidelis Coelho Vieira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7509-9402>

Instituto Nacional de Câncer, Brasil

E-mail: [rosanafidelis72@gmail.com](mailto:rosanafidelis72@gmail.com)

**Antonio Augusto de Freitas Peregrino**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6617-480X>

Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [antonio.peregrino@gmail.com](mailto:antonio.peregrino@gmail.com)

**Fatima Helena do Espirito Santo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4611-5586>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [fatahelens@gmail.com](mailto:fatahelens@gmail.com)

**Viviane Rocha Feijó Pereira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-00001-5117-6880>

Instituto Nacional de Câncer, Brasil

E-mail: [vrpereira@inca.gov.br](mailto:vrpereira@inca.gov.br)

**Roberto Carlos Lyra da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9416-9525>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [proflyra@gmail.com](mailto:proflyra@gmail.com)

## Resumo

O ano de 2020 está sendo marcado pela pandemia do novo Coronavírus e suas consequências para a sociedade. No âmbito hospitalar a pandemia tem exigido dos gestores locais dedicação para adaptação dos processos de trabalho às novas necessidades, sendo imprescindível a melhor assistência ao paciente portador da COVID-19 sem detrimento à segurança dos pacientes não infectados e aos profissionais de saúde. **Objetivo:** Descrever os desafios da gestão de enfermagem em terapia intensiva oncológica durante a pandemia da COVID-19 e discutir as medidas adotadas até o momento, para o enfrentamento da doença, em uma instituição exclusivamente oncológica. **Metodologia:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência sobre os desafios e estratégias adotadas pela gestão de enfermagem oncológica na unidade de terapia intensiva (UTI) frente à Pandemia da COVID-19 em um hospital de referência em oncologia no Rio de Janeiro. **Resultados e discussão:** foram identificadas sete categorias temáticas vivenciadas durante a adaptação do serviço ao atendimento a COVID-19: disponibilização de leitos, treinamento da equipe, aquisição de equipamentos e insumos, organização de fluxos, reorganização de escala devido aumento do absenteísmo, apoio aos profissionais da assistência, lidar com incertezas. **Conclusão:** É preciso pensar na díade do cuidado e segurança ao paciente hospitalizado e também ao profissional que cuida, tendo em vista o grau de transmissibilidade do Sars-Cov-2, ainda sem medicação efetiva, com sua evolução clínica rápida de difícil controle para todos, e com letalidade crescente na curva epidemiológica.

**Palavras-chave:** Sars-Cov-2; Terapia Intensiva; Enfermagem.

## Abstract

The year 2020 is being marked by the pandemic of the new Coronavirus and its consequences for society. In the hospital environment, the pandemic has demanded from the local managers dedication to adapt the work processes to the new needs, being the best assistance to the patient with COVID-19 essential, without detriment to the safety of non-infected patients and health professionals. **Objective:** To describe the challenges of nursing management in oncology intensive care during the COVID-19 pandemic and to discuss the measures adopted to date to deal with the disease, in an exclusively oncology institution. **Methodology:** Descriptive study, with a qualitative approach, of the experience report type on the challenges and strategies adopted by the oncology nursing management in the intensive care unit (ICU) in face of the COVID-19 Pandemic in a reference hospital in oncology in Rio de Janeiro January. **Results and discussion:** seven thematic categories experienced during the adaptation of the service to the

service to COVID-19 were identified: availability of beds, staff training, acquisition of equipment and supplies, organization of flows, reorganization of scale due to increased absenteeism, support to care professionals, deal with uncertainties. Conclusion: It is necessary to think about the dyad of care and safety for hospitalized patients and also for the professional who cares, considering the degree of transmissibility of Sars-Cov-2, still without effective medication, with its rapid clinical evolution that is difficult to control for all, and with increasing lethality in the epidemiological curve.

**Keywords:** Sars-Cov-2; Intensive therapy; Nursing.

### **Resumen**

El año 2020 está marcado por la pandemia del nuevo Coronavirus y sus consecuencias para la sociedad. En el entorno hospitalario, la pandemia ha exigido de los gerentes locales la dedicación para adaptar los procesos de trabajo a las nuevas necesidades, siendo la mejor asistencia para el paciente con COVID-19 esencial, sin perjudicar la seguridad de los pacientes y profesionales de la salud no infectados. Objetivo: Describir los desafíos del manejo de enfermería en cuidados intensivos de oncología durante la pandemia de COVID-19 y discutir las medidas adoptadas hasta la fecha para tratar la enfermedad, en una institución exclusivamente oncológica. Metodología: Estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, del tipo de informe de experiencia sobre los desafíos y estrategias adoptados por la gerencia de enfermería oncológica en la unidad de cuidados intensivos (UCI) frente a la pandemia COVID-19 en un hospital de referencia en oncología en Río de Janeiro. Enero. Resultados y discusión: se identificaron siete categorías temáticas experimentadas durante la adaptación del servicio al servicio a COVID-19: disponibilidad de camas, capacitación del personal, adquisición de equipos y suministros, organización de flujos, reorganización de la escala debido al aumento del absentismo, apoyo a profesionales de la atención, lidiar con incertidumbres. Conclusión: es necesario pensar en la diada de atención y seguridad para pacientes hospitalizados y también para el profesional que se preocupa, considerando el grado de transmisibilidad de Sars-Cov-2, aún sin medicación efectiva, con su rápida evolución clínica que es difícil de controlar para todos, y con letalidad creciente en la curva epidemiológica.

**Palabras clave:** Sars-Cov-2; Terapia intensiva; Enfermería.

## **1. Introdução**

O ano de 2020 está sendo marcado pela pandemia do novo Coronavírus e suas consequências para a sociedade. No âmbito hospitalar, a pandemia tem exigido dos gestores locais muita dedicação para adaptação dos processos de trabalho às novas necessidades.

Por ser uma doença desconhecida no que tange período de incubação, transmissibilidade e seus aspectos epidemiológicos (Camacho, Joaquim & Menezes, 2020), é imprescindível a melhor assistência ao paciente portador da COVID-19 sem o detrimento à proteção dos pacientes não infectados e aos profissionais de saúde.

No cenário da terapia intensiva oncológica alguns desafios foram impostos pela necessidade de abertura de leitos para pacientes com câncer infectados pela COVID-19. O paciente oncológico, pela história natural da doença ou pelo tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia recente ou medicamento imunossupressor) faz parte do grupo de risco, tendo maior chance de agravamento da COVID-19 pela alteração da imunidade, devendo ser protegido do contato com pessoas infectadas. (INCA, 2020).

Entretanto, o avanço da pandemia e a transmissão comunitária propiciou que pacientes com câncer, durante o tratamento oncológico ambulatorial ou hospitalar fossem infectados e apresentassem sintomas que necessitaram de internação hospitalar, muitas vezes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Para que fosse atendida esta demanda, as lideranças dos serviços precisaram se manter atualizadas em relação às recomendações da comunidade científica, promovendo a interdisciplinaridade e intersetorialidade garantindo a assistência segura para pacientes com e sem COVID-19, atendendo normas preconizadas pelo Ministério da Saúde e adaptando espaços e tecnologias.

Este artigo tem como objetivo descrever os desafios da gestão de enfermagem em terapia intensiva oncológica durante a pandemia da COVID-19 e discutir as medidas adotadas até o momento, para o enfrentamento da doença, em uma instituição exclusivamente oncológica.

## **2. Metodologia**

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência sobre os desafios e estratégias adotadas pela gestão de enfermagem oncológica na unidade de terapia intensiva (UTI) na Pandemia da COVID-19 em um hospital de referência em oncologia no Rio

de Janeiro. Pautado na seguinte questão norteadora: Quais são os desafios enfrentados pela gestão de enfermagem em terapia intensiva oncológica durante a pandemia de COVID-19.

Na pesquisa qualitativa o pesquisador compreende e interpreta eventos sociais do cenário, cujo a matéria prima consiste nas experiências, vivência, senso comum e ação, que se integram e a compreensão é fundamental, levando em conta a subjetividade do sujeito no contexto histórico e social. O relato de experiência requer uma observação participante e a exploração do campo, considerado uma estratégia no conjunto da investigação, cujo o pesquisador necessita relativizar seu espaço social, as técnicas, o objeto investigado e as relações interpessoais (Minayo, 2103).

A experiência ocorreu no período de março a maio de 2020, com o início da Pandemia da COVID-19 e optou-se pela construção deste estudo, especialmente por ser uma doença nova que se alastrou rapidamente aumentando as demandas do sistema de saúde que, conseqüentemente, exigiu reestruturação na gestão de enfermagem da terapia intensiva.

A experiência fruto deste estudo, ocorreu na Unidade de Terapia Intensiva Oncológica é composta por 14 leitos de terapia intensiva adulto divididas em duas áreas, uma para 10 pacientes clínicos ou em pós-operatório tardio e outra com 4 leitos destinados ao pós-operatório imediato de cirurgias oncológicas de maior risco, que necessitam de suporte intensivo nas primeiras 48h.

As medidas foram sendo adotadas conforme o avanço da epidemia, a necessidade de atendimento a um público específico e a redução de ofertas de leitos de UTI no estado, para transferência de casos suspeitos/confirmados de infecção pelo coronavírus. As decisões tiveram como base as atualizações da comunidade científica e envolveram diversos serviços como CCIH, enfermagem, médicos, fisioterapeutas, apoio técnico, compras, administração entre outros, amparadas pela alta gestão.

Por fim para análise final estratificamos em categorias temáticas que se destacaram com relação a intencionalidade do tema da questão norteadora deste estudo, a saber: disponibilização de leitos; treinamento da equipe; aquisição de equipamentos e insumos; organização de fluxos; reorganização de escala devido aumento do absenteísmo; apoio aos profissionais da assistência e lidar com incertezas.

### **3. Resultados e Discussão**

A primeira categoria temática foi construída com base na necessidade de disponibilização de leitos para atender a pacientes graves com a COVID-19.

Como é de conhecimento geral, leitos em UTIs são disputados no Brasil e no mundo. No Brasil possuímos no Sistema Único de Saúde, uma relação de 1 leito de UTI/10 mil habitantes e taxa de 95% de ocupação, fora do período de pandemia (AMIB, 2020). Apesar de que, quando somada a rede privada, o Brasil dispõe de uma relação leito/população das melhores do mundo, eles não estão sendo suficientes para atendimento a crescente demanda proveniente de avanço da epidemia. UTIs oncológicas são raras no SUS, fazendo com que pacientes oncológicos disputem vagas em UTIs gerais em certo grau de desvantagem em relação à pacientes com outras morbidades, provavelmente devido à falta de clareza para os intensivistas, do benefício que o suporte intensivo pode ofertar a estes pacientes (Valle & Garcia, 2018).

Apesar do câncer ser uma doença grave, pacientes oncológicos podem ter benefícios semelhantes a pacientes não oncológicos ao receberem suporte intensivo. A decisão de admissão ou não do paciente com câncer e, neste momento com a COVID-19, na UTI é complexa, devendo ser tomada em conjunto com a equipe multidisciplinar e multiprofissional, sendo indispensável a presença de profissionais oncologistas e intensivistas (Valle & Garcia, 2018).

A triagem do paciente com COVID-19 para a UTI deve atender a fluxos estabelecidos que avaliem a indicação baseada em critérios clínicos. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, considera-se para internação de pacientes COVID 19 na terapia intensiva a saber: insuficiência respiratória, instabilidade hemodinâmica e rebaixamento do nível de consciência (Ministério da Saúde, 2020).

Com a internação de pacientes com COVID-19 na UTI algumas recomendações importantes devem ser consideradas. Pacientes confirmados positivos devem ser mantidos em isolamento de contato e respiratório para aerossóis pois aerossolização dissipada ainda é indeterminada. O isolamento demanda a avaliação da planta física do local: se em quarto privativo este deve possuir portas, filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance), pressão negativa ou ser ventilados para um ambiente externo. Se em área coletiva deve ser estabelecida a acomodação dos pacientes em coorte, ou seja, separar esses pacientes em uma mesma enfermaria ou área isolada ou demarcada.

Na terapia intensiva oncológica com 14 leitos, inicialmente foi destinada uma área de coorte com 4 leitos sendo, conforme a necessidade, aumentado para 10 leitos que foram rapidamente ocupados por pacientes oncológicos portadores da COVID-19. O aumento da demanda por leitos de terapia intensiva para estes pacientes implicou em suspensão de cirurgias

eletivas de grande porte para que fosse aberta outra área de coorte com mais 4 leitos de UTI COVID.

A categoria temática 2, emergiu da preocupação em proteger as equipes para o cuidado ao paciente com coronavírus o que exigiu o treinamento da equipe.

Ainda que partindo-se do pressuposto empírico de que a UTI já conta com uma equipe intensivista treinada para suporte ventilatório e hemodinâmico à pacientes críticos, no enfrentamento da pandemia de COVID-19 tivemos que nos debruçar em um plano de educação em serviço específico para o atendimento ao paciente com COVID-19. A assistência de enfermagem a estes pacientes apresenta algumas peculiaridades em relação à procedimentos que geram aerossóis e aumentam o risco ocupacional dos profissionais de saúde, a começar pelo uso de equipamentos de proteção individual (EPI).

Esclarecer quais são os EPIs necessários para cada situação, como paramentar-se, e desparamentar-se, e em que momentos, é fundamental para a proteção dos profissionais de saúde. Não devemos partir do pressuposto que os profissionais já possuem conhecimento sobre o assunto, pois a situação da epidemia e suas formas de contágio são situações novas para a maioria dos profissionais.

Outros temas devem também ser alvo de treinamento: coletas de swabs para diagnósticos, sequência rápida de intubação, montagem de circuito ventilatório com fixação adequada das peças, ressuscitação cardiopulmonar em vigência de ventilação mecânica, posicionamento em prona, adequação do procedimento de troca de filtros barreira, preparo e encaminhamento de corpo e revisão de fluxos do setor devem ser massivamente divulgados para a equipe.

A categoria temática 3 trata da aquisição de equipamentos e insumos visto que o mundo está vivenciando a mesma experiência com a nova doença e tentando se abastecer com os recursos necessários.

Para o atendimento aos pacientes com a COVID-19 é necessária a provisão de equipamentos e insumos que otimizem o suporte hemodinâmico e ventilatório minimizando riscos de contágio aos profissionais de saúde. Diante da grande demanda, a necessidade de leitos em UTI, de parques tecnológicos e o controle dos gastos em saúde são grandes desafios que precisam ser bem articulados, diante do cenário econômico e da desigualdade social tão marcante no Brasil.

Esta nova realidade, trouxe também reflexões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), que enfrenta um dos maiores desafios das últimas décadas pois há tempos passa por situações como dificuldades de investimentos e com déficit orçamentário que se acumulam

[CONASEMS] (2015). Colhemos hoje, neste momento de pandemia, e de grande necessidade de atuação do SUS, consequências bem difíceis, mostrando a fragilidade deste sistema que precisa ter resgatado o seu reconhecimento perante a sociedade e a classe política.

Diante das necessidades ilimitadas e recursos finitos e escassos, estudos de Avaliações de Tecnologias em Saúde (ATS) devem ser realizados a fim de que sejam incorporados ao SUS apenas tecnologias com evidências sobre eficácia, efetividade, segurança e também análise econômica, com comparação dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas (Ribeiro et al, 2016).

De acordo com (AMIB,2020) se os pacientes evoluírem com frequência respiratória > 28 incursões respiratórias por minuto ou retenção de CO<sub>2</sub> (PaCO<sub>2</sub>>50 mmHg e/ou pH<7,25 deverão ser intubados e ventilados mecanicamente, visto que, não é recomendado cateter nasal de alto fluxo (CNAF) ou ventilação não invasiva como BIPAP, devido aos riscos de disseminação e contágio. Recomenda-se para intubação orotraqueal rápida o uso de vídeolaringoscópio por proteger os profissionais e aumentar a chance de sucesso na intubação na primeira tentativa. Assim como, a capnografia deve estar disponível para confirmar a intubação, principalmente no contexto de visualização difícil causada pelo uso de EPI (Ministério da Saúde, 2020). Além disso, filtros HEPA nos ramos expiratórios dos ventiladores mecânicos promovem maior segurança ambiental, alguns ventiladores microprocessados têm filtros expiratórios N99 ou N100, com grande poder de filtração dos aerossóis; no entanto se o equipamento não dispuser desta tecnologia, deve-se adequar adaptando um filtro expiratório apropriado (filtro HEPA, HMEF ou HME).

Dispositivos de alto fluxo de oxigênio por máscara vem substituindo macronebulizadores por possuírem um reservatório que minimiza a dispersão do vírus através da névoa. Aspiração traqueal deve ser realizada preferencialmente com sistema de aspiração endotraqueal fechado que contém sucção, mantendo a pressão expiratória positiva final (PEEP), reduzindo também a hipoxemia, devendo este ser conectado logo após a intubação traqueal.

Apesar da urgente necessidade de uma terapia farmacológica para a Sars-Cov-2, não há ainda evidência de que algum medicamento seja eficaz para prevenir ou tratar a COVID-19. Medicamentos não usuais na terapia intensiva como antiretrovirais, antimaláricos, antiparasitários e imunomoduladores vem sendo incluídos em pacientes acompanhados por pesquisas clínicas e a provisão dos mesmos necessárias dependendo da proposta do serviço (Braz, 2020).

As diretrizes provisórias da OMS recomendam oferecer oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) a pacientes elegíveis com síndrome do desconforto respiratório agudo

relacionada à COVID-19, com hipoxemia refratária e apenas em centros especializados que contem com uma equipe capacitada para a utilização do equipamento. O equipamento, entretanto, não encontra-se facilmente disponível na rede assistencial. (Ministério da Saúde, 2020)

A aquisição de EPIs em quantidade e qualidade satisfatória tem sido um desafio mundial e uma das maiores preocupações de gestores e profissionais de saúde. Há necessidade de organização de toda cadeia de suprimento para que os insumos cheguem ao profissional da ponta.

Num cenário de incertezas em relação as formas de propagação da doença, onde informações são difundidas através de veículos de comunicação e redes sociais sem distinção de fonte e evidência, muitos desejam ter o acesso ao melhor EPI disponível, independente do custo ou se atendem ao propósito da precaução recomendada. Desta forma, vimos no nosso cenário, a busca por máscaras N95 por funcionários que não integravam equipes de assistência, ou mesmo de áreas de risco de aerossóis, o que, se não fosse corrigido, poderia ter levado ao desabastecimento deste insumo às equipes prioritárias. Percebemos com isso a necessidade de reorganização do fornecimento de máscaras para uso das equipes assistenciais e a sensibilização para o uso racional, sem desperdícios, com a reutilização das mesmas desde que não estejam danificadas, úmidas ou sujas.

Segundo a ANVISA (2020) profissionais da assistência em UTI, onde há ambiente com grande risco de aerossolização, devem utilizar máscara N95 ou PFF2 (projetados para filtrar 95% das partículas de até 0,3 micrômetros), gorro, óculos de proteção ou protetor facial, avental impermeável e luvas de procedimento. Entretanto, muito vem sendo discutido a respeito do tempo de duração de uma máscara N95/PFF2 ou reprocessamento das mesmas, tendo em vista a falta das mesmas no mercado. Devido a este cenário, a Anvisa em nota técnica 04/20, autoriza excepcionalmente, que máscaras N95/PFF2 sejam usadas por período maior ou por um número de vezes maior que o previsto pelo fabricante, desde que sejam utilizadas pelo mesmo profissional e que sigam protocolos institucionais elaborados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do serviço.

Recomenda-se que o capote ou avental para uso na assistência ao paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 deve possuir gramatura mínima de 30g/m<sup>2</sup> e necessita ser utilizado para evitar a contaminação da pele e roupa do profissional. Com relação a necessidade do uso de capote ou avental impermeável (gramatura mínima de 50 g/m<sup>2</sup>), este dependerá do quadro clínico do paciente (vômitos, diarreia, hipersecreção orotraqueal, sangramento, etc.), pois o risco de contaminação se faz presente.

Com a nossa condição de coorte, em que pacientes ocupam a mesma área delimitada, optamos por manter a equipe paramentada durante todo o período assistencial. Desta forma reduzimos o risco de contágio com inúmeras desparamentações e também o consumo de capotes para próximo à 3 unidades por profissional em 12h de plantão.

Diante do exposto, é imprescindível que haja um planejamento e organização sobre a forma de distribuição, guarda e avaliação destes insumos para que a justificativa de dificuldade de abastecimento não encubra a desproteção do profissional da assistência num momento em que profissionais de saúde vêm apresentando taxas de morbimortalidade pela COVID-19 alarmantes.

A categoria temática 4, surgiu devido à preocupação em minimizar a disseminação do vírus, portanto houve necessidade de haver uma organização de fluxos.

As interações por COVID-19 exigem reorganização de fluxos e rotinas de trabalho a fim de evitar disseminação do vírus no ambiente interno hospitalar e se estenda até mesmo para prestadores de serviço externos e meio ambiente.

Muitos têm sido os desafios para alinharmos os novos protocolos diante desta Pandemia, a destacar: fluxo de atendimento e encaminhamentos de materiais à central de material de esterilização (CME), manuseios e guardas de prontuários ainda nas formas físicas, recebimentos e reenvio de medicações via farmácia hospitalar, novas rotinas de exames laboratoriais e de imagem, visitas aos pacientes, dentre outros, que precisam ser devidamente ajustados à nova realidade.

ANVISA (2020), descreve as orientações de processamento de produtos para saúde, limpeza e desinfecção de superfícies, processamento de roupas e tratamento de resíduos hospitalares.

Equipamentos utilizados no cuidado de pacientes com COVID-19 (como termômetros, estetoscópios e manguitos de esfigmomanômetros) devem ser, preferencialmente, de uso único. O serviço de saúde deve estabelecer fluxos, rotinas para todas as etapas do processamento dos equipamentos e produtos para saúde utilizados durante a assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 devendo todos os materiais utilizados em pacientes contaminados recolhidos e transportados de forma a prevenir a possibilidade de contaminação de pele, mucosas e roupas, bem como, a transferência de microrganismos para outros pacientes, profissionais ou ambientes (ANVISA, 2020)

Diante da nova realidade e das mudanças que estão sendo dinâmicas com relação ao aprendizado do novo coronavírus, os serviços de saúde devem elaborar, disponibilizar de forma escrita e manter disponíveis, normas e rotinas dos procedimentos envolvidos na assistência aos

casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo vírus, tais como: fluxo dos pacientes dentro do serviço de saúde, colocação e retirada de EPI, procedimentos de remoção e processamento de roupas/artigos e produtos utilizados na assistência, rotinas de limpeza e desinfecção de superfícies, rotinas para remoção dos resíduos, entre outros, tornando-se fundamental a transparência e comunicação efetiva nos ambientes hospitalares.

Os resíduos devem ser acondicionados em sacos vermelhos ou brancos leitosos com o símbolo de infectante e devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Estes resíduos devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada. (ANVISA, 2020)

Recomenda-se ampliar a frequência de limpeza da unidade, três vezes ao dia, com álcool 70% ou outro desinfetante padronizado pelo serviço de saúde, principalmente das superfícies mais tocadas como bancadas, teclados de computador, telefones, pias e vasos sanitários nos banheiros, maçanetas, corrimões, elevadores (botão de chamada, painel interno), etc. (ANVISA, 2020)

Deve-se evitar o transporte de pacientes infectados para outras alas hospitalares. Em caso de necessidade, como por exemplo realização de tomografias de tórax, é imperativo utilizar rotas pré-estabelecidas para evitar o contato com pessoas não infectadas e não contaminação de elevadores, maçanetas e área de circulação.

Questões relativas à área de coorte merecem planejamento como a autorização de entrada e orientação às equipes de manutenção, copeiras, rouparia, engenharia clínica, entre outros funcionários que prestam serviços à UTI; manutenção de quarentena de documentos que necessitem sair da área de coorte, quarentena ou desinfecção de medicamentos que necessitem ser devolvidos à farmácia e fluxo de encaminhamento de exames laboratoriais.

Com a necessidade de redução da circulação de pessoas no ambiente hospitalar as visitas aos pacientes internados foram suspensas, trazendo prejuízo para a humanização da assistência, num momento em que se buscava uma assistência intensiva centrada no paciente e na família com o estímulo à permanência do familiar na UTI. Neste momento necessário de distanciamento físico, a utilização de recursos para a manutenção da comunicação entre a equipe e familiares, deve ser feita por contato telefônico ou aplicativos de rede social, a fim de reduzir estresse emocional e insegurança. Da mesma forma recursos devem ser pensados para que o vínculo entre paciente e familiar seja mantido, seja através de autorização de permanência de celulares particulares ou através de visitas virtuais guiadas por profissionais de saúde (Crispim, Silva, Cedotti, Câmara & Gomes, 2020).

Categoria temática 5: reorganização de escala devido aumento do absenteísmo, visto que a exposição e susceptibilidade da equipe de enfermagem em serem acometidos pelo vírus seria grande.

A pandemia afeta a todos, porém de forma mais rápida aos profissionais de saúde que, impedidos de se isolar, convivem com aglomeração pelo trabalho em equipe e ainda se expõem à fluidos corporais em ambiente aerossolizado na UTI. Além disso, são submetidos aos riscos nos transportes públicos, e é claro, que também em suas vidas pessoais com necessidades de acessarem serviços essenciais como farmácia, mercados etc. Na presente data, dados do Conselho Federal de Enfermagem informam afastamento de 14.905 entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de suas atividades laborais pela Covid-19 com 116 óbitos (2,12%), no estado do Rio de Janeiro são 3162 afastados com 29 óbitos. Número este, alarmante, tendo em vista a necessidade de se manter a integridade destes profissionais que atuam na linha de frente ao cuidado assistencial.

O absenteísmo impacta diretamente a assistência, seja pela conseqüente redução de oferta de vagas para internação, quanto pela insuficiente atenção dada pelo profissional ao paciente, devido sobrecarga de trabalho. Profissionais que adoecem necessitam de afastamento mínimo de 14 dias e muitos ainda permanecem sintomáticos após este período, sendo necessária extensão da licença para recuperação de sua saúde e também, pela incerteza do tempo de transmissibilidade em sintomáticos.

Estima-se que no período de 20 de março à 05 de maio de 2020, com o Brasil apresentando 10.748 profissionais de enfermagem diagnosticados com COVID-19 e 91 óbitos, quase 500 anos de vida ajustados por incapacidade (DALY) foram perdidos na força assistencial de trabalho da enfermagem no Brasil, sendo que o DALY foi maior entre os profissionais de 31 a 40 anos (901,36 DALY), pois é nessa faixa etária que encontramos a maior força de trabalho na linha de frente (Silva,2020).

Na nossa experiência, este talvez tenha sido o mais desafiador dos problemas apresentados para a liderança de enfermagem até o momento, pois apresentamos na UTI uma alta taxa de absenteísmo, chegando em um dos dias da pandemia a ter 73% da equipe afastada por COVID e motivos associados, o que necessitou de remanejamento de outros setores, dobrar no serviço, pagamento de Adicional de Plantão Hospitalar (APH) e suspensão temporária de admissões. Felizmente este foi um quadro temporário tendo em vista o retorno gradual de quase todos os funcionários ao serviço até o presente momento.

A categoria temática 6: apoio aos profissionais da assistência devido ao aumento da carga de trabalho e exposição direta a riscos de infecção.

Os profissionais de saúde, e principalmente os profissionais de enfermagem, são considerados a linha de frente no combate ao COVID-19. Apoiá-los em suas necessidades talvez seja uma das ações com maior impacto para a qualidade da assistência em terapia intensiva.

A sobrecarga de trabalho físico e mental ocasionados pelo cuidado à pacientes com COVID-19 vêm sendo relatada pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem no dia a dia da assistência. As UTIs estão ocupadas com pacientes em quadro agudo de insuficiência respiratória, na maioria entubados, muitos necessitando da posição prona para melhora da oxigenação, instáveis hemodinamicamente e necessitando de todo suporte tecnológico e humano disponível para sua recuperação. A nossa percepção vem ao encontro com o relato de um incremento de 33% na carga de trabalho mensurada através de Nursing Activities Score (NAS) em UTI italiana após a transformação da unidade em coorte de COVID. (Luchini et al. 2020).

De suma importância também considerar as questões psicológicas, reconhecendo e acolhendo os receios e medos dos profissionais de enfermagem. Foram levantadas como as principais fontes geradoras de estresse emocional o aumento da carga de trabalho, medo de contaminar os familiares e de se contaminar, desinformação e raiva do governo e dos sistemas de saúde. (Barbosa, et al, 2020).

Importante também pensar em questões como descanso durante e entre turnos, a oferta de alimentação no local de trabalho, disponibilidade de transporte alternativo durante períodos de restrição de veículos (principalmente por termos colaboradores moradores de municípios cujo transportes intermunicipais foram suspensos), e momentos que possam cuidar também de sua saúde mental. A prevenção da Síndrome de Burnout, ou Síndrome do Esgotamento Profissional, entre os profissionais de saúde é uma questão muito debatida, mas infelizmente, ainda pouco aplicada nos cenários hospitalares.

A enfermagem, formada predominantemente por mulheres, com dupla ou tripla jornada de trabalho vem apresentando dificuldades com crianças que não podem ir à escola e ansiedade em relação à proteção dos filhos na necessidade de se isolar pelo adoecimento. De acordo com dados recentes de morbimortalidade de profissionais de enfermagem, o sexo feminino representou 82,76% do total de Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (DALY). Neste grupo, a taxa de Anos de Vida com Incapacidade (YLD) foi 27,5 vezes maior que na população masculina (Silva et al, 2020).

Proteger a equipe de lesões causadas pelos EPIs também deve ser uma prioridade. Nas áreas de coorte profissionais permanecem até 12 ou 24h paramentados com máscaras e protetores que geram pressão sobre a face sendo necessário o fornecimento e treinamento da equipe para o preparo da pele e uso de tecnologias de proteção. O uso de aventais em áreas de coorte dificultam a saída do setor para necessidades básicas como se hidratar e urinar, devendo haver planejamento de horários para que estas necessidades sejam atendidas com uma frequência saudável.

Talvez se a demanda de recursos humanos na enfermagem fosse adequada, pensar em turnos menores de trabalho, mitigaria as incidências de contaminação bem como a sobrecarga de trabalho e a possibilidade de atender as necessidades humanas básicas destes profissionais, destacando a alimentação, não ficarem muito tempo por conta dos EPIS sem condições de realizarem suas necessidades vesico-intestinais, enfim se sentirem reconhecidos e acolhidos não só agora pelo momento da Pandemia, mas porque são sim, imprescindíveis e fundamentais profissionais da área da saúde que precisam ser valorizados.

Cabe a nós, lideranças de UTI tentar otimizar o máximo possível os recursos materiais, inclusive EPIs, propiciar treinamento, afastar profissionais considerados grupos de riscos da assistência direta, readequando funções, solicitar a alta gestão testagens entre os profissionais de saúde, organizar fluxos, novas rotinas, propiciando melhores condições de trabalho possíveis à equipe de enfermagem que atua de forma muito exposta e susceptível a carga viral.

Categoria temática 7: lidar com incertezas.

Mediante doença nova, sem medicações e certezas de cura, a equipe de enfermagem vivencia medos e inseguranças, num cenário de constantes mudanças, precisando haver uma preocupação por parte dos gestores de enfermagem em lidar com as incertezas.

Todo planejamento de ações deve ser reavaliado constantemente tendo em vista o cuidado ao paciente com COVID-19 ser uma experiência nova que, embora existam referências de outros países, a velocidade de novas informações disponibilizadas torna as verdades de hoje ultrapassadas amanhã.

Apesar da urgência por evidências científicas que subsidiem a prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento de pacientes infectados pelo coronavírus, profissionais de saúde e até gestores ainda baseiam muitas de suas condutas em resultados de estudos de baixa qualidade ou mesmo opiniões pessoais. Há a necessidade de ampliação de resultados de estudos clínicos de qualidade, que gerem evidências robustas, que possam garantir a implementação de um cuidado seguro e efetivo.

As adaptações de recomendações e diretrizes à realidade de cada instituição também faz com que exemplos não sejam generalizáveis. Fatores fora da governabilidade da liderança local como a compra e entrega de materiais e equipamentos, contratação de pessoal e demanda de pacientes por leitos escassos são incertezas que farão parte do gerenciamento de uma unidade em tempos de crise.

Mediante tantas incertezas percebemos a real importância do trabalho em equipe multiprofissional, a intersetorialidade e o apoio das lideranças, a fim de que compartilhando experiências, conhecimentos e decisões possamos ser corresponsáveis pelos erros e acertos advindos da tentativa de proporcionar a melhor assistência possível aos pacientes críticos.

#### **4. Considerações Finais**

A liderança de enfermagem é responsável por gerenciar os cuidados de enfermagem aos pacientes na terapia intensiva, portanto as implementações e avaliações destas, de forma sistemática é extremamente necessária, utilizando ferramentas gerenciais e monitorando os processos para as tomadas de decisões.

No que tange a pandemia do coronavírus, é preciso pensar na diáde do cuidado e segurança ao paciente hospitalizado e também ao profissional que cuida, tendo em vista o grau de transmissibilidade do Sars-Cov-2, ainda sem medicação efetiva, com sua evolução clínica surpreendendo a todos, e com letalidade crescendo na curva epidemiológica.

Líderes de enfermagem são peças fundamentais de interlocução na gestão e cuidado direto ao paciente e ao profissional que cuida. Neste contexto, apresentamos sete desafios que foram vivenciados pela liderança de enfermagem de uma UTI oncológica e acreditamos que essas experiências poderão ser úteis à quem estiver se deparando com cenários semelhantes durante a adaptação do serviço ao atendimento ao COVID-19: disponibilização de leitos, treinamento da equipe, aquisição de equipamentos e insumos, organização de fluxos, reorganização de escala devido aumento do absenteísmo, apoio aos profissionais da assistência, lidar com incertezas.

Espera-se que a experiência apresentada neste estudo possa suscitar novas pesquisas trazendo informações para esta nova temática, complexa e ainda tão desafiadora do coronavírus, servindo de embasamento para novos líderes de enfermagem em terapia intensiva, que possam melhorar o atendimento, diminuir riscos de contaminação, subsidiando processos de trabalho seguros de forma a trazer satisfação e benefícios a todos.

## Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2020). Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. Brasília. Recuperado de:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>

Associação de Medicina Intensiva Brasileira. (2020). Comunicado da AMIB sobre o avanço da COVID 19 e necessidade de leitos em UTIs no futuro. São Paulo. Recuperado de: <http://www.somiti.org.br/arquivos/site/comunicacao/noticias/2020/covid-19/comunicado-da-amib-sobre-o-avanco-do-covid-19-e-a-necessidade-de-leitos-em-utis-no-futuro.pdf> visto em 09/05/2020

Barbosa, D. J., Gomes, M. P., Souza, F. B. A., & Gomes, A. M. T. (2020). Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID 19. Comunicação em Ciências da Saúde. 31(1), 31-47. Recuperado de:

<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/651/291>

Brasil. (2020). Ministério da Saúde. Diretrizes para diagnóstico e tratamento da covid-19. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2020). Ministério da Saúde. Oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) para tratamento de pacientes com COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde.

Camacho, A. C. L. F., Joaquim, F. L., & Menezes, H. F. A tutoria na educação à distância em tempos de COVID-19: orientações relevantes. Research, Society and Development, 9(5), e30953151.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais. (2015). Recuperado em 19 de maio, de 2020 <https://www.conasems.org.br/reconhecer-a-importancia-do-sus-e-o-primeiro-passo-contr-a-pandemia-defendaosus/>

Crispim, D., Silva, M. J. P., Cedotti, W., Câmara, M, Gomes, S. A. Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia. Recuperado de: [http://www.sbph.org.br/site/images/2020/2020\\_coronavirus/visitas%20virtuais.pdf](http://www.sbph.org.br/site/images/2020/2020_coronavirus/visitas%20virtuais.pdf)

Duarte, D. B., Coelho, L. J., & Nascimento, G. L. (2020). Atualidades da farmacoterapia da COVID-19. *Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*. 7(Especial 3), 81-89. Recuperado de: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/8983>

Instituto Nacional do Câncer. (2020). Como o paciente com câncer deve agir no dia do tratamento durante a pandemia de coronavírus (COVID-19)? Recuperado em 15 de maio de 2020 de: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/como-o-paciente-com-cancer-deve-agir-no-dia-do-tratamento-durante-pandemia-de>

Lucchini, A., Giani, M., Elli, S., Villa, S., Rona, R., & Foti, G. (2020). Nursing Activities Score is increased in COVID-19 patients. *Intensive & Critical Care Nursing* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102876>. Recuperado em 16 de maio de 2020 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177066/pdf/main.pdf>

Minayo, M. C. S. (2103). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Ribeiro, R. A., Neyeloff, J. R., Itria, A., Santos, V. C. C., Vianna, C. M. M., Silva, E. N., Elias, F. T. S., Wichmann, R. M., Souza, K. M., Cruz, L. N. & Da Silva, A. L. F. A. (2016). Diretriz metodológica para estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde no Brasil. *J Bras Econ Saude*. 8(3), 174-184. Recuperado de: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/02/831844/jbes83-ao1-diretriz-metodologica-para-estudos-de-avaliacao.pdf>

Silva, C. R. L., Machado, D. A., Peregrino, A. A. F., Marta, C. B., Pestana, L. C., Pessanha, C. M., Vianna, E., C. C. & Meireles, I. B. Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY) entre profissionais de enfermagem por infecção por COVID-19 no Brasil. *Comunicação em Ciências da Saúde*. Recuperado de: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/414/version/424>

Valle, T., D; & Garcia, P., C. (2018). Critérios de admissão do paciente oncológico em unidades de terapia intensiva de hospitais gerais. Rev. Ciênc. Méd. 2018; 27(2), 73-84. Recuperado de <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/4121/2758>

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Alessandra Dutkus Saurusaitis – 30%

Rosana Fidelis Coelho Vieira – 20%

Antonio Augusto de Freitas Peregrino – 15%

Fatima Helena do Espirito Santo – 15%

Viviane Rocha Feijó Pereira – 10%

Roberto Carlos Lyra da Silva – 10%