



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -EAD/FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Alessandra das Indias dos Santos Carvalho

PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO E ACOLHIMENTO AO FAMILIAR DO PACIENTE
INTERNADO POR COVID-19 NO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

Rio de Janeiro
2020

Alessandra das Indias dos Santos Carvalho

[Digite aqui]

[Digite aqui]

PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO E ACOLHIMENTO AO FAMILIAR DO PACIENTE
INTERNADO POR COVID-19 NO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
– EAD/ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Orientadora: Doutora Helena Seidl

Rio de Janeiro
2020

Alessandra das Indias dos Santos Carvalho

[Digite aqui]

[Digite aqui]

PROCOLO DE COMUNICAÇÃO E ACOLHIMENTO AO FAMILIAR DO PACIENTE
INTERNADO POR COVID-19 NO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCO EXAMINADORA

Nome, Instituição

Nome, Instituição

Nome, Instituição

[Digite aqui]

[Digite aqui]

Dedicatória

Dedico este trabalho a “minha mãe postiça”, Ivette, e a todos os outros pacientes que também partiram, sem a possibilidade de um último abraço.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus por ter me permitido chegar até aqui com saúde e com a mesma motivação de vinte e três anos atrás, quando me formei pela Escola de Enfermagem Anna Nery.

Agradeço a minha família, por compreender os momentos de ausência em virtude da dedicação ao trabalho e aos estudos e, principalmente, pelo apoio incondicional e pelas palavras de carinho e encorajamento.

A minha orientadora Helena Seidl agradeço pelas orientações seguras e principalmente por sua paciência.

Aos meus amigos do trabalho e de curso, companheiros de jornada, sou imensamente grata, pela disponibilidade em me auxiliar e pelo incentivo, tão importantes, quando o cansaço teimava em persistir.

Ao meu chefe por compreender a importância do tempo destinado ao estudo e por construir um ambiente de trabalho pautado na cooperação e no respeito mútuo, que tanto contribuíram para o desenvolvimento desse trabalho.

Agradeço ainda, a esta secular Instituição e a sua brilhante equipe.

E por último, agradeço a Marinha do Brasil pela oportunidade de realizar este curso, prova do valor que dá ao aperfeiçoamento de seu pessoal.

RESUMO

Com a declaração da pandemia pela COVID-19 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020 e a adoção das medidas sanitárias de barreira, os hospitais tiveram que rever várias rotinas, dentre elas a de visitação e de permanência de acompanhantes que foram suspensas, como forma de reduzir a velocidade de transmissão da doença. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo propor um protocolo de comunicação e acolhimento aos familiares dos pacientes internados por COVID-19, no Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), visando mitigar os problemas relacionados ao isolamento hospitalar. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa e do ponto de vista de seus objetivos, se traduz como uma pesquisa exploratória e também como descritiva. A partir da realização das ações propostas na Matriz de Programação, espera-se melhorar o acolhimento e a comunicação com os familiares dos pacientes internados por COVID-19 e promover a manutenção do contato entre os envolvidos no processo de hospitalização por meio de visitas virtuais.

Palavras-chave: COVID-19; Acolhimento; Comunicação com a família; Protocolos de Visitas.

LISTA DE SIGLAS

EPI – Equipamento de Proteção Individual

HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias

MB – Marinha do Brasil

OM – Organização Militar

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

PIN – Prontuário Informatizado

SSM – Sistema de Saúde da Marinha

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1.	
OBJETIVOS	2
1.1.1. Objetivo Geral.....	2
1.1.2. Objetivo Específico.....	2
1.2.	
JUSTIFICAVA.....	2
1.3. METODOLOGIA.....	
3	
1.3.1.Tipo de Pesquisa.....	3
1.3.2. Universo da Pesquisa.....	3
1.3.2. Procedimento Amostral, Coleta e Análise dos dados.....	4
2. REFERENCIAL TEÓRICO	5
2.1. A PANDEMIA POR COVID-19.....	5
2.2. OS IMPACTOS DA PANDEMIA EM UNIDADES HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.....	6
2.3. OS IMPACTOS DA PANDEMIA PARA O PACIENTE E SEUS FAMILIARES.....	8
2.4. A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO.....	10
2.5. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	11
3. O PROJETO DE INTERVENÇÃO	13
3.1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	13
3.2. EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	14

3.3. PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	16
3.4. GESTÃO DO PROJETO.....	20
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
APÊNDICE.....	26
.	
APÊNDICE A: Protocolo de Comunicação e Acolhimento ao Familiar do Paciente Internado por COVID-19 no Hospital Naval Marcílio Dias.....	26
ANEXOS.....	34
ANEXO A: Ficha de Informações sobre pacientes internados – COVID 19 no Hospital Naval Marcílio Dias.....	34
ANEXO B: Cartaz (tamanho A3) de Orientações Gerais sobre Internações por COVID-19 no Hospital Naval Marcílio Dias.....	36
ANEXO C: Informativo de Orientações Gerais sobre Internações por COVID-19 no Hospital Naval Marcílio Dias.....	37

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, na China, surgiu uma nova variante do coronavírus, o SARS-CoV-2, que foi inicialmente descrito como uma pneumonia de agente desconhecido. A pandemia de COVID-19 parece ter sido iniciada na cidade chinesa de Wuhan, província de Hubei. (WANG et al, 2020) e devido a sua transmissão assustadoramente rápida para outros países, foi declarada Emergência de Saúde Global em 30 de janeiro de 2020, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Isso ocorreu apenas um mês após o primeiro caso relatado em 31 de dezembro de 2019, e em 11 de março, a OMS declarou a COVID-19 como pandemia (WHO, 2020). Até o final de julho do ano corrente, o SARS-CoV-2 chegou aos cinco continentes e infectou 17.106.007 pessoas, resultando em 668.910 mortes em todo mundo (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2020).

No seu auge, a pandemia do novo Coronavírus impôs aos profissionais de saúde enormes desafios como lidar com uma doença desconhecida, com grande transmissibilidade e, conseqüentemente, com um aumento expressivo do número de pacientes atendidos, muitos internados em unidades de terapia intensiva.

Esse cenário impactou na necessidade de uma reestruturação, em tempo recorde, das unidades de saúde e de várias alterações em suas rotinas de trabalho, visando cumprir as orientações das autoridades sanitárias de manutenção do distanciamento social, de rigorosa rotina de limpeza e desinfecção das mãos, bem como do ambiente hospitalar, além da adoção de precauções de isolamento e uso contínuo de equipamentos de proteção individual (EPI).

Dentre as medidas adotadas para cumprimento das orientações, encontra-se a revisão da rotina de visita aos pacientes internados, o que acarretou, no Hospital Naval Marcílio Dias, na suspensão do direito a acompanhante e visitantes para os casos de pacientes adultos internados por COVID-19; além da redução do período de visitação, do número de visitantes e do rodízio de acompanhantes hospitalares de pacientes internados por outras causas. Tais mudanças na rotina, especificamente para os casos de pacientes internados por COVID-19, gerou um aumento de queixas de familiares por ausência de informações e conseqüentemente demandou a criação de uma rede de suporte tanto para esses familiares quanto para os próprios pacientes hospitalizados.

1.2 OBJETIVOS

Sendo assim, esse trabalho de conclusão de curso tem como objetivos:

1.1.1. Objetivo Geral:

Propor um protocolo de comunicação e acolhimento aos familiares dos pacientes internados por COVID-19, no Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), visando mitigar os problemas relacionados ao isolamento hospitalar.

1.1.2. Objetivos Específicos:

- a) Analisar os problemas que contribuíram para a ocorrência de falhas de comunicação com os familiares dos pacientes internados por COVID-19 no local de estudo;
- b) Delinear estratégias de atuação entre os setores envolvidos no atendimento dos pacientes internados com COVID-19;
- c) Revisar fluxos, processos e normas relacionados ao tema no HNMD;
- d) Elaborar Matriz de Programação das Ações para subsidiar o novo protocolo.

1.2 JUSTIFICATIVA

Nos primeiros momentos de enfrentamento ao SARS-CoV-2, os hospitais precisaram adequar várias rotinas. Dentre as novas normas implementadas encontra-se a suspensão de visitas aos pacientes internados por COVID-19. Nesse período crítico, como todos os esforços estavam voltados para o cumprimento das regras de distanciamento social, de isolamento dos casos suspeitos ou confirmados e principalmente para o tratamento adequado dos pacientes, o acolhimento e a comunicação com os familiares permaneceram em segundo plano.

No Hospital Naval Marcílio Dias, na tentativa de reduzir a sobrecarga dos profissionais da linha de frente e minimizar os impactos causados pela referida quebra do fluxo de comunicação com a família, foi criada uma equipe composta majoritariamente por assistentes sociais. Essa equipe passou a ser responsável por fazer contato diário com o cuidador principal do paciente para dar informações sobre a sua condição clínica.

Mesmo diante de tal medida, foram registradas queixas no Serviço de Ouvidoria por ausência de notícias de um familiar internado, além de solicitações de contato com a equipe médica para obtenção de maiores esclarecimentos. Outrossim, apesar das recomendações para que os familiares permanecessem em casa, foi percebido um aumento do número de comparecimentos ao Serviço de Assistência Social do hospital, em busca de pertences dos pacientes ou informações mais detalhadas. Tais observações apontaram para a necessidade de sistematizar a rotina de acolhimento e comunicação com esses familiares.

1.3. METODOLOGIA

1.3.1. Tipo de pesquisa

Quanto à área da ciência, este projeto se configura como uma pesquisa empírica, pois se dedicará a codificar a face mensurável da realidade social (DEMO, 2000). Quanto à sua natureza, se configura como uma pesquisa aplicada, porque pode gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução do problema abordado. Sua forma de abordagem será qualitativa e se delineará prospectivamente. (PRODANOV & FREITAS, 2013).

Do ponto de vista de seus objetivos, conforme Gil (2002), se traduz como uma pesquisa exploratória, por tentar traçar maior familiaridade com o problema e também como descritiva, pela utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

1.3.2. Universo de pesquisa

O universo do estudo será constituído pelo Hospital Naval Marcílio Dias, instituição hospitalar localizado no município do Rio de Janeiro pertencente ao Sistema de Saúde da Marinha (SSM).

Trata-se de um hospital geral de grande porte da Marinha do Brasil (MB), voltado para a assistência em saúde nos níveis de alta e média complexidade, que atua nas áreas de Assistência em Saúde, Ensino em Saúde e Pesquisa Biomédica.

Sua inserção parte do nível local (no âmbito do 1º Distrito Naval – Rio de Janeiro, Espírito Santo e parte de Minas Gerais), para atingir o nível nacional (assistência prestada a usuários do SSM oriundos de outras regiões do país/ Distritos Navais). O HNMD é referência

nacional em medicina hiperbárica e, latino-americana, no tratamento ao paciente radioacidentado, destacando-se, também, na formação de profissionais de saúde. Seus usuários são os militares da MB (da ativa e da reserva remunerada), pensionistas e seus dependentes.

Conforme informações contidas no site do HNMD¹, a população de servidores contabiliza cerca de 3.800 profissionais, dentre militares de carreira, militares temporários, contratados e terceirizados e sua infraestrutura é composta por: 54 clínicas, 618 leitos, 11 salas no centro cirúrgico, 3 salas no centro cirúrgico ambulatorial, 4 salas no centro obstétrico, 101 consultórios médicos, 4 consultórios odontológicos e 45 salas de procedimentos.

1.3.3 Procedimento Amostral, Coleta e Análise dos dados

Para analisar os problemas que contribuíram para a ocorrência de falhas de comunicação com os familiares dos pacientes internados por COVID-19 no HNMD foram levantadas as ocorrências de reclamação/sugestões no Serviço de Ouvidoria da própria Instituição. Além disso, a pesquisadora visitou os setores para reconhecer as vulnerabilidades referentes ao tema *in loco*.

Para delinear estratégias de atuação foi promovida uma reunião com os representantes dos setores envolvidos no atendimento dos pacientes internados com COVID-19. A reunião foi dividida em duas etapas: (1) apresentação e discussão dos problemas identificados no objetivo específico 1 e (2) utilização da técnica *Brainstorming* para discussão dos novos fluxos, padronização dos processos, da sistematização das medidas essenciais e complementares (estruturais, organizacionais e funcionais).

Os fluxos, processos e normas relacionados ao tema do HNMD foram revisados de acordo com os resultados gerados nos objetivos específicos a e b.

¹ HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS. Página Inicial, Características Gerais. Disponível em: < <https://www.marinha.mil.br/hnmd/> > Acesso em: 20 de jun. de 2020.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A pandemia por COVID-19

O ano de 2020 teve início com a notícia de um surto de uma doença respiratória causada pela variação do coronavírus. Trata-se de um vírus isolado pela primeira vez em 1937 e que em 1965, foi descrito como coronavírus, em virtude de sua semelhança com uma coroa, à microscopia. Nesta mesma década, os primeiros coronavírus que infectaram seres humanos foram descobertos, sendo os mais comuns o alpha coronavírus (229E e NL63) e o beta coronavírus (OC43 e o HKU1).

O agente etiológico da doença conhecida como COVID-19 é o SARS-CoV 2, e o primeiro caso foi reportado em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China. De acordo com o Ministério da Saúde (2020) o SARS-Cov 2 é:

um RNA vírus da ordem Nidovirales da família Coronaviridae. Os vírus da SARS-CoV, MERS-CoV e 2019-nCoV são da subfamília Betacoronavirus que infectam somente mamíferos; são altamente patogênicos e responsáveis por causar síndrome respiratória e gastrointestinal. Além desses três, há outros quatro tipos de coronavírus que podem induzir doença no trato respiratório superior e, eventualmente inferior, em pacientes imunodeprimidos, bem como afetar especialmente crianças, pacientes com comorbidades, jovens e idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, p.9).

O rápido aumento do número de casos de infecção pelo SARS-CoV 2, fez com que em 30 de janeiro de 2020, fosse declarada pela OMS, Situação de Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional. Na ocasião, havia casos em 19 países, com transmissão entre humanos na China, Alemanha, Japão, Vietnã e Estados Unidos da América. No Brasil, o primeiro caso foi registrado em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo, e todo país entrou em alerta.

“A propagação dos casos para outras áreas geográficas foi muito acelerada devido à globalização e à falta de conhecimento para adoção de medidas restritivas para os viajantes”(OLIVEIRA, et al 2020, p.3), o que culminou com a declaração de pandemia pela OMS em 11 de março de 2020.

No dia seguinte, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 356/3020² que prevê medidas de isolamento para a separação de pessoas sintomáticas ou assintomáticas, em

² IMPRENSA NACIONAL. Serviços. Diário Oficial da União. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/>> Acesso em: 25 de ago. de 2020.

investigação clínica laboratorial. O objetivo da medida era evitar a propagação da infecção e a transmissão local.

Na mesma semana, no Rio de Janeiro, o governo do Estado assinou o decreto nº 46.970³ de 13 de março de 2020, suspendendo temporariamente diversas atividades coletivas, como aulas presenciais, shows, funcionamento de teatros e cinemas, bem como as visitas a pacientes internados por COVID-19, seja na rede pública de saúde ou privada, medida que já vinha sendo adotada por alguns hospitais de forma a resguardar a saúde dos pacientes e dos profissionais envolvidos na assistência.

2.2. Os impactos da pandemia em unidades hospitalares de média e alta complexidade

declaração da pandemia por COVID-19 demandou aos gestores e profissionais de saúde enormes esforços e gerou muitas incertezas. Uma doença de evolução e tratamento desconhecidos, com grande capacidade de transmissão que impôs um maior consumo de EPI e ocasionou a necessidade de uma rápida reestruturação dos serviços, de forma a cumprir as normas sanitárias estabelecidas de distanciamento social e isolamento dos casos suspeitos e confirmados.

Além da adequação das unidades e do maior consumo de insumos, o agravamento dos casos impactou em aumento da demanda por leitos tanto gerais quanto de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e conseqüentemente na aquisição de todo o aparato tecnológico (respiradores, bombas e monitores), que envolve uma internação em leito de unidade crítica. Sobre isso, Campos e Canabrava (2020) relatam que:

A cada leito necessário para atendimento à COVID-19 são também exigidos novos fluxos de organização de acesso, novos equipamentos, especialmente ventiladores mecânicos, uma rede elétrica e de gases capaz de suportar essa sobrecarga, insumos em quantidade e qualidade adequadas e, sobretudo, força de trabalho capacitada para atender ao crescente número de casos complexos e muito graves. (CAMPOS E CANABRAVA, 2020, p 2)

Em relação a esse problema, estudos foram publicados fazendo prospecções sobre o risco de colapso do sistema de saúde, caso a velocidade de propagação da doença não fosse controlada. Noronha, et al (2020) ao analisar a demanda e a oferta de leitos hospitalares e de equipamentos de ventilação assistida, segundo diferentes cenários no Brasil, corrobora ao afirmar que conter a propagação seria “fundamental para aliviar a pressão sobre o sistema de saúde e permitiria um tempo maior para a reorganização da oferta”.

³ PROCURADORIA REGIONAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Legislação COVID-19. Legislação Estadual. Decretos. Disponível em: < <https://pge.rj.gov.br/> Acesso em: 25 de ago. de 2020.

Paralelamente, a disputa pela compra de EPI e aparelhos, como respiradores artificiais, tornou-se mundial, fazendo com que os preços disparassem e houvesse redução de sua oferta. Sendo assim, foram necessárias ações rápidas para garantir o suprimento do país. Uma das medidas foi a aprovação pelo Senado Federal do Decreto nº 6 de 20 de março de 2020⁴, reconhecendo a ocorrência de estado de calamidade pública. Tal medida tinha como objetivo reduzir a burocracia e permitir uma importação mais célere dos materiais necessários. Com o avanço da doença, em maio foi promulgada, pelo Congresso Nacional, a Emenda Constitucional nº 106, de 2020, decorrente da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 10/2020, do Governo Federal, que institui o chamado Orçamento de Guerra, visando facilitar os gastos no combate a COVID-19. Em relação a PEC, Dias (2020), citado por Maranhão e Senhoras, complementa ao afirmar que:

cria um regime extraordinário para facilitar a execução orçamentária de medidas emergenciais, afastando dispositivos constitucionais e legais aplicados em situações de normalidade. Desta forma, possibilitará com maior agilidade à execução de despesas com pessoal, obras, serviços e compras do Poder Executivo durante o estado de calamidade pública (MARANHÃO; SENHORAS, 2020, p 114).

Enquanto isso, dentro dos hospitais outras batalhas eram enfrentadas. A falta de protocolos de tratamento, ocasionou um enorme esforço da ciência para identificação de esquemas de prevenção e terapêutica eficazes e seguros e uma corrida para produção de vacinas. E na linha de frente, os profissionais de saúde também sofriam grande pressão por outros fatores. A incerteza sobre a melhor conduta terapêutica a ser adotada, por tratar-se de uma doença desconhecida, gerou angústia e sofrimento. E a grande velocidade de publicações relacionados ao tema, obrigou os profissionais a fazerem revisões constantes de seus protocolos, o que exigiu horas de estudo no pouco tempo restante que deveria ser destinado ao descanso.

O adoecimento e morte de pessoas próximas e de membros das equipes, aguçou o medo de contrair a enfermidade e de transmiti-la aos familiares, aumentando a sobrecarga de trabalho e o estresse dos profissionais. Adicionalmente, a indicação de afastamento do trabalho dos profissionais idosos ou com doenças crônicas contribuiu para aumento dessa sobrecarga. “Durante surtos e pandemias, é comum que profissionais de saúde trabalhem muitas horas, sem pausas e sob grande pressão, levando-os a fadiga e exaustão” (HELIOTERIO et al, 2020, p.3). Porém, nesses casos, o nível de atenção e a capacidade de trocas, tão necessários durante a assistência ao paciente, principalmente daqueles internados em UTI, ficam comprometidos, aumentando o afastamento emocional e os riscos de falhas.

⁴ PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Página Inicial, Legislação. Legislação COVID-19. Disponível em < <http://www.planalto.gov.br/>> Acesso em: 28 de ago. de 2020.

Aliado a tudo isso, o uso constante de equipamentos de proteção individual ocasionou registros de lesões de pele por pressão, reações alérgicas e maceração por suor excessivo e evidentemente aumento do desgaste físico e psíquico, além de um maior distanciamento dos pacientes atendidos.

Todos esses fatores, inseridos na nova realidade de distanciamento social, que impactou negativamente na rede de suporte familiar e de colaboradores que apoiavam esses profissionais em sua rotina, contribuíram para um grande esgotamento físico e emocional dos trabalhadores da saúde.

Portugal et al citando o artigo publicado na *The Lancet* (2020), sintetiza tal situação ao afirmar:

(...), enquanto o mundo se recolhe, existem aqueles que encaram diariamente o novo “inimigo” neste combate. São os profissionais de saúde que vão para os hospitais e se colocam na linha de frente no enfrentamento da COVID-19, arriscando suas vidas e vivenciando situações adversas que vão desde desgastes físicos às altas cargas de trabalho, até desgastes psicológicos em decorrência do medo de adquirir a doença, além de lidar com a perda de pacientes e colegas de profissão (PORTUGAL, et al, 2020, p.3)

2.3. Os impactos da pandemia para o paciente e seus familiares

As medidas de barreira, visando reduzir a disseminação do vírus, como o distanciamento social e o isolamento hospitalar dos pacientes, a suspensão das visitas e do direito ao acompanhante, bem como a assistência contínua sob uso de EPI, contribuíram para que os pacientes experimentassem um sentimento de solidão e uma sensação de despersonalização (CRISPIM, et al, 2020). Essa despersonalização se dá, porque diante de uma hospitalização, muitas vezes por período prolongado, o paciente sofre um doloroso processo de quebra de sua identidade, onde no ambiente desconhecido e impessoal do hospital e frente a uma rotina intensiva de cuidados, deixa de ter um nome e passa a ser apenas um leito, uma doença. De acordo com Casanova & Lopes (2020):

A própria internação hospitalar por si só, já é desencadeadora de ansiedade e estresse. Estas reações podem potencializar o quadro clínico instalado, agravando o prognóstico e dificultando ou impedindo que o plano terapêutico adotado tenha sucesso" (CASANOVA; LOPES, 2020, p.832).

Tais sentimentos vivenciados pelos pacientes, foram intensificados pela experiência de uma internação com risco de agravamento, sem uma certeza de melhora e longe de seus familiares.

A importância da manutenção do vínculo com o familiar durante o período de internação é descrito por Fontes et al (2020):

Quando um familiar visita um paciente doente internado, criam-se mecanismos de apoio social e individual que são benéficos para ambos os indivíduos. Diante da nova pandemia, o estabelecimento de barreiras físicas, o isolamento mandatório e a interrupção da conexão com os entes queridos antes, durante e após o momento de despedida são fatores importantes a serem mencionados." (FONTES et al, 2020, p.31)

Para Prochnow et al (2020), a presença de uma acompanhante representa o contato com o mundo exterior confirmando ao paciente sua própria existência e garantindo o elo com sua rede social, o que lhe proporciona maior apoio emocional e segurança.

Por outro lado, temos as famílias e amigos dos pacientes internados, que alijados do contato físico em virtude das medidas de isolamento impostas pela doença, tiveram que passar seus dias na expectativa de uma ligação telefônica para receber notícias. De acordo com Gil e Bertuzzi (2006):

normalmente esses momentos de espera e indefinição tornam-se carregados de ansiedade e medos, pois a doença traz em si um aspecto significativo na dinâmica psíquica: a dissolução da fantasia de imortalidade e o desmoronamento da onipotência do homem com relação ao controle de seu estado de saúde. (GIL; BERTUZZI, 2006, p.49).

A internação de um familiar por uma doença desconhecida, repleta de incertezas inclusive sobre o seu prognóstico e a possibilidade da morte sem a chance de uma despedida, pode gerar ainda, em muitas famílias, forte ansiedade e sensação de luto antecipatório (WALLACE et al, 2020).

Utilizado pela primeira vez em 1944, o termo “luto antecipatório”, foi definido como uma reação de pesar genuína em pessoas que não estão enlutadas pela morte em si, mas pela experiência de uma separação onde há a ameaça de morte. Inicialmente foi contextualizado como característico das esposas dos soldados que iam para a guerra, como fenômeno adaptativo para a experiência de separação física, e da perspectiva deles morrerem na batalha (SANTOS, et al, 2017).

De acordo com o mesmo autor, a partir disso, o fenômeno passou a ser estudado nas pessoas com doenças crônicas e terminais. Nesses casos, a vivência do luto antecipatório provê tempo para que os membros da família possam internalizar a realidade de uma perda iminente. Desta forma, é possível para cada indivíduo finalizar situações incompletas com a pessoa que está

por morrer, seja no nível subjetivo - dizendo adeus, perdendo, pedindo perdão ou falando sobre seus sentimentos - ou no nível concreto – através de situações cotidianas, administrativas ou econômicas. Sendo assim, o luto antecipatório aumenta e cria facilitadores para o enfrentamento da perda com maior resiliência.

No caso da COVID-19, a falta de contato entre o paciente e seus familiares inviabiliza que a vivência do luto antecipatório seja favorecida por esse tempo para reajustamento e aceitação. Dependendo da evolução e da gravidade do caso, as oportunidades de estar junto do seu ente querido e participar do seu processo de adoecimento, e em alguns casos, até mesmo de sua morte, terminam no momento em que ele cruza a porta da emergência e é internado em precauções de isolamento.

Em caso de falecimento, tal fato pode ocasionar dificuldades para vivenciar o luto, levando ao chamado transtorno do “luto complicado ou prologado”, que é uma adaptação psicológica inadequada à perda de um ente querido. É caracterizado por pensamentos negativos, ruminativos e persistentes devido a uma incapacidade de aceitar a morte. Soma-se a essa questão, a impossibilidade de realização dos eventos e rituais de despedida, como o velório, por exemplo. O luto, apesar de ser um processo fisiológico que abrange vários aspectos da dimensão humana, necessita da realização desses eventos simbólicos para marcar a transição, a passagem, e que são importantes para amenizar a sensação de perda e para auxiliar na sua superação. (FONTES, et al, 2020). O mesmo autor, citando Engelke (2019) e Varsico (2011), complementa dizendo que:

“no contexto social, apregoa-se que os rituais de morte, também denominados costumes mortuários, carregam em si a finalidade comunitária de homenagear, de honrar o corpo do falecido e de superar a morte, dando um significado de continuidade (p.307).

2.4 A importância do acolhimento

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH - HumanizaSUS). A PNH existe desde 2003, para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (Ministério da Saúde, 2010). De acordo com Prochnow, et al (2009), o acolhimento expressa:

uma ação de aproximação, de relação com o usuário que procura os serviços de saúde, a qual não se restringe apenas ao ato de receber, mas se constitui em uma

seqüência de atos e modos que compõem as metodologias dos processos de trabalho em saúde em qualquer nível de atenção. (PROCHNOW, et al, 2009, p. 12)

Para o Ministério da Saúde (2010), o acolhimento implica em responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário em todos os momentos da assistência, desde sua entrada até a sua saída da unidade, por meio de uma escuta qualificada, que permita analisar a demanda, garantindo uma atenção integral, resolutiva e responsável não só por meio da articulação das redes internas dos serviços, mas também externas, para continuidade da assistência, quando for necessário. Pela política de humanização, o acolhimento favorece também, a colocação de limites, estimular a autonomia e o protagonismo do ser humano e dos coletivos assistidos e a corresponsabilização dessas pessoas nos processos de gestão e atenção.

A Diretoria de Saúde da Marinha, também instituiu uma Política de Humanização no seu Sistema de Saúde aos mesmos moldes do Ministério da Saúde, reiterando seu compromisso com a humanização, em todas as suas instâncias, programas e projetos e tendo o atendimento acolhedor, como uma das suas metas.

No hospital o acolhimento adquire um caráter especial, pois a hospitalização ocorre mediante a necessidade de terapêutica e cuidados mais complexos, o que torna o usuário mais vulnerável tanto a nível físico quanto emocional (PROCHNOW, et al, 2009). Porém, apesar dos esforços das instituições de saúde, em momentos de crise, há tendência de ser priorizada a busca pela cura dos pacientes, por salvar o máximo de vidas. Dessa forma, nos primeiros momentos da pandemia, o acolhimento ficou relegado para um segundo plano.

Aos poucos, várias iniciativas e projetos foram sendo desenvolvidos pelos hospitais de maneira a viabilizar um atendimento mais humanizado, pautado no acolhimento e em novas maneiras de promover a comunicação que foi quebrada pelas regras de distanciamento social e de isolamento dos pacientes. Segundo Crispim, et al (2020):

no manejo das situações de crise, devemos considerar o enorme potencial de sofrimento dos diversos personagens envolvidos, desde pacientes e familiares, até profissionais e líderes do sistema de saúde, e pautar a comunicação com vistas a prevenir e antecipar eventos, além de reduzir danos dos eventos já instalados (Crispim, et al, 2020, p.8)

2.5 Comunicação em Saúde

De acordo com Coriolano-Marinus, et al (2004, p.1.357), citando Firmino e Carvalho, “a comunicação pode ser entendida como prática social que advém da interação entre seres humanos, expressa por meio da fala (aspecto verbal), escrita, comportamentos gestuais, distância entre os participantes, toque (aspectos não verbais)”.

Já a comunicação em saúde diz respeito ao estudo e a utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde (TEIXEIRA, 2004).

Quando executado de forma adequada, o ato comunicativo atua como um processo de compartilhamento e ajuda entre o trabalhador de saúde e o usuário assistido, de forma a estabelecer um processo de ajuda ao indivíduo e sua família, favorecendo uma relação terapêutica. É caracterizado não por relações de poder, mas por atitudes de sensibilidade,

aceitação e empatia entre os sujeitos, em um universo de significações que envolvem tanto a dimensão verbal quanto a não verbal (Coriolano-Marinus, et al, 2004). Segundo os mesmos autores, dessa forma, a comunicação propicia ao usuário e ao seu cuidador uma maior autonomia, favorece o autocuidado por meio do diálogo e do intercâmbio de saberes, além de uma maior adesão ao tratamento, reduzindo assim, o estresse ocasionado pelo adoecimento e pela internação alterando positivamente o desfecho do cuidado ao paciente. E sintetizam ao afirmar:

(...) a comunicação constitui um instrumento de grande potencialidade para a produção de práticas mais humanizadas entre os trabalhadores de saúde e usuários, sendo necessário superar modelos que reforçam as relações de poder, na perspectiva do compartilhamento, ajuda e interação. Cabe destacar a responsabilidade do profissional em estabelecer uma comunicação terapêutica e dialógica, facilitando a participação tanto de adultos quanto de crianças. (Coriolano-Marinus, et al, 2004, p. 1.363)

E como favorecer uma comunicação terapêutica em momentos de crise, como a que ocorre atualmente com a pandemia do novo coronavírus? Como manter uma comunicação frequente e efetiva com os familiares dos pacientes mesmo diante de tanto estresse, da sobrecarga de trabalho e principalmente respeitando as regras de distanciamento social? Como promover um diálogo afetivo com um paciente sob precauções de isolamento?

Na tentativa de responder a essas questões, vários hospitais buscaram alternativas para manterem o elo entre os pacientes e seus familiares, estreitando a distância, além de preservar o vínculo com a equipe de saúde. Para isso, foi adotado o uso de tecnologias que permitissem o contato virtual por meio de vídeo chamadas ou chamadas de áudio. Os aspectos não verbais da comunicação, também voltaram a ser valorizados. A importância do toque apesar das mãos enluvadas e do sorriso por trás da máscara foram redescobertos como forma de manter um cuidado mais humanizado.

3- O PROJETO DE INTERVENÇÃO

3.1 Descrição da situação-problema

O HNMD é responsável pela assistência de média e alta complexidade dos usuários do SSM, da área do 1º Distrito Naval, o que engloba todos os militares da ativa, reserva e reformados, seus dependentes e pensionistas residentes no Rio de Janeiro, Espírito Santo e parte de Minas Gerais totalizando 352.552 pessoas (MB, 2020a). É também, o único hospital de alta complexidade da MB, sendo portanto, a unidade de referência para atendimentos especializados em todo o território nacional.

Em 2019, o Hospital Naval Marcílio Dias atendeu 387.661 usuários do Sistema de Saúde (MB, 2019a) e os casos de urgência e emergência oriundos das áreas do seu entorno que deram entrada no Serviço de Atendimento de Emergência. A média mensal de atendimentos, no mesmo ano, foi de 32.305 pessoas.

Diante das medidas de distanciamento social, algumas ações foram adotadas para reduzir esse fluxo de usuários e colaboradores pelo hospital, na tentativa de minimizar a propagação da doença. Dessa forma, as consultas e cirurgias eletivas foram suspensas, instituiu-se um rodízio na rotina de trabalho das equipes e o “fique em casa” ecoou em todos os meios de comunicação, inclusive no Saúde Naval⁵.

Com isso, foi possível reestruturar o hospital para um atendimento adequado dos pacientes que chegavam a todo momento com sintomas da doença e proteger os demais usuários que também precisavam de assistência à saúde. Sendo assim, várias adequações foram realizadas, no sentido de otimizar o fluxo de atendimentos, reduzindo a circulação desnecessária dos casos suspeitos e a possível contaminação de outros pacientes. Com o passar dos dias, em virtude do aumento do número de casos, várias unidades foram segregadas para atendimento exclusivo dos pacientes com COVID-19 em cumprimento as normas de isolamento desses pacientes. Antes da pandemia, o hospital dispunha de 54 leitos de UTI, passando a contabilizar no auge da pandemia, 73 leitos para pacientes críticos com COVID-19 e mais 20 leitos para pacientes com outras patologias, significando um acréscimo de 39 leitos (MB, 2020b). Comparando os meses de junho de 2019 e de 2020, foi possível perceber o aumento expressivo de internações em UTI, tendo o hospital registrado nos

⁵ O **Saúde Naval** é um canal de comunicação, uma interface entre o Sistema de **Saúde** da Marinha e os usuários. Como uma grande plataforma, busca informar a **Família Naval** sobre os serviços disponíveis e oferecer conteúdo de prevenção para todos os usuários.

referidos períodos, respectivamente, 288 (MB, 2019b) e 602 (MB, 2020c) internações. Para dar conta desse volume de atendimentos, 270 profissionais entre pessoal da saúde e administrativo foram destacados de outras Organizações Militares (OM) da Marinha para juntarem esforços para o combate a COVID-19.

As dificuldades foram sendo vencidas por meio de muitas reuniões diárias e com o engajamento dos profissionais. Uma das questões que emergiram logo no início da crise, foi a necessidade de repensar a rotina de comunicação com os familiares dos pacientes internados por COVID-19, uma vez que as visitas e a permanência de acompanhantes foram suspensas.

Como forma de solucionar o problema, foi criado um time de comunicação formado majoritariamente por assistentes sociais e algumas profissionais da área médica e de enfermagem que se encontravam em período gestacional. O objetivo era contactar os familiares dos pacientes internados dando informações sobre seu estado clínico, baseadas unicamente no boletim diário emitido pela equipe médica.

Apesar dessa medida, foram identificadas falhas nesse sistema de comunicação com o familiar dos pacientes internados por COVID-19, que se tornou objeto desse trabalho de conclusão de curso.

Com isso, foi formulada a seguinte pergunta: que problemas contribuem para as falhas de comunicação com o familiar dos pacientes internados por COVID-19?

Para responder à pergunta foram coletados alguns dados e identificados três descritores:

1. 10% dos familiares não receberam informações diárias sobre os pacientes internados por COVID-19;
2. 43 queixas registradas no Serviço de Ouvidoria relacionadas a falta de informações sobre um familiar internado por COVID-19, nos primeiros 2 meses de pandemia; e
3. 20% dos familiares solicitam maiores esclarecimentos sobre as condições clínicas dos pacientes internados, após contato telefônico realizado pela assistente social.

3.2 Explicação ou análise do problema:

A partir de reuniões com membros das equipes de saúde envolvidos na assistência ao paciente internado por COVI-19 e visita aos setores, algumas possíveis causas críticas do problema foram identificadas:

- 1) ausência de uma rede de acolhimento no momento da internação dos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19, que permita identificar, orientar e estreitar os laços com o seu cuidador principal;
- 2) time de comunicação com o familiar internado por COVID-19 composto majoritariamente por Assistentes Sociais; e
- 3) ausência de um protocolo de visitas virtuais que permita reduzir a distância entre os pacientes internados e seus familiares.

3.3. Programação das Ações:

Problema a ser enfrentado:	Falhas no sistema de comunicação com os familiares dos pacientes internados por COVID-19
Causa Crítica 01:	Ausência de uma rede de acolhimento no momento da internação dos pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, que permita identificar, orientar e estreitar os laços com o seu cuidador principal.
Causa Crítica 02:	Ausência de um protocolo de visitas virtuais que permita reduzir a distância entre os pacientes internados e seus familiares.
Causa Crítica 03:	Time de comunicação com o familiar internado por COVID-19 composto majoritariamente por Assistentes Sociais.
Descritor 01:	43 reclamações registradas no Serviço de Ouvidoria relacionadas a falta de informações sobre um familiar internado por COVID-19 nos primeiros dois meses
Descritor 02:	10% dos familiares não receberam informações diárias sobre os pacientes internados por COVID-19.
Descritor 03:	20% dos familiares solicitaram maiores esclarecimentos sobre as condições clínicas dos pacientes internados, após contato telefônico pela Assistente Social.

3.4. Matriz de Programação das Ações:

Problema a ser enfrentado (Cont):	Falhas no sistema de comunicação com os familiares dos pacientes internados por COVID-19
Indicador 01:	Percentual de reclamações registradas no Serviço de Ouvidoria relacionadas a falta de informações sobre um familiar internado por COVID-19.
Indicador 02:	Percentual de familiares que recebem informações diárias sobre os pacientes internados por COVID-19.
Indicador 03:	Percentual de familiares que solicitam maiores esclarecimentos sobre as condições clínicas dos pacientes internados, após implantação de um time de comunicação.
Meta 01:	Reduzir em 80% o número de reclamações registradas no Serviço de Ouvidoria relacionada a falta de informação sobre um familiar internado por COVID-19 nos próximos 2 meses.
Meta 02:	
Meta 03:	Reduzir em 80% o número de famílias que solicitam maiores esclarecimentos sobre as condições clínicas dos pacientes internados, após contato telefônico de um membro da equipe de comunicação.
Impacto a ser gerado 01:	Melhoria do acolhimento do familiar do paciente internado por COVID-19.
Impacto a ser gerado 02:	Promoção do contato virtual entre familiares e pacientes internados por COVID-19.
Impacto a ser gerado 03:	Melhoria da comunicação com o familiar do paciente internado por COVID-19.

Causa Crítica 01: Ausência de uma rede de acolhimento no momento da internação dos pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, que permita identificar, orientar e estreitar os laços com o seu cuidador principal.				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
a) Realizar treinamento dos profissionais para formação de uma rede de acolhimento aos familiares de pacientes internados por COVID-19 e reuniões mensais com essa equipe.	Humanos	Equipe de acolhimento treinada	Janeiro de 2020	Enfermeira Civil Mirella
b) Elaborar uma ficha de identificação do paciente internado por COVID-19, relacionando os contatos dos familiares mais próximos e a sua rede de apoio.	Humanos e Financeiros	Ficha elaborada	Maio 2020	CT (T) Ericina e Equipe do Saúde Naval
c) Elaborar uma ficha e cartaz com orientações gerais ao familiar do paciente internado por COVID-19.	Humanos e Financeiros	Ficha e cartaz elaborados	Maio 2020	CF (S) Adriana Fusco e Equipe do Saúde Naval

[Digite aqui]

[Digite aqui]

Causa crítica 02: Ausência de um protocolo de visitas virtuais que permita reduzir a distância entre os pacientes internados e seus familiares.				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
a) Elaborar um Protocolo de Comunicação e Acolhimento ao Familiar do Paciente Internado por COVID-19 no HNMD.	Humanos, Tecnológicos e Financeiros	Protocolo Elaborado	Novembro de 2020	CC (S) Das Indias
b) Revisar as Ordens Internas referentes as Normas e Procedimentos para Acompanhantes e Visitantes, a Rotina para os casos de pacientes falecidos no HNMD e de Utilização de Dispositivos Móveis a bordo em consonância com a proposta de novo Protocolo de Comunicação e Acolhimento ao Familiar do Paciente Internado por COVID-19 no HNMD.	Humanos	Ordens Internas revisadas	Dezembro de 2020	CC (S) Das Indias
c) Apresentar o Protocolo de Comunicação e Acolhimento ao Familiar do Paciente Internado por COVID-19 a Comissão de Humanização do HNMD, visando sua inclusão entre as estratégias de hmanização adotadas pelo Hospital.	Humanos	Protocolo enviado a Comissão de Humanização do HNMD	Dezembro de 2020	CC (S) Das Indias

[Digite aqui]

[Digite aqui]

3.5. GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto será realizada pela Assessoria de Gestão da Qualidade, em conjunto com a Comissão de Humanização do Hospital e em parceria com a equipe do Comitê de Comunicação na Crise, que serão os responsáveis pelo acompanhamento das ações propostas na matriz de programação, avaliando sua eficácia e propondo outras medidas para seu aperfeiçoamento.

Inicialmente foi realizado um levantamento das queixas registradas no Serviço de Ouvidoria referentes a falhas no processo de comunicação com o familiar do paciente internado por COVID-19, e que foram registradas nos meses de abril e maio. Na sequência, foi realizada uma reunião com o Time de Comunicação no dia 01 de junho de 2020, para compreender a rotina adotada pela equipe e realizar um *brainstorming* sobre as possíveis causas do problema. Para elencar as causas críticas, os demais setores envolvidos no acolhimento do paciente também foram visitados e os Chefes de equipe consultados sobre as principais dificuldades enfrentadas e as possíveis sugestões para saná-las.

Cabe ressaltar, que durante os primeiros meses da pandemia, houve uma enorme sobrecarga de trabalho para os profissionais da assistência e vários afastamentos por motivo da doença que dificultaram a implementação de todas as ações, sendo por isso necessário prolongar os prazos.

Justamente por isso, de forma a mitigar alguns dos problemas levantados de forma mais imediata, foram propostas ações simples que não demandavam grande esforço das equipes, mas que impactariam positivamente no acolhimento dos pacientes e na rotina de comunicação diária com um cuidador principal. Sendo assim, foi elaborada uma ficha de informações sobre pacientes internados por COVID-19 (anexo a), além de informativos com orientações gerais sobre internações por COVID-19, no formato de cartaz (anexo b) e em tamanho A4 (anexo c).

As orientações tinham como objetivo favorecer a compreensão pelos usuários da nova rotina adotada após a suspensão das visitas e da permanência de acompanhantes, bem como disponibilizar um canal de contato com o Time de Comunicação. Já a ficha de informações tinha como propósito principal permitir a identificação da rede de apoio do paciente, tão importante para o trabalho da equipe de comunicação. Todo o material foi desenvolvido pela equipe do Comitê do Saúde Naval, sob orientação das Chefias dos Serviços envolvidos e disponibilizado também no site ⁶.

⁶ MARINHA DO BRASIL. Saúde Naval. Página Inicial. FAQ COVID-19. Acesse orientações e tire dúvidas quanto à internação por COVID-19 no HNMD. Disponível em < <https://www.->

A partir do cumprimento de todas as ações propostas na Matriz de Programação espera-se que as metas estabelecidas sejam atingidas e a os impactos esperados sejam alcançados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos comprovam que a manutenção do vínculo com um familiar ou um ente querido durante o período de internação contribui positivamente para um melhor desfecho do tratamento, agindo como facilitador no restabelecimento da saúde dos pacientes. No ano de 2020, porém, em virtude da adoção das medidas de barreira exigidas pela pandemia pelo SARS-CoV-2, as visitas aos pacientes hospitalizados e a permanência de acompanhantes foram suspensas, na tentativa de reduzir a velocidade de transmissão da doença.

Diante disso, os hospitais passaram por algumas dificuldades e foram obrigados a realizar revisões de suas rotinas. Na mídia, várias notícias divulgadas denunciavam as dificuldades enfrentadas pelos familiares para obterem informações sobre um familiar internado.

No Hospital Naval Marcílio Dias, a situação não foi diferente. Apesar de todos o esforço para criar uma rotina de acolhimento dos familiares de pacientes internados por COVID-19, apenas nos dois primeiros meses da pandemia, 43 queixas sobre falhas nesse sistema de comunicação foram registradas. Tal problema estimulou o desenvolvimento desse estudo, que tem como objetivo geral elaborar um protocolo de comunicação e acolhimento aos familiares dos pacientes internados por COVID-19, visando mitigar os problemas relacionados ao isolamento hospitalar no HNMD.

Para isso, os problemas que contribuem para a ocorrência dessa falha de comunicação foram analisados, as estratégias de atuação entre os setores envolvidos no atendimento dos pacientes internados pela doença foram delineadas, os fluxos, processos e normas foram levantados para serem submetidos a revisão e a Matriz de Programação de Ações foi elaborada para subsidiar o novo protocolo. Com a realização de todas as ações previstas na Matriz, espera-se que as metas sejam alcançadas e os impactos na melhoria da assistência sejam confirmados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, M.B.A, et al. **Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19.** Epidemos Serv Saúde. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; CANABRAVA, Cláudia Marques. **O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia.** Saúde em Debate. Artigo de Opinião. Aprovado em 18/09/2020.

CASANOVA, E.G, LOPES, G.T. **Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente.** REBEn, Brasília, 62(6), 831-6, nov-dez, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) **World Map Global COVID-19 Cases**, by WHO Region [Internet]. Vol. 2019. 2020. p. 1–5.

CORIOLANO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor et al. **Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura.** Saúde e Sociedade [online]. 2014, v. 23, n. 4 [Acessado 25 Outubro 2020] , pp. 1356-1369. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>

CRISPIM, Douglas. et al. **Comunicação Difícil e COVID-19. Recomendações Práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia**, 2020. Disponível em: <https://www.ibcsinc.org/documentos-covid-19>. Acesso em: 05 Maio.2020.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas, 2000.

FONTES, Wendney Hudson et al. **Perdas, Mortes e Luto Durante a Pandemia de Covid-19: Uma Revisão da Literatura/Losses, Deaths and Grief During the Covid-19 Pandemic: A Literature Review.** ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA, v. 14, n. 51, p. 303-317, 2020.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Maria Estelita; BERTUZZI, Letícia Domingues. **Desafios para a psicologia no cuidado com o cuidador**. Revista Bioética, v. 14, n. 1, p. 49-59, 2006.

HELIOTERIO, Margarete Costa et al. **Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00289121, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300512&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Oct. 2020. Epub July 31, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **Cumulative Cases - Johns Hopkins Coronavirus Resource Center** [Internet]. Vol. 20. 2020. p. 1–13. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/data/cumulative-cases>.

LIMA, Maria Juliana Vieira et al. **A Esperança Venceu O Medo: Psicologia Hospitalar na Crise do COVID-19**. Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará, v. 14, n. 1, p. 100-108, 2020.

MARANHÃO, Romero; SENHORAS, Elói Martins. **Orçamento de Guerra no enfrentamento à COVID-19: entre manobras parlamentares e batalhas políticas**. Boletim de Conjuntura (BOCA), v. 2, n. 6, p. 113-132, 2020.

MARINHA DO BRASIL. Secretaria-Geral da Marinha. Diretoria de Administração da Marinha. **Anuário Estatístico da Marinha**. 47. ed. Rio de Janeiro: 2019a.

_____. Diretoria de Saúde da Marinha. Hospital Naval Marcílio Dias. **Relatório de Gestão da Assessoria de Governança**, Rio de Janeiro: 2019b

_____. Diretoria de Saúde da Marinha. Hospital Naval Marcílio Dias. **Relatório de Gestão da Assessoria de Governança**, Rio de Janeiro: 2020a

_____. Diretoria de Saúde da Marinha. **Relatório de Gestão do Sistema de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro: 2020a.

OLIVEIRA, et al. **O que a pandemia da COVID-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução?** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 29, e 20200106, 2020. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072020000100201&lngpt&nrm=iso acesso em 01 nov. 2020. Epub 08-Maio-2020. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0106>

PORTUGAL, Jéssica Karoline Alves et al. **Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 46, p. e3794-e3794, 2020.

PROCHNOW, Adelina Giacomelli et al. **Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 30, n. 1, p. 11, 2009.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Universidade FEEVALE, 2013.

SANTOS, R. C. C. et al. . **Aspectos teóricos sobre o processo de luto e a vivência do luto antecipatório**. *Psicologia*, p. 1-18, 2017.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. **Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes**. *Aná. Psicológica*, Lisboa , v. 22, n. 3, p. 615-620, set. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087082312004000300021&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 out. 2020.

WALLACE, C.L.et al. **Grief During the COVID-19 Pandemic: considerations for palliative care providers: Considerations for Palliative Care Providers**. *Journal Of Pain and Symptom Manegement*, abr.2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman>. Acesso em: 05 Jul. 2020.

WANG C, et al. **A novel coronavirus outbreak of global health concern**. *Lancet*. 2020; 395 (10223):470–3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 193** [Internet]. World Health Organization. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200731>. Acesso em: 05 JUL. 2020.

APÊNDICE

Protocolo de Comunicação e Acolhimento ao Familiar do Paciente Internado por COVID-19

1. INTRODUÇÃO:

Em decorrência do cenário da pandemia pelo SARS-CoV-2, a permanência de um acompanhante e as visitas hospitalares aos pacientes internados pela COVID-19, foram suspensas como forma de mitigar os riscos de disseminação da doença. Porém, tendo em vista a importância do contato com a família durante o processo de hospitalização tanto para manutenção do vínculo quanto para apoio psicológico do paciente, faz-se mister, a adoção de alternativas para minimizar a distância entre os envolvidos. De acordo com Crispim et al (2020, p. 14), “a comunicação envolve a relação entre uma pessoa e outra, ela pode se dar fisicamente ou virtualmente”.

Diante disso, foi delineado o seguinte Protocolo de Comunicação e Acolhimento ao Familiar do Paciente Internado por COVID-19:

2- COMITÊ DE COMUNICAÇÃO NA CRISE:

Formado por:

- **Presidente:** um Oficial da Assessoria de Gestão da Qualidade, para atuar como o elo de ligação com a Direção do Hospital, para apoiar a implementação vertical das rotinas;
- **Coordenadores do Time de Comunicação:** três profissionais, sendo dois Oficiais do Quadro Técnico ou de Saúde indicados pela Superintendência de Saúde e um Oficial do Serviço de Ouvidoria, que ajudarão o Presidente do Comitê na escolha dos indicadores associados a qualidade do trabalho e na construção das informações que embasarão a emissão de relatórios para a Direção, além de sugerir a confecção de materiais de apoio e programar treinamentos da equipe envolvida no acolhimento e comunicação com o familiar do paciente internado por COVID-19;

- **Supervisores de unidades de internação por COVID-19:** médicos e enfermeiros responsáveis pelos respectivos setores, e que servirão de elo de ligação com os profissionais do Time de Comunicação para o esclarecimento de dúvidas e para auxiliar no cumprimento da agenda de visitas virtuais;
- **Profissionais da Assistência:** que são aqueles que estão na linha de frente. Os médicos são responsáveis pela emissão dos relatórios de informações diárias, pelo aviso de graves, pelo agendamento de visitas virtuais para discussão com os familiares sobre a evolução do paciente, quando julgarem necessário, e pela comunicação do óbito. Aos enfermeiros caberá comunicar a assistente social ou outro profissional do Time de Comunicação quando ocorrer a internação de um paciente; apoiá-los durante as visitas virtuais e acolher a pessoa que acompanha o paciente no momento da internação;
- **Time de Comunicação:** formado por assistentes sociais, psicólogos e por outros profissionais de saúde que sejam indicados pela Superintendência de Saúde, preferencialmente aqueles que não estejam na linha de frente e sobrecarregados com a assistência. Será responsável pela rotina de ligações diárias e pela realização das visitas virtuais.

3- ACOLHIMENTO AO FAMILIAR DO PACIENTE ADULTO:

- Após atendimento do paciente em uma das portas de entrada para os casos de COVID-19 (Centro de Triagem, Serviço de Atendimento de Emergência - SAE -ou enfermaria da Clínica de Doenças Infecto-parasitárias), se houver indicação de internação, caso o paciente tenha condições clínicas, deve-se informar que a partir daquele momento, não será mais possível receber visitas presenciais e estimular um momento para que ele converse com o seu acompanhante para trocas de instruções e apoio psicológico;
- A enfermeira da Unidade deverá orientar o paciente a deixar objetos como relógio, joias e carteira com o seu acompanhante, antes de entrar na unidade de internação. O aparelho celular poderá permanecer com o paciente desde que não haja indicação, naquele momento, de internação em Unidade de Terapia Intensiva;
- Após internação do paciente, a enfermeira da unidade deverá esclarecer ao seu acompanhante os procedimentos que foram realizados e onde o mesmo foi internado. Deve ainda, entregar as roupas do paciente embaladas em saco plástico lacrado, orientar o acompanhante sobre a importância do preenchimento correto e de forma legível, da “Ficha de Informações sobre Paciente Internado - COVID 19”, tendo especial atenção aos dados referentes a rede de apoio do paciente, além de entregar as

[Digite aqui]

[Digite aqui]

“Orientações Gerais sobre Internações por COVID-19”, verificando se há alguma dúvida ou pergunta adicional. Nesse momento, é importante ainda, esclarecer que um profissional de saúde entrará em contato para verificar quem será instituído como cuidador principal do paciente e que essa pessoa será a responsável por receber as informações diárias sobre a sua evolução clínica, devendo a família chegar a um consenso;

- A enfermeira da unidade onde o paciente for internado deverá comunicar ao Serviço Social sobre a internação. Caso isso ocorra até às 15h, a assistente social de serviço ou outro membro do Time de Comunicação que esteja escalado no dia, deverá fazer contato com a primeira pessoa indicada no item “rede de apoio” da “Ficha de Informações sobre Paciente Internado - COVID 19” ou para a segunda, caso esta não atenda, para que seja realizado acolhimento do familiar e identificação do cuidador principal. No início da ligação, o profissional deve se identificar informando seu posto, especialidade e nome de guerra, demonstrar empatia dizendo que sente muito pela internação do paciente (citar o posto/graduação se for militar, e o nome do paciente) e sobre a impossibilidade de visitas nesse momento, colocando-se à disposição sempre que for necessário. Em seguida, deve informar que diariamente será realizado contato telefônico com o cuidador principal do paciente e perguntar se a família já fez a escolha sobre quem deverá assumir essa responsabilidade. Caso ainda haja dúvida, o interlocutor pode auxiliar o familiar na escolha, fazendo algumas perguntas:

- Quem permanece mais tempo com o paciente?
- Qual a idade dessa pessoa?
- Ela possui condições de receber informações diárias e repassá-las com clareza para os demais familiares?
- Em caso de agravamento do quadro, ela é a pessoa mais adequada para ser contactada?

Se durante a conversa, não for possível estabelecer o cuidador principal, é importante deixar acordado que será realizada uma outra ligação no dia seguinte para essa mesma pessoa, para dar informações sobre as condições clínicas do paciente e para fechamento de quem será contactado daí para frente.

Ainda durante a ligação, deve ser verificado se o paciente está portando um aparelho celular e fazendo contato por ele com a família. Caso negativo, verificar, se a

família gostaria de se comunicar com o paciente por vídeo chamada e qual seria a faixa de horário mais adequada para esse tipo de contato.

As informações principais referentes a ligação devem ser anotadas no prontuário informatizado (PIN) do paciente, registrando o nome completo de quem foi contactado e o que foi acordado.

2.1- Boletim de informações diárias:

- Diariamente, as unidades de internação por COVID-19 devem emitir relatórios sobre as condições clínicas dos pacientes hospitalizados, até no máximo 11h, dando preferência pelo registro de informações claras, evitando abreviações e siglas e que deem uma noção adequada do quadro evolutivo do paciente, sinalizando quais condutas foram adotadas após o último relatório emitido e qual o planejamento previsto;
- O Time de Comunicação deve se organizar, preferencialmente, em duplas de atendimento, de forma que apenas esses dois profissionais façam contato com o cuidador principal do paciente, de acordo com sua escala de serviço. Dessa forma, as duplas poderão criar com a família um elo de confiança. A divisão dos pacientes por duplas, favorece ainda, um melhor entendimento e acompanhamento da evolução clínica do paciente, o que promoverá um contato mais efetivo com a família. Cada dupla deve ter seu plano diário de contato, especificando no quadro o nome completo do paciente, o tipo de contato (telefônico, vídeo chamada ou gravação de voz), o nome e o grau de parentesco do cuidador principal e a faixa de horário acordada na última ligação;
- Antes de fazer a ligação para o cuidador principal, o profissional deverá ler o relatório e sanar todas as dúvidas por meio de contato com o médico assistente;
- Ao final da ligação, o profissional deve verificar se o cuidador principal possui alguma pergunta ou dúvida e, se não for possível responde-la neste momento, comprometer-se a dar um retorno no próximo contato.

2.2- Visitas virtuais:

As visitas virtuais devem ocorrer apenas se os envolvidos desejarem. O número do cuidador principal, deve ser salvo no aparelho (tablet ou smartphone) de forma padronizada, registrando o nome do paciente, seu NIP e o nome do cuidador principal. Em ligação telefônica, as regras dessa modalidade de visita devem ser esclarecidas, a saber:

- as visitas virtuais ocorrerão em dias e faixa de horário combinados;
- terão duração média de 20 minutos;
- não é recomendado fotografar o paciente, compartilhar essas imagens ou filmar a visita virtual;
- após a ligação o número do cuidador principal será bloqueado, pois o aparelho estará destinado apenas as visitas, não sendo possível realizar contato por ele.

2.2.1- Pacientes com comunicação verbal preservada internados em quarto de unidade não crítica:

- Antes de programar a visita, o enfermeiro ou médico responsável pela unidade de internação onde o paciente estiver sendo assistido deve verificar se o mesmo deseja realizar essa modalidade de contato com o seu cuidador principal;
- As visitas virtuais aos pacientes internados em unidades não críticas, devem ser realizadas pelo menos duas vezes por semana;
- O profissional do Time de Comunicação deve acordar com a família a faixa de horário mais adequada, sempre no período da manhã, para fazer a vídeo chamada;
- No dia programado para a visita virtual, o profissional do Time de Comunicação deve contactar o enfermeiro da unidade onde o paciente estiver internado, comunicar sobre a previsão da chamada de vídeo e solicitar que seja confirmado junto ao paciente se ele está realmente disposto a realizá-la;
- Antes de entrar no quarto do paciente, o profissional deve conversar com o enfermeiro ou médico assistente para certificar-se das condições clínicas do paciente e se houve alguma alteração no quadro nas últimas horas. Deve ainda, conferir o número e nome do cuidador principal registrados no aparelho e enviar a ele a mensagem padrão utilizando o aplicativo *WhatsApp*, reforçando as regras da visita virtual e informando que em alguns minutos, será realizada a vídeo chamada. O profissional deve aguardar o retorno do cuidador principal, informando estar pronto para a visita virtual. Em seguida, deve se paramentar, proteger o tablet e entrar no quarto do paciente;

- Ao entrar no quarto pela primeira vez, o profissional deve se apresentar ao paciente, informando seu posto, nome de guerra e especialidade, e esclarecer que junto com sua dupla (citar o posto e o nome), tem realizado contato com o seu cuidador principal para informar sobre a sua evolução clínica e que está feliz por conhece-lo pessoalmente;
- Em seguida deve explicar as regras para a vídeo chamada e o tempo de duração previsto para a visita;
- Deve posicionar o aparelho de forma que permita a troca de olhares entre os envolvidos na visita e realizar a vídeo chamada;
- Durante a vídeo chamada o profissional deve adotar uma postura reservada, preservando a privacidade do paciente, e apenas observar o procedimento de longe, sem interferir ou acelerar a visita, a menos que ela se estenda excessivamente;
- Após o término da visita, perguntar ao paciente como ele está se sentindo, se gostou da experiência e se gostaria de repeti-la. Colocar-se a disposição e informar quando está programada a próxima vídeo chamada;
- Ao sair do quarto, o profissional deve se desparamentar, realizar a limpeza e desinfecção do aparelho, lavar e desinfetar as mãos e bloquear o número do cuidador contactado;
- Ao final das visitas virtuais, o profissional do Time de Comunicação deve registrar no PIN como ocorreu a vídeo chamada e qual foi o grau de satisfação expressado pelo paciente.

2.2.2- Pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva:

- Para os pacientes com capacidade de comunicação preservada, serão adotados os mesmos procedimentos descritos no ítem 2.2.1, com exceção da avaliação da viabilidade e do horário da visita que deverão ser sempre discutidos com o médico responsável pelo paciente;
- Para os pacientes impossibilitados de se comunicarem, a avaliação quanto a pertinência de uma chamada de vídeo deve ser discutida de forma ainda mais criteriosa com a equipe médica, antes de ser oferecida aos familiares. Caso aprovada, sugere-se que o profissional do Time de Comunicação faça antes uma visita ao paciente para compreender sua condição física e para ter condições de informar ao seu familiar sobre o que observará durante a visita, se desejar de fato realizar a chamada de vídeo;

- Uma alternativa a chamada de vídeo, quando não for aprovada pela equipe médica ou aceita pelos familiares é a gravação de áudio. O cuidador principal pode ser estimulado a gravar uma mensagem de áudio para o paciente, que será enviada para o mesmo aparelho utilizado durante as visitas virtuais, em dia e horário programados. O áudio será reproduzido próximo ao ouvido do paciente, após apresentação do profissional do Time de Comunicação e informação sobre quem está enviando a mensagem. Essa alternativa deve ser oferecida também ao paciente com capacidade de comunicação preservada que não deseje realizar uma vídeo chamada;
- O procedimento será registrado no PIN, bem como as possíveis reações do paciente;
- Após o término das visitas, o profissional do Time de Comunicação deve entrar em contato com o familiar do paciente para transmitir-lhe as informações diárias e para relatar que realizou a reprodução da gravação de áudio, descrevendo reações físicas, se ocorrerem.

2.3- Aviso de grave:

A comunicação de agravamento do quadro do paciente fora do horário previsto para a realização de contato com a família deve ser realizada de forma tempestiva, como demonstração de respeito a família e para evitar o vazamento de informações não oficiais. Nesse caso, o médico assistente deve:

- Realizar contato telefônico com o cuidador principal do paciente, identificando-se e informando que faz parte da equipe que cuida do paciente (citar o nome completo do paciente);
- Confirmar o nome do cuidador principal e seu grau de parentesco;
- Permitir uma escuta mínima, perguntando se o cuidador tem acompanhado a evolução do paciente e quais as últimas informações que recebeu;
- Informar ao cuidador principal sobre a priora clínica do paciente, qual o planejamento e os próximos passos;
- Comunicar que em caso de novas informações será realizada outra chamada telefônica, do mesmo número e no mesmo dia;
- Esclarecer que o referido número não está disponível para recebimento de ligações externas e que em caso de dúvidas, o cuidador poderá fazer contato com o Time de Comunicação.

A enfermeira da unidade deve:

- Contactar o Time de Comunicação informando o agravamento do quadro e sobre a ligação realizada pelo médico para o cuidador principal.

2.4- Comunicação de Óbito:

- A comunicação de óbito de um paciente, assim como o seu agravamento, deve ser realizada de forma tempestiva;
- Nesse caso, o médico responsável pelo paciente deve:
 - Checar o prontuário do paciente, confirmando seu nome, as informações registradas pelo Time de Comunicação, o nome e o telefone do cuidador principal;
 - Realizar contato telefônico com o cuidador principal do paciente, identificando-se e informando que faz parte da equipe do hospital onde o paciente (citar o nome completo do paciente) encontra-se internado;
 - Confirmar o nome do cuidador principal, seu grau de parentesco, onde ele se encontra e se está acompanhado;
 - Permitir uma escuta mínima, perguntando se o cuidador tem acompanhado a evolução do paciente e quais as últimas informações que recebeu;
 - Fornecer a informação sobre o óbito de maneira clara, porém acolhedora;
 - Permitir que o cuidador expresse suas emoções, aguardando o melhor momento de prosseguir;
 - Verificar se o cuidador prefere indicar outra pessoa para receber as informações sobre os próximos passos;
 - Caso prefira receber as informações, orientá-lo sobre a necessidade de comparecer a unidade onde o paciente faleceu portando o seu documento de identidade original para recebimento da Declaração de Óbito e posterior identificação do corpo;
 - Certificar-se de que o cuidador compreendeu as informações, e encerrar a ligação;
 - Registrar a ligação no PIN.
- A enfermeira da unidade deve:
 - Contactar o Time de Comunicação informando o óbito do paciente e o contato telefônico realizado pelo médico assistente. para notificar o fato ao cuidador principal.

ANEXOS A

**Ficha de Informações sobre pacientes internados – COVID 19 no Hospital Naval
Marcelio Dias (frente)**

Ficha de Informações sobre Paciente Internado - COVID 19

Unidade de Internação: _____ Quarto: _____ Leito: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
 NIP: _____ Posto/Graduação: _____ OM: _____
 Sexo: M F Data de Nasc.: ____/____/____

DADOS COMPLEMENTARES

Situação: Militar da Ativa Militar da Reserva Dependente Pensionista Est. Civil: _____

DADOS PARA CONTATO

Em caso de criança/adolescente:

Nome dos pais ou responsável: _____
 Telefones de contato: _____

Em caso de paciente com 60 anos ou mais:

Reside: Sozinho
 Com outra pessoa: Nome: _____
 Grau de Parentesco: _____ Telefones de contato: _____

REDE DE APOIO

Indique duas pessoas que podem ser contactadas, EM ORDEM DE PRIORIDADE, para receberem informações sobre as condições de saúde do paciente internado e acima identificado.

① Nome: _____
 Grau de Parentesco: _____ Idade: _____ Telefone: _____ Celular: _____
 Endereço: _____
 E-mail: _____

② Nome: _____
 Grau de Parentesco: _____ Idade: _____ Telefone: _____ Celular: _____
 Endereço: _____
 E-mail: _____

ANEXOS A

Ficha de Informações sobre pacientes internados – COVID 19 no Hospital Naval

Marcílio Dias (verso)

RECEBIMENTO DE PERTENCES E DE ORIENTAÇÕES

Eu, _____
(NOME COMPLETO)

_____, _____, portador(a) da identidade número _____
(NACIONALIDADE) (ESTADO CIVIL)

inscrito(a) no CPF número _____, residente à _____
(ENDEREÇO INCLUINDO NÚMERO E COMPLEMENTO)

_____ no município de/do _____

declaro que recebi **todos os pertences a seguir listados**, bem como as "Orientações Gerais sobre Internações por COVID-19":

PERTENCES:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____
- 11 _____
- 12 _____
- 13 _____
- 14 _____
- 15 _____
- 16 _____
- 17 _____
- 18 _____
- 19 _____
- 20 _____

Data

Assinatura

[Digite aqui]

[Digite aqui]

ANEXOS B

Cartaz (tamanho A3) de Orientações Gerais sobre Internações por COVID-19 no Hospital Naval Marcílio Dias

Orientações Gerais
sobre **INTERNAÇÕES** por
COVID-19

Hospital Naval Marcílio Dias - HNMD

ESSA É UMA COMUNICAÇÃO PARA VOCÊ, FAMILIAR DE UM PACIENTE INTERNADO POR COVID-19.

Para que possamos ajudar, é importante que a família fique atenta a algumas orientações.

Preencha a **Ficha de Informações** com bastante atenção e leve ao **Serviço de Admissão e Alta**, que funciona no térreo do HNMD (**ao lado da Sala de Estado**). É importante registrar o responsável por receber as notícias sobre a evolução do quadro do paciente.

Atenção!
Leia atentamente as orientações e tire as dúvidas antes de sair do HNMD.
Leve as roupas e objetos do paciente e siga as orientações para a higienização ao chegar em casa.

Conte conosco. Enfrentaremos esse desafio juntos.
Somos Todos Família Naval

www.saudenaval.mar.mil.br/covid-19-faq

Saúde Naval®

ANEXOS C

Informativo de Orientações Gerais sobre Internações por COVID-19 no Hospital Naval**Marcílio Dias (frente)**

Orientações Gerais sobre Internações por COVID-19

Hospital Naval Marcílio Dias - HNMD



Essa é uma comunicação para você, familiar de um paciente internado por COVID-19. Conte conosco, enfrentaremos esse desafio juntos.

Sua colaboração é fundamental nesse momento. Para que possamos ajudar, é importante que a família fique atenta a algumas orientações.

Importante – Não deixe o hospital antes de receber as devidas orientações e tirar suas dúvidas.

- ➊ Preencha a Ficha de Informações sobre o Paciente Internado - COVID-19 principalmente o item sobre a rede de apoio. É com essa pessoa que entraremos em contato.
- ➋ Em seguida, vá ao Serviço de Admissão e Alta – no térreo do HNMD (ao lado da Sala de Estado). Use máscara e leve o documento de identificação do paciente para confirmar os dados do mesmo.
- ➌ Lembre que as informações sobre o paciente só serão repassadas a um dos familiares cadastrados, portanto é necessário escrever adequadamente o mais indicado.
- ➍ Ao deixar o hospital, leve as roupas e pertences do seu familiar. Chegando em casa, manuseie com cuidado esses objetos e lembre-se de:
 - usar luva e máscara para manipulá-los;
 - lavar as roupas separadamente das demais com sabão e cloro, se for possível;
 - desinfetar os demais objetos, como carteiras e bolsas, com álcool 70.

Visitas e Informações

- ➎ As informações médicas referentes aos pacientes serão fornecidas pela equipe multidisciplinar de saúde, que entrará em contato por telefone, diariamente, a partir das 13h.
- ➏ Não são permitidas visitas aos pacientes internados com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.



ANEXOS C

Informativo de Orientações Gerais sobre Internações por COVID-19 no Hospital Naval

Marcílio Dias (verso)

3 Se autorizada pela equipe médica, a permanência do acompanhante ficará limitada ao quarto do paciente, não podendo haver circulação nas dependências do hospital; as refeições serão realizadas também no quarto e não será permitida a troca com outros familiares. O acompanhante deverá utilizar máscara cirúrgica (fornecida pelo HNMD) durante todo o tempo em que estiver no hospital, bem como os demais equipamentos de proteção individual indicados pela equipe de saúde.

Atenção:

→ Use trajes condizentes com o ambiente hospitalar e militar. São proibidos shorts, bermudas, minissaias, blusas transparentes, decotadas e camisetas. O uso de sandálias e chinelos com dedos aparentes também não é permitido para sua própria segurança.

Serviço de Psicologia

O Serviço de Psicologia prestará suporte aos pacientes internados, bem como aos seus familiares. O atendimento será realizado, preferencialmente, por via remota (contato telefônico).

Os familiares que desejarem podem ligar para (21) 2599-5562 e marcar consulta nos horários de 2ª a 5ª feira, das 7h às 15h, e sexta, das 7h às 12h.

Serviço de Assistência Social

Entendemos que é um momento difícil. Estamos empenhados em cuidar dos pacientes e das suas famílias. Portanto, é importante que o familiar aguarde que nós entraremos em contato diariamente, para disponibilizar informações sobre os pacientes internados, sempre a partir das 13h até às 22h.

Para demais orientações e demandas sociais, ligue para (21) 2599-5565 nos horários de 2ª a 5ª feira, das 7h às 15h, e sexta, das 7h às 12h.

Lembre-se de manter os cuidados para prevenção:

- lave as mãos com água e sabão;
- use álcool em gel;
- cubra nariz e boca ao tossir e espirrar;
- evite aglomerações, bem como tocar em locais que possam contaminar outras pessoas;
- mantenha o ambiente ventilado, limpo e organizado;
- não compartilhe objetos pessoais com o paciente.

Saiba mais:

www.saudenaval.mar.mil.br/covid-19-faq

