



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAMETRO
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA**

**AMANDA PEIXOTO LIMA NEMER
CRISTIANE SANTIAGO NATÁRIO BRANCO**

**PREVENÇÃO DA COVID-19 EM UTI:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

FORTALEZA

2022

AMANDA PEIXOTO LIMA NEMER

CRISTIANE BRANCO

**PREVENÇÃO DA COVID-19 EM UTI:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Pós-graduação em Terapia Intensiva do Centro Universitario Unifametro, como requisito para a obtenção do título de especialista em Terapia Intensiva.

Orientadora: Prof.^a Dra. Arisa Nara Saldanha de Almeida.

FORTALEZA

2022

AMANDA PEIXOTO LIMA NEMER

CRISTIANE BRANCO

**PREVENÇÃO DA COVID-19 EM UTI:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Este trabalho foi apresentado como requisito para a obtenção do título de especialista em Terapia Intensiva pelo Centro Universitario Unifametro, tendo sido aprovado pela banca examinadora.

Data da aprovação: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Arisa Nara Saldanha de Almeida (orientadora)

UNIFAMETRO

(1ª examinadora)

(2ª examinadora)

PREVENÇÃO DA COVID-19 EM UTI: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Amanda Peixoto Lima Nemer¹, Cristiane Santiago Natário Branco.²

RESUMO

A infecção pelo coronavírus apresenta rápida disseminação e potencial gravidade, acarretando necessidade de cuidados em unidades de terapia intensiva (UTI). O objetivo deste estudo é identificar o conhecimento produzido sobre as medidas de prevenção da covid-19 em UTI adulta. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de outubro e novembro de 2020, nas bases de dados lilacs Bdenf e mediline com os descritores: Covid-19, Unidade de Terapia intensiva e prevenção. Foram incluídos 7 estudos, que demonstrou diversas medidas de prevenção da Covid-19 em UTI: uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI), uso de máscaras N95, e desinfecção de ambientes contaminados dentre outras. Desta forma, acredita-se que os achados podem orientar profissionais que trabalham em UTI a reduzir a contaminação da covid-19.

Palavras-Chaves: covid-19; unidade de terapia intensiva; prevenção.

¹ Enfermeira, Especialista em Saúde da Família e Mestre em enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira- UNILAB.

² Enfermeira pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará- UECE e Especialista na Pessoa Idosa pela Universidade Federal do Ceará- UFC.

INTRODUÇÃO

Uma nova síndrome respiratória aguda grave foi detectada em dezembro de 2019 em Wuhan, China, denominada de Covid-19. A infecção pelo coronavírus apresenta rápida disseminação, alta capacidade de contágio e potencial gravidade (PLOTNIKOW et al., 2020). O aumento do número de casos e óbitos na China levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a decretar Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional em janeiro de 2020. Posteriormente outros países a decretarem estado de emergências e calamidade pública destacando a Europa como novo epicentro da doença (MOREIRA 2020). Uma média de 9 milhões de casos e 470 mil mortes foram notificados em todo o mundo até junho de 2020, e no Brasil, os primeiros casos notificados foram no final de fevereiro, o país acumula mais de um milhão de casos e 50 mil mortes (FARIAS et al., 2020).

Segundo as diretrizes (2020), os principais sinais e sintomas são febre, fadiga e tosse seca, podendo evoluir para dispneia ou, em casos mais graves, para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Os casos de mortes ocorrem principalmente pela falência respiratória progressiva causada por danos pulmonares, ocasionando a necessidade de cuidados em unidades de terapia intensiva (UTI) e uso de ventiladores pulmonares para o suporte respiratório (MOREIRA 2020).

A presença de múltiplos problemas crônicos de saúde parece estar inter-relacionada com a patogênese da COVID-19, fato também observado em epidemias prévias por outros coronavírus (MERS 6 e SARS 7). Apesar da evolução clínica não ser clara, estudos têm demonstrado relação direta e importante da faixa etária do paciente e a sua carga de morbidades (número e gravidade) com o aumento do risco para a incidência de desfechos clínicos desfavoráveis, tais como internação hospitalar, necessidade de unidade de tratamento intensivo (UTI) e óbito. Esses fatores associados à baixa contagem de linfócitos e altos níveis de desidrogenase láctica na admissão hospitalar foram fatores de risco importantes e independentes para a progressão clínica desfavorável nesses pacientes (NUNES et al, 2020).

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi notificado na cidade de São Paulo em 25 de fevereiro de 2020. O país apresenta alta taxa de transmissão, sendo a nação latino-americana com o maior número de casos confirmados e mortes. Existe preocupação das autoridades sanitárias mundiais em relação ao impacto da pandemia de COVID-19 nos países de média e baixa renda por conta das fragilidades de seus sistemas de saúde, reduzida

disponibilidade de leitos de terapia intensiva, número limitado de ventiladores mecânicos e pela prevalência de morbidades/infecção (RACHE et al, 2020, NUNES et al., 2020).

Nesse contexto, destaca-se a importância das UTIs no cenário pandêmico. Segundo a resolução 2.271/2020 do CFM (Conselho Federal de Medicina), as Unidades de Terapia Intensiva são locais dentro dos hospitais com um sistema organizado para oferecer: suporte vital de alta complexidade, com diversas modalidades de monitorização das funções corporais essenciais para a vida, suporte orgânico avançado a fim de manter a vida do paciente em “condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica”.

Desta forma levando em consideração a gravidade da doença e necessidade de atendimentos específicos em situações de gravidades em UTIs, o objetivo deste estudo é identificar o conhecimento produzido sobre as medidas de prevenção da covid-19 em unidades de terapia intensiva adulta.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Este tipo de estudo reúne e sintetiza resultados de pesquisas sobre um delimitado tema, de maneira sistemática e organizada, contribuindo com o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Para isso, estes passos: identificação da questão de pesquisa, busca da literatura, avaliação dos dados com foco na qualidade metodológica, análise dos dados incluindo divisão, exposição e comparação e apresentação dos resultados (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Dessa forma a questão norteadora desta pesquisa: Qual o conhecimento existente na literatura sobre medidas de prevenção à covid-19 em unidades de terapia intensiva? Para elaborar as estratégias de buscas utilizou-se acrônimo PICO nas seguintes bases de dados: Lilacs, Bdenf, medline com os descritores controlados: Covid-19, Unidade de terapia intensiva e prevenção, conforme descrito na Figura 01 (SANTOS, et al, 2007).

Acrônimo	Lilacs	Bdenf	Medline
P (problema ou paciente)	Covid-19	Covid-19	Covid-19
I (intervenção ou fenômeno de interesse)	Unidade de terapia intensiva UTI	Unidade de terapia intensiva UTI	Unidade de terapia intensiva UTI
C (comparação)			
O (resultados)	Prevenção	Prevenção	Prevenção

Figura 01 - Estratégia de busca utilizada. Fortaleza, 2020;

Os critérios de inclusão estabelecidos concentraram-se em artigos científicos completos nos idiomas português, inglês ou espanhol, com abordagem sobre medidas de prevenção da covid-19 em unidade de terapia intensiva adulto. Destaca-se que a coleta dos estudos foi realizada em outubro e novembro de 2020.

Destaca-se que cada base de dados acessada alcançou um notável exaurimento de pesquisa em um único dia com a gravação da página de busca. A seleção dos estudos foi realizada nos dias subsequentes. Após a busca bibliográfica, os estudos levantados, inicialmente nas bases de dados e na biblioteca, foram lidos para que o pesquisador aplicasse, em sua totalidade, os critérios de inclusão. A exclusão dos trabalhos ocorreu pelos seguintes motivos: não estarem disponíveis eletronicamente; serem Editoriais ou Cartas ao Editor e estarem repetidos.

Os estudos foram classificados conforme os níveis de evidência descrita por Melnyk, Fineout-Overholt (2005), onde estabelece nível 1: são evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados, controlados ou oriundos de diretrizes clínicas, baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2: evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3: evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4: evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5: evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas. A análise e a apresentação dos resultados, realizadas por meio da divisão dos estudos selecionados, estão destacadas em um quadro com os objetivos de interesse encontrados em cada artigo.

Vale destacar que o estudo não passou pelo comitê de ética por se tratar de uma revisão sistemática e não lidar diretamente com seres humanos, sendo respeitada desta forma, a portaria 466/2012 (BRASIL, 2012).

Tal portaria normatiza a realização de pesquisa científica que envolve seres humanos segundo preceitos éticos e legais, garantindo que os direitos dos participantes serão preservados e que nenhum malefício ocorrerá a partir da participação na pesquisa.

3 RESULTADOS

Foram encontrados um total de 136 artigos nas respectivas bases de dados (Lilacs, Bdenf, Medline), dos quais no primeiro momento 109 foram excluídos por não abordarem a temática ou duplicidades de artigos, restando 27 artigos que foram lidos na íntegra. Após a leitura minuciosa foram excluídos mais 20 artigos por não responderem as questões de pesquisa, desta forma, a amostra final foi a inclusão de 7 artigos no estudo. Todos foram publicados na língua inglesa ou espanhola. Os países de origem dos artigos foram: Reino Unido (n=3), Itália (n=1), Cingapura (n=1), Espanha (n=1), China (n=1). As características destes estudos estão apresentadas no quadro 01.

Quadro 01: Características dos Artigos Seleccionados, Fortaleza-CE, 2022.

	Título, país	Autores e ano de publicação	Objetivo	Delimitação e casuística quando houver	Medidas preventivas para Covid	Nível de evidência
A1	Plano de contingência para os serviços de medicina intensiva frente à pandemia COVID-19. Espanha.	SEDES, P. R; SANZ M.A.B. SAERA, M.A.B et al. 2020.	Se pretender estimar a magnitude do problema e identificar as necessidades asis-tenciales, de recursos humanos e materiais, de maneira que os serviços de medicina intensiva do país tenham uma herramienta que permita uma planificación ideal e realista com o que responde à pandemia.	Desenvolver um plano de contingência para responder às necessidades que esta nova doença acarretará.	Limitar a propagação nosocomial do COVID-19 para:° Proteger os profissionais de saúde e não-saúde em todas as UTIs.° Evitar que o hospital seja um amplificador da doença.° Proteger os pacientes não COVID-19 da infecção. , em ordem para manter a capacidade de fornecer cuidados de saúde essenciais não relacionados à COVID-19. Otimizar os recursos humanos dos serviços de medicina intensiva. Alocação racional, ética e organizada de recursos limitados de saúde para fazer o maior bem para o maior número de pessoas.	7
A2	Uma estratégia de emergência para unidade de terapia intensiva durante o surto de COVID-19 em Chongqing, China; China.	DENG, W. QUI, B. WANG, D. X, 2020.	Visamos propor uma estratégia de emergência para UTI, principalmente com foco nos critérios de admissão e alta, protocolo de terapia, estratégias de prevenção e controle durante o surto de COVID-19	A estratégia de emergência para UTI será útil para prevenção e controle da COVID-19 e tratamento de pacientes críticos com COVID-19.	Extratificar ambientes em zona limpa, zona semi poluída e zona poluída à entrada, higienização rigorosa das mãos, desinfecção diária da enfermaria, uso de equipamento de proteção individual incluindo máscara N95, luvas, óculos e vestuário de proteção. O isolamento de contato aprimorado e o isolamento de gotículas. Um equipamento designado para cada paciente, capuz de proteção médica para paciente intubado, cateter de sucção traqueal fechado para paciente com ventilação invasiva, fornecimento de máscara para pacientes com	7

					<p>oxigenoterapia, troca de ar regularmente na enfermaria.</p> <p>3. Desinfecção completa do equipamento médico usado pelos pacientes, preparação de resíduos infecciosos de dupla camada. saco para resíduos médicos tratados com desinfetante contendo cloro, disposição de resíduos médicos como resíduos médicos infecciosos.</p> <p>4. Uso prévio de desinfetante contendo cloro na enfermaria do paciente como desinfecção terminal.</p>	
A3	<p>Campanha Sobrevivendo à Sepsis: diretrizes sobre o manejo de adultos criticamente doentes com Doença de Coronavírus 2019 (COVID-19). Reino Unido.</p>	<p>ALHAZZANI W, MOLLER M. H, ARABY A. et al.,2020</p>	<p>O novo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) é a causa de uma rápida doença de propagação, doença de coronavírus 2019 (COVID-19), afetando milhares de pessoas em todo o mundo. orientação urgente para os médicos que cuidam dos mais doentes desses pacientes.</p>	<p>Formamos um painel de 36 especialistas de 12 países. Todos os membros do painel completaram o World Health Formulário de divulgação de conflito de interesse da organização. O painel propôs 53 questões relevantes para a gestão de COVID-19 na UTI. Buscamos na literatura evidências diretas e indiretas sobre o manejo de COVID-19 em</p>	<p>1. Para profissionais de saúde que realizam procedimentos de geração de aerossóis em pacientes com COVID-19 na UTI, recomendamos o uso máscaras de respiração ajustadas (respiradores N95, FFP2 ou equivalente), além de outros equipamento de proteção (ou seja, luvas, bata e proteção para os olhos, como protetor facial ou óculos de segurança.</p> <p>. Recomendamos a realização de procedimentos geradores de aerossóis na UTI pacientes com COVID-19 em uma sala de pressão negativa. Declaração de melhor prática Em adultos com COVID-19 e choque, sugerimos usar parâmetros dinâmicos de temperatura da pele, tempo de enchimento capilar e/ou medição de lactato sérico em vez de parâmetros estáticos para avaliar a responsividade a fluidos.</p>	7

				<p>pacientes críticos na UTI. Identificamos revisões sistemáticas relevantes e recentes sobre a maioria das questões relacionados aos cuidados de suporte. Avaliamos a certeza nas evidências usando a Classificação de Recomendações, Avaliação, abordagem de Desenvolvimento e Avaliação (GRADE) e, em seguida, gerou recomendações com base no equilíbrio entre benefícios e danos, implicações de recursos e custos, equidade e viabilidade.</p>	
--	--	--	--	--	--

A4	Gerenciar UTI surge durante a crise do COVID-19: orientações rápidas. Reino Unido.	AZIZ, R. ARABI, Y. M, ALHAZZANI W. et al., 2020.	O objetivo desta diretriz rápida é fornecer recomendações sobre a gestão organizacional de unidades de terapia intensiva que cuidam de pacientes com COVID-19, incluindo: planejamento de uma resposta a surtos de crise; crise surgem estratégias de resposta; triagem, apoio às famílias e funcionários.	Seleção de painel focada em expertise, disponibilidade, diversidade e capacidade de contribuir em prazos muito curtos durante a pandemia. O grupo central e os membros da o comitê de direção para este projeto eram todos membros do painel e liderança do Surviving Sepsis Diretriz da campanha COVID-19.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recomendamos que os funcionários sejam treinados para colocar e retirar os EPIS corretamente. 2. Sugerimos o uso de recursos visuais, listas de verificação e observadores treinados para auxiliar na retirada de EPI com segurança. 3. Recomendamos minimizar o número de funcionários que entram nos quartos dos pacientes com COVID-19, acesso remoto aos controles dos equipamentos e cuidados de pacote para minimizar o número de exposições. 4. Sugerimos minimizar o transporte de pacientes com COVID-19 para fora das unidades de atendimento ao paciente (ou seja, para radiologia diagnóstica). 5. Recomendamos que instituições de saúde e UTIs desenvolvam e implementem planos de resposta a emergências clínicas, como intubação endotraqueal, parada cardíaca para pacientes com COVID-19. Durante a pandemia de COVID-19 para reduzir os cuidados de saúde exposição do trabalhador ao SARS-CoV-2: 6. Usar a tecnologia de comunicação disponível, incluindo telefones celulares, videoconferência e mensagens para permitir que os membros da família se comuniquem com os pacientes e a equipe. 7. Usar uma linha telefônica hospitalar 24 horas por dia, 7 dias por semana, para responder a perguntas, preocupações e solicitações especiais de familiares. 8. Envolver os membros da família em rodadas e discussões sobre cuidados ao paciente (virtualmente) e disponibilizando soluções tecnológicas pelo hospital para viabilizar isso. 	7
----	--	--	--	---	--	---

					9. Envolver capelães/cuidados espirituais, assistentes sociais, consultores de ética, advogados de pacientes para fornecer apoio aos pacientes e suas famílias;	
A5	COVID-19 grave e infecções associadas à assistência à saúde na UTI: hora de lembrar o básico? Reino Unido.	STURDY A. BASARAB M. COTTER M. et al.,2020.	objetivo de restabelecer práticas básicas	-	<p>Álcool gel para as mãos disponível em cada leito;</p> <p>Aumento da relação enfermeiro/paciente da UTI.</p> <p>Reenfatiza a importância da higiene da linha e dos pacotes de cuidados, assegurando equipes de pronação trocando aventais e usando toalhetes à base de cloro para limpar aventais entre os pacientes.</p> <p>Treinamento aprimorado de controle de infecção para funcionários Treinamento sobre uso de EPI, higiene das mãos e técnica asséptica sem toque.</p> <p>Mensagens consistentes sobre o uso de EPI e áreas para colocar e retirar.</p> <p>Parando a prática de enluvamento duplo.</p> <p>Reinstigação das auditorias de Higiene das Mãos e Salvar Vidas.</p>	7
A6	Rede Regional COVID-19 para Coordenação de Surto de SARS-CoV-2 em Veneto. Itália	PASIN L. SELLA N. CORREALE C et al, 2020.	O objetivo deste artigo é descrever como a região de Veneto lidou com a crise epidêmica do COVID-19 e para resumir as medidas urgentes adotadas para evitar a ruptura do sistema de saúde.	comitê técnico e científico de emergência foi formado pelo governo local de Veneto para coordenar o resposta à emergência do surto de SARS-CoV-2 na região. A	Treinamento básico e instruções adequadas sobre o uso seguro de EPI foram garantidos para o pessoal iniciante da UTI.	7

				força-tarefa incluiu 10 especialistas em doenças infecciosas, terapia intensiva e gestão de saúde.		
A7	Preparando sua unidade de terapia intensiva para a pandemia de COVID-19: considerações práticas e estratégias.	GOH K. J. WONG J. TIEN J. et al.,2020.	Preparando os cuidados intensivos unidades (UTI) é parte integrante de qualquer resposta à pandemia.		<p>Contenção e preparação Mitigação e contenção ESPAÇO Designar uma UTI de isolamento, com pressão negativa AIIR.</p> <p>Identificação e isolamento rápidos de casos suspeitos/conhecidos de COVID-19 Garantir o acesso a testes de diagnóstico rápido (por exemplo, instalações laboratoriais)</p> <p>Iniciar o planejamento para capacidade de leitos de UTI de pico Utilizar leitos de UTI de pressão normal ou leitos monitorados existentes (por exemplo, TO, SRPA, alta dependência, suítes de endoscopia, pronto-socorro) Alternativa: leitos de coorte com barreiras físicas (por exemplo, cortinas) entre os pacientes.</p> <p>Garanta a retirada oportuna de pacientes estáveis com protocolo de desisolamento.</p> <p>Cuidados intensivos em massa: protocolo de triagem para pacientes levando em consideração os recursos disponíveis, princípios éticos e engajamento público.</p> <p>Segregação da equipe em equipes de 'linha de frente' Implementar medidas rigorosas de prevenção e controle de infecção Educação dos profissionais de saúde sobre medidas de controle de infecção com testes de ajuste N95 just-in-time Treinamento de simulação in situ, just-in-time, com processos multidisciplinares de revisão por pares antes e depois.</p> <p>Retreinamento periódico de profissionais de saúde em medidas de controle de infecção</p>	7

					<p>Vigilância da equipe (por exemplo, monitoramento de temperatura) e acesso a clínicas de funcionários designadas.</p> <p>Garantir a divulgação oportuna e factual informações e estabelecer comunicação bidirecional Fornecer linhas de ajuda e apoio psicológico, alojamentos temporários, mensagens de agradecimento de hospitais público.</p> <p>Iniciar treinamento prático em UTI para enfermeiros de cuidados não críticos e cursos de atualização em UTI para profissionais de saúde usando materiais online e instrucionais Vídeos Minimizar procedimentos desnecessários e transporte.</p> <p>Aumentar a capacidade de mão de obra por mudança ng estrutura de trabalho (por exemplo, turnos extras ou horas de trabalho) e restringindo licenças.</p> <p>Suspender procedimentos eletivos e serviços não essenciais. Redistribuição de profissionais de saúde com experiência em cuidados intensivos de outros departamentos para UTIs.</p> <p>Considerar a redução da proporção enfermeiro e médico por paciente.</p> <p>Cuidados intensivos em massa: realocar os profissionais de saúde não intensivos de outros departamentos para apoiar serviços essenciais, com Enfermeiros de UTI exercendo função de supervisão materiais.</p> <p>Garantir o suprimento adequado e estoques de EPI, consumíveis essenciais, medicamentos e equipamentos Fonte de canais alternativos de abastecimento de suprimentos e equipamentos; considerar o uso prolongado de</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>suprimentos/consumíveis quando for seguro fazê-lo e racionalizar o uso de medicamentos essenciais Mudar para itens de uso único (por exemplo, broncoscópios descartáveis).</p> <p>Garantir serviços de limpeza adequados e capacidade de gerenciamento de resíduos.</p> <p>Considere a reutilização estendida ou limitada dos respiradores N95 Considere alternativas aos respiradores N95</p> <p>Racionalize o uso de respiradores N95 (por exemplo, estratifique o risco por tipo de atividade).</p>	
--	--	--	--	--	---	--

4 DISCUSSÃO

Como demonstrado no quadro acima, foram encontradas diversas medidas de prevenção da Covid-19 em unidades de terapia intensivas sendo as principais sobre uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI), uso de máscaras N95, e desinfecção de ambientes contaminados.

Sedes et al., (2020), Aziz et al., (2020) e Goh et al., (2020), abordam em seus estudos diretrizes de enfrentamento a Covid-19 divididas por etapas que englobam fases de preparação para pandemia através de cancelamentos de cirurgias eletivas, priorizar atendimentos com maior probabilidade de recuperação, avaliação da necessidade de recursos humanos e técnicos por meio do dimensionamento de profissionais e materiais necessários com ampliação de espaços de unidade de terapia intensiva e treinamento da equipe. Utilização de medidas de proteção individual (luvas, roupas de proteção, proteção respiratória, ocupar e facial) e procedimento de isolamento.

Os autores abordam ainda, que em situações de casos confirmados de pacientes internados em UTI, recomenda-se que os pacientes não recebam visitas, pois além do risco de exposição a doença existe a falta de insumos necessários nas unidades hospitalares e como forma de amenizar tal situação as equipes devem implantar o uso de tecnologias de informação (celulares, vídeo conferências, ou mensagem) para estabelecer vínculo entre paciente e família (AZIZ et al., 2020; ALHAZZANI et al., 2020).

Tendo em vista o cenário pandêmico vivenciado, observa-se que a falta de insumos é um problema mundial, demonstrando a necessidade de uso racional de EPIs, recomenda-se: planejamento de ações através de registro e monitoramento para evitar contatos diretos desnecessários com paciente, realizar cuidados em tempo mínimo e número reduzido de profissionais. Ademais em situações de cuidados a pacientes suspeitos ou conformados é necessário o uso de máscaras cirúrgicas, realizando a estratificação de riscos. Em casos de procedimento geradores de aerossóis recomenda-se o uso de máscaras Pff2 ou Pff3, óculos ajustado ou protetor facial, luvas e batas impermeável de mangas compridas. Preconiza-se usar as máscaras apenas uma vez, contudo devido à falta de materiais estas podem ser reaproveitada pelos profissionais por um período de 8 horas em atividades contínuas ou intermitente ou uso prolongado se ela não estiver manchada ou molhada (SEDES et al., 2020, GOH et al., 2020).

Neste contexto, a literatura aponta estratégias direcionadas a redução de exposição de profissionais da saúde à covid, que envolve treinamento de colocação e retirada de EPIs, através de recursos visuais e listas de verificação e tutoriais em vídeos (AZIZ et al., 2020. PASSIN et al., 2020). Redução de profissionais que estão em contato direto com os pacientes, através da implementação de acesso remoto a controle de equipamentos afim de reduzir exposição ao patógeno (AZIZ et al., 2020). Outro estudo discorre sobre a prática asséptica de higienização das mãos como a mais eficaz e menos onerosa para as unidades hospitalares e ressaltando a utilização do uso adequado dos EPIs não só para prevenção do covid-19, mais também para outras infecções hospitalares. Além de que resalta a importância de obter recipientes com álcool gel beira leito de cada paciente (STURDY et al., 2020).

O controle e a prevenção de infecção são imprescindíveis tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde, com destaque aos que atuam em cuidados intensivos pois estão expostos a mais procedimento geradores de aerossóis e maiores períodos de contato com os pacientes tornando-os mais vulneráveis a adquirir a doença. Neste sentido, a educação continuada é importante para o controle eficaz de infecções, através do aprimoramento das habilidades dos profissionais de saúde e identificação dos desafios logísticos e técnicos com os cuidados de rotina ou na UTI. Estes devem ser ensinados a inspecionar, desinfetar e descartar os EPIs com segurança, por meio de treinamentos periódicos para garantir a prontidão e a proficiência da equipe (GOH et al., 2020).

Outras medidas de prevenção apontadas estão relacionadas a delimitação dos ambientes em área limpa, semipoluída e poluída na entrada, realização de desinfecção diária nas enfermarias com uso de cloro, higienização rigorosa das mãos e uso de EPIs; isolamento de contatos e gotículas, em local designados com equipamentos individualizados, com fornecimento de máscaras para pacientes em oxigenioterapia e indicação de troca regular do ar nas enfermarias. Fazer desinfecção completa dos equipamentos médicos utilizados pelos pacientes e descarte em lixo hospitalar infeccioso (DENG, WANG 2020, STURDY et al., 2020).

Alhazzani, et al., (2020) também aborda medida sobre utilização de máscaras N95 ou equivalentes dentro da UTI, além dos outros EPIs em situações geradoras de aerossóis a saber: intubação endotraqueal, broncoscopia, aspiração aberta, administração de tratamento nebulizado, ventilação manual antes da intubação,

pronação física do paciente, desligamento do paciente do ventilador, ventilação não invasiva com pressão positiva, traqueostomia, e ressuscitação cardiopulmonar. O autor recomenda ainda que esses procedimentos sejam realizados em salas de pressão negativa para prevenir a disseminação de patógenos no ar e conseqüentemente menor risco de contaminação cruzada entre profissionais e paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se na literatura que as principais ações realizadas para a prevenção da covid-19 nas UTIs concentraram-se prioritariamente no uso correto do EPIs, bem como na realização de treinamento de colocação e retirada do mesmo, a fim de evitar contaminação, além de especificação de local adequado para colocação e retirada dos EPIs; uso correto de mascaras n95 de acordo com o grau de exposição e higiene das mãos.

Desta forma acredita-se que os achados deste estudo podem orientar profissionais que trabalham em unidades de terapia intensiva a reduzir a contaminação da covid-19. Como limitações observou-se baixo nível de evidencia dos estudos encontrados, uma vez que foi realizado no principio da pandemia onde as pesquisas ainda eram incipientes. Contudo as medidas preventivas observadas são as utilizadas ainda nos dias atuais de enfrentamento a doença.

6 REFERÊNCIAS:

ALHAZZANI W, MOLLER M. H, ARABY A. et al., Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). **Intensive Care Med**, v. 46, p.854–887, 2020.

AZIZ, R. ARABI, Y. M, ALHAZZANI W. et al., Managing ICU surge during the COVID-19 crisis: rapid guidelines. **Intensive Care Med** v. 46, p.1303–1325, 2020.

DENG, W. QUI, B. WANG, D. X. An emergency strategy for intensive care unit during COVID-19 outbreak in Chongqing, China. **European Review for Medical and Pharmacological Sciences**, v.24, p. 7886-7888, 2020.

FARIAS, D.L.C. PRATIS, J. CAVALCANTI, A.B. et al., Rationale and design of the “Tocilizumab in patients with moderate to severe COVID-19: an open-label multicentre randomized controlled” trial (TOCIBRAS) **Rev Bras Ter Intensiva**. V. 32, n; 3, p. 337-347, 2020.

GOH K. J. WONG J. TIEN J. et al., Preparing your intensive care unit for the COVID-19 pandemic: practical considerations and strategies. **Critical Care**. V. 24, p.215, 2020.

Melnik BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidencebased practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidencebased practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

MINISTERIO DA SAÚDE. DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA COVID-19, 2020.

MOREIRA R.S. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.36, n. 5, 2020.

NUNES, B.P, SOUZA A.S.S, NIGUEIRA J. et al., Multimorbidade e população em risco para COVID-19 grave no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. **cadernos.ensp.fiocruz**, 2020.

PASIN L. SELLA N. CORREALE C et al,. Regional COVID-19 Network for Coordination of SARS-CoV-2 outbreak in Veneto, Italy. **Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia**, v.34, p. 2341-2345, 2020.

PLONTNIKOW G. A. MATEA, A. NADUR, J.M et al, Characteristics and outcomes of patients infected with nCoV19 requiring invasive mechanical ventilation in Argentina. **Rev Bras Ter Intensiva**.v.32, n.3, p.348-353, 2020.

RACHER B, ROCHA, R, NUNES L el al., Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo a COVID- ` 19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupac,ao Hospitalar. **Instituto de Estudos para Politica de Saúde**, março, 2020.

SANTOS C.M.C. PIMENTA, C.A.M. NOBRE, M.R.C A ESTRATÉGIA PICO PARA A CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA E BUSCA DE EVIDÊNCIAS, *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 maio-junho; V. 15, N. 3), 2007.

SEDES, P. R; SANZ M.A.B. SAERA, M.A.B et al., Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. **Med Intensiva**. v. 44, n. 6, p.363-370, 2020.

STURDY A. BASARAB M. COTTER M. et al., Severe COVID-19 and healthcare-associated infections on the ICU: time to remember the basics? **Journal of Hospital Infection**, v. 105, p.593-595, 2020.

WHITTEMORE R, KNAFL K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs**. v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>