



CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO CONTIGENCIAMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM TERAPIA INTENSIVA DURANTE PANDEMIA POR COVID-19

Considerando a declaração da Organização Mundial da Saúde de 11 de março de 2020 que elevou o estado de contaminação da COVID-19 para pandemia;

Considerando a circulação comunitária do vírus SARS-2 nas cidades brasileiras;

Considerando que a abertura e funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva bem como de Unidades de Cuidados Intermediários ou Semi-intensivas possuem normativas bem sedimentadas por portarias e resoluções específicas abaixo:

- Resolução Nº 2.271/2020 do Conselho Federal de Medicina que define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento;

https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28671:2020-04-23-12-02-25&catid=3#:~:text=N%C3%ADveis%20%2D%20A%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%202.271,vital%2C%20com%20risco%20de%20morte.

- Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, RDC 07/2010 que dispõe sobre os requisitos *requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensivas*;

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-07-2010>

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB
Rua Arminda, 93 7º andar Vila Olímpia, São Paulo-SP 04545-100
Tel. (11) 5089-2642 www.amib.org.br associados@amib.org.br





- Portaria número 895 do Ministério da Saúde, de 31 de março de 2017 que instituiu o cuidado progressivo e as Unidades de Cuidados Intermediários;
<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/07/106713-16-82-Minuta-Portaria-PROTOCOLO.pdf>

Considerando a necessidade de ampliar rapidamente a oferta de cuidados intensivos para enfrentamento da pandemia;

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) julga pertinente, em caráter de excepcionalidade, durante o período de pandemia, que as exigências consolidadas na atual legislação possam ser adaptadas e flexibilizadas, com a finalidade de atender às demandas que se impõem nessa situação.

Desta forma, as recomendações para que esta adaptação possa ocorrer garantindo assistência a saúde de pacientes graves em um cenário de pandemia caracterizado por baixa probabilidade de provisão de recursos usualmente considerados como minimamente adequados, devem seguir critérios que visam otimizar a assistência a estes pacientes ao tempo em que garante o melhor padrão de qualidade e segurança possível nestas circunstâncias.

A AMIB agrupou recomendações neste sentido, visando nortear as ações de contingenciamento de recursos humanos para operacionalizar essas unidades de assistência a pacientes graves durante a vigência da pandemia por COVID-19.



RECOMENDAÇÕES DE CONTINGENCIAMENTO RECURSOS HUMANOS EM UNIDADES DE ASSISTÊNCIA A PACIENTES GRAVES ACOMETIDOS POR COVID-19

A criação de novas Unidades de Tratamento Intensivo e ou a expansão de novos leitos de tratamento intensivo adulto ou pediátrico, para atender aos pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave durante a pandemia da COVID-19, podem ocorrer, na modalidade Cuidado Intermediário Adulto ou Pediátrico (UTI-1) mesmo em estabelecimentos de saúde que não disponham de UTIs tipo II ou III.

Os critérios de inelegibilidade para admissão de pacientes nas Unidades de Cuidados Intermediários adulto ou pediátrica podem ser flexibilizados conforme a necessidade local. Ressaltamos que algumas unidades de assistência a pacientes graves com COVID podem não preencher critérios de uma Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade de Cuidados Intermediários conforme definição da Resolução Nº 2.271/2020 do Conselho Federal de Medicina como por exemplo, leitos de assistência a pacientes graves em hospitais de campanha, leitos em unidades respiratórias, leitos em unidades de pronto atendimento e leitos abertos em condições de excepcionalidade.

Com relação à função de coordenação e médico rotineiro (médico diarista) :

- A condução horizontal com delineamento da estratégia diagnóstico-terapêutica bem como acompanhamento e modificação desta estratégia de forma diuturna é condição essencial para possibilidade de bom desfecho destes pacientes e requer profissionais com conhecimento especializado em Medicina Intensiva. Desta forma, na ausência de médico diarista portador de Título de Especialista em Medicina Intensiva (TE/AMIB) ou Registro de Qualificação de Especialista (RQE) em Medicina Intensiva, pelo Conselho Regional de Medicina, esta atribuição poderá ser realizada, preferencialmente, por médicos com titulação ou residência médica em nefrologia, clínica médica, anestesiologia, pneumologia, cardiologia entre outras, que idealmente tenham experiência em medicina intensiva e, na



falta destes, esta atribuição poderá ser realizada por qualquer médico, **desde que supervisionado por médico especialista em Medicina Intensiva. A disponibilização dessa supervisão por especialistas de forma horizontal e também diuturna poderá ser realizada de forma remota e contínua, por médico detentor destas qualificações.**

- Recomenda-se que presencialmente ou virtualmente, o médico intensivista rotineiro ou diarista esteja responsável por até no máximo 20 pacientes por turno.

- Se não houver nenhum médico com as qualificações requeridas para assumir a Responsabilidade Técnica no local, isto é, Título de Especialista em Medicina Intensiva (TE/AMIB) ou Registro de Qualificação de Especialista em Medicina Intensiva, pelo Conselho Regional de Medicina localmente, **esta atribuição poderá ser realizada, de forma remota e contínua, por médico detentor destas qualificações. Este será um Responsável Técnico Tutor desta Unidade.**

- Recomenda-se que presencialmente ou virtualmente, o médico intensivista esteja como responsável técnico por até no máximo 3 unidades de terapia intensiva.

Cabe ressaltar que eventualmente leitos abertos emergencialmente para atendimento de pacientes críticos COVID e que não preencham todos os requisitos dos marcos regulatórios para serem designados como UTI estarão sob a gestão de Gestores da Crise durante a pandemia. Nestas circunstâncias, pode não ser exigido um médico intensivista como RT do setor, não obstante, a condução clínica destes pacientes graves deve, sempre que possível, ser realizada ou supervisionada por médico intensivista rotineiro (diarista) garantindo seguimento horizontal desta assistência.



Com relação à função de médico plantonista:

Na ausência de médicos plantonistas com experiência clínica em Medicina Intensiva, a proporção de pacientes para médico plantonista experiente pode ser ajustada alcançando 1 médico para 15 pacientes e em casos extremos até de 1 médico para 20 pacientes. No entanto, sempre que esta estratégia for necessária, ela só deverá ser utilizada mediante disponibilização de suporte estruturado a estes médicos. Este suporte deve ocorrer através da alocação de médicos menos experientes para compor a equipe auxiliando com as ações de menor complexidade durante o plantão (ex: prescrições, evoluções, solicitação e checagem de exames, monitorização do plano diagnóstico-terapêutico). Outra possibilidade de suporte sugerida é a de formar times para acesso venoso central (ex: cirurgiões), times para intubação (ex: anestesistas), e desta forma diminuir a sobrecarga da equipe durante o plantão, viabilizando a melhor utilização do plantonista experiente ao tempo em que utiliza a participação e ajuda de todos.

Com relação à proporção de profissionais da equipe multidisciplinar nestas unidades

Com relação ao número de profissionais de fisioterapia e de enfermagem reservamos às respectivas sociedades e conselhos as devidas considerações. Não obstante nossa recomendação é a de que não haja diminuição na proporção usualmente recomendada. Em casos extremos sugerimos estratégia de contingenciamento similar ao mencionado para a função de médico plantonista, ou seja, caso seja necessário aumentar a proporção enfermeiro/paciente ou fisioterapeuta/paciente a utilização de profissionais menos experientes para auxiliar em ações de menor complexidade podem auxiliar a viabilizar a assistência neste cenário.

Com relação ao quantitativo de técnicos de enfermagem sugerimos um técnico para cada três leitos em unidades de cuidados intermediários ou semi-intensivos; e um técnico para cada dois leitos em unidades de terapia intensiva.



Estas sugestões decorrem da experiência já acumulada no manejo destes pacientes, que evidenciou maior carga de trabalho para a equipe multiprofissional, causada pela adoção das medidas de proteção individual preconizadas, estas indispensáveis para a prática segura.

No entanto em situações de extrema escassez de recursos humanos, cabe ao DT técnico da Instituição em consonância com o RT técnico médico da Unidade, RT de enfermagem e o RT de fisioterapia da Unidade e/ou Instituição definirem a possibilidade de flexibilização ainda maior da equipe acima mencionada, desde que garantido o melhor e mais seguro atendimento possível aos pacientes da pandemia, em consonância com os critérios bioéticos.

Conclusões

A assistência a pacientes com quadros graves de COVID-19 é complexa e exige conhecimento especializado para que se possa ter chance de obter desfechos positivos.

Além de complexa exige da equipe multidisciplinar um trabalho que se caracteriza por sobrecarga de trabalho excepcional. Ao tempo em que se faz necessário e urgente atender a todos que demandam assistência, se torna essencial o uso racional e eficaz de recursos humanos especializados amplificando assim a possibilidade de assistência segura e de qualidade a todos que dela precisarem.

As recomendações acima representam flexibilização considerável nas normativas de funcionamento para unidades destinadas ao atendimento de pacientes críticos. No entanto, cientes da dimensão e da gravidade da situação vigente, em casos de cenários excepcionais, caso se faça necessário flexibilizações ainda maiores, esta avaliação e



decisão devem ser compartilhadas entre o responsável técnico dessas unidades junto a direção técnica do hospital.

Ressaltamos que a AMIB se posicionou de forma favorável a medidas de contingenciamento dos recursos humanos em UTIs durante o período de pandemia junto ao Ministério da Saúde através de ofício (Ofício no 029/DIR/AMIB/2020) enviado no dia 01 de abril de 2020 contendo sugestões para solução referentes a este contingenciamento conforme documento no link a seguir:

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/julho/02/Oficio_029_AMIB_Ministerio_Saude_010420.pdf.

O Conselho Federal de Medicina também se posicionou de forma favorável à adaptação das normativas vigentes referentes aos recursos humanos das UTIs durante o período da pandemia conforme ofício no link a seguir:

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/21/Oficio_CFM_no_1749-2020-GABIN.pdf.

Por fim, ressaltamos que findo o período de pandemia, as unidades de assistência a saúde de paciente críticos devem voltar a obedecer de forma integral a legislação vigente e descritas na Portaria 895 do Ministério da Saúde, na RDC 07/2010 da ANVISA e na Resolução 2271/2020 do Conselho Federal de Medicina.

Suzana Margareth Ajeje Lobo
Presidente AMIB

Patricia Veiga C. Mello
Presidente Comissão Defesa Profissional AMIB