

VISITAS VIRTUAIS  
DURANTE A PANDEMIA DO  
**COVID - 19**

Recomendações práticas para comunicação e acolhimento  
em diferentes cenários da pandemia

Douglas Crispim  
Maria Júlia Paes da Silva  
Walmir Cedotti  
Millena Câmara  
Sarah Ananda Gomes



## Visitas Virtuais durante a pandemia do COVID - 19

---

Dicas para adaptação de condutas para diferentes cenários na pandemia



## **Sumário**

<i>Os autores.....</i>	<i>07</i>
<i>Natureza do Documento.....</i>	<i>07</i>
<i>Introdução.....</i>	<i>08</i>
<i>Objetivo.....</i>	<i>08</i>
<i>Método.....</i>	<i>08</i>
<i>Rotina geral de comunicação com pacientes internados e familiares.....</i>	<i>09</i>
<i>Protocolo de Visita Virtual.....</i>	<i>09</i>
<i>Fluxo: Realização do Boletim e Visita Virtual para pacientes Covid-19 internados.....</i>	<i>11</i>
<i>Modelo de visita virtual intra hospitalar.....</i>	<i>12</i>
<i>Considerações finais.....</i>	<i>13</i>
<i>Referências.....</i>	<i>14</i>



**Os autores:**

Douglas Crispim é médico geriatra e paliativista. Doutorado em cuidados paliativos. Ministra a disciplina de comunicação difícil para a residência multiprofissional de Cuidados Paliativos do HCFMUSP. Fundador e líder do IBCS (Instituto Brasileiro de Comunicação em Saúde)

Maria Júlia Paes da Silva é enfermeira, doutorado e docência na área de comunicação. Professora titular aposentada da Escola de Enfermagem da USP. Pesquisadora na área de comunicação interpessoal.

Walmir Cedotti é psicanalista clínico, atua no desenvolvimento de líderes e equipes no HCFMUSP e no ICESP, consultor de desenvolvimento humano para instituições. Ministra treinamentos em comunicação, liderança e desenvolvimento humano no IBCS.

Millena Câmara é psicóloga, mestre em psicologia, especialista em Psicologia do Luto, Psicologia hospitalar e Terapia familiar. Membro do IWG (International Working group on death, dying and bereavement), fundadora do Núcleo Apego e Perdas e consultora no IBCS.

Sarah Ananda é médica clínica. Residência em cuidados paliativos pelo HCFMUSP, atual presidente da SOTAMIG, vice-presidente do comitê de Bioética do Grupo Oncoclínicas e coordenadora do serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Felício Rocho em Belo Horizonte-MG.

***Natureza do Documento***

Este documento não é um protocolo. É de livre iniciativa dos autores para que possa oferecer recomendações adaptáveis aos diferentes serviços.



## Introdução

Em janeiro de 2020, teve início uma epidemia pelo novo coronavírus. Em pouco tempo atingiu mais países, sendo considerada pandemia em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde. O vírus possui rápida disseminação e, apesar de uma taxa de mortalidade variando de 2 a 15%, o elevado número de casos e a evolução rápida dos casos graves, gerou um aumento massivo das internações hospitalares, da utilização dos recursos de terapia intensiva e das mortes.

No Brasil, o estado com maior número de casos atuais e projetados é o estado de São Paulo, onde também ocorreram as primeiras mortes pela doença, este estado teve decretado estado de Calamidade Pública a partir do dia 20 de março. Seguem a ele, o maior município do Brasil, São Paulo capital e o restante dos estados brasileiros.

Em uma situação de crise grave como a atual, diversos cenários devem ser traçados e não há apenas um caminho possível. 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.

Em situações de crise ou desastre, são considerados 3 níveis de comunicação essenciais: 1- UP: líderes e sociedade geral, 2- Across: Profissionais diretamente envolvidos na solução e combate, 3- Down: pessoas que sofrem as consequências do desastre, no caso atual, pacientes e seus familiares. Este documento priorizará as ações direcionadas para nível 3 e 2, nessa ordem de prioridade.

Outro conceito importante utilizado para elaborar este documento, é o de “meta-lideranças”, que considera, em momentos de desastre, que devem ser desenvolvidas novas lideranças direcionadas a tratar com eficácia determinado problema dentro da crise. Em nosso caso, a intenção é fornecer orientações para redução do sofrimento de pacientes, familiares e profissionais por meio da comunicação efetiva.

Ao analisar a situação atual, basearemos nos cenários possíveis de evolução da pandemia, nas experiências coletadas de outros países vítimas da mesma, na literatura e na experiência prática dos autores.

Considerando estes diferentes cenários, serão propostas medidas para otimizar a comunicação e acolhimento dos pacientes e familiares afetados pela doença.

## Objetivo

Fornecer um conjunto de recomendações para organização dos serviços e atendimento dos funcionários de saúde voltado para as melhores práticas de comunicação durante a pandemia do Covid-19, em 2020.

## Método

Foram traçados diferentes cenários com as necessidades de atuação dos profissionais de saúde para a comunicação com pacientes, familiares, colegas e líderes durante a pandemia Covid-19 em 2020. Baseado nestes cenários, na literatura e na realidade brasileira, foram elaboradas recomendações de fluxos de atendimento aos mesmos, além de princípios práticos para o dia a dia dos profissionais.

## Rotina geral de comunicação com pacientes internados e familiares

Os pacientes que estão internados são os pacientes que possuem critérios de gravidade da doença com o desenvolvimento da pneumonia intersticial pelo Covid-19. Estas pessoas podem ser divididas em 2 grupos com relação a capacidade de se comunicar:

Quadro 1: classificação da capacidade do paciente para comunicação verbal

Classificação do paciente	Características
Paciente com capacidade para comunicação verbal efetiva	Pacientes fora da ventilação mecânica, com hemodinâmica estável, sem uso de ventilação não invasiva frequente, sem <i>delirium</i>
Paciente sem capacidade para comunicação verbal efetiva	Pacientes em Ventilação Mecânica ou ventilação não invasiva, ou hemodinâmica instável ou em <i>delirium</i>

## Protocolo de Visita Virtual

A visita tem a finalidade de manter o vínculo e apoio psicológico ao paciente durante sua internação. Durante a pandemia não será possível manter nenhuma rotina de visita presencial aos pacientes. Porém, com a tecnologia disponível, não é necessário manter as pessoas sem nenhum contato com o ambiente externo. Existem diversas formas de conectar pacientes e familiares por aplicativos. Não há nenhuma razão para deixar pessoas completamente isoladas de contato.



Fonte: "el universal" - Itália

A comunicação envolve a relação entre uma pessoa e outra, ela pode se dar fisicamente ou virtualmente. O Conselho Federal de Medicina já reconhece o WhatsApp como uma ferramenta de comunicação, vide o parecer a seguir:

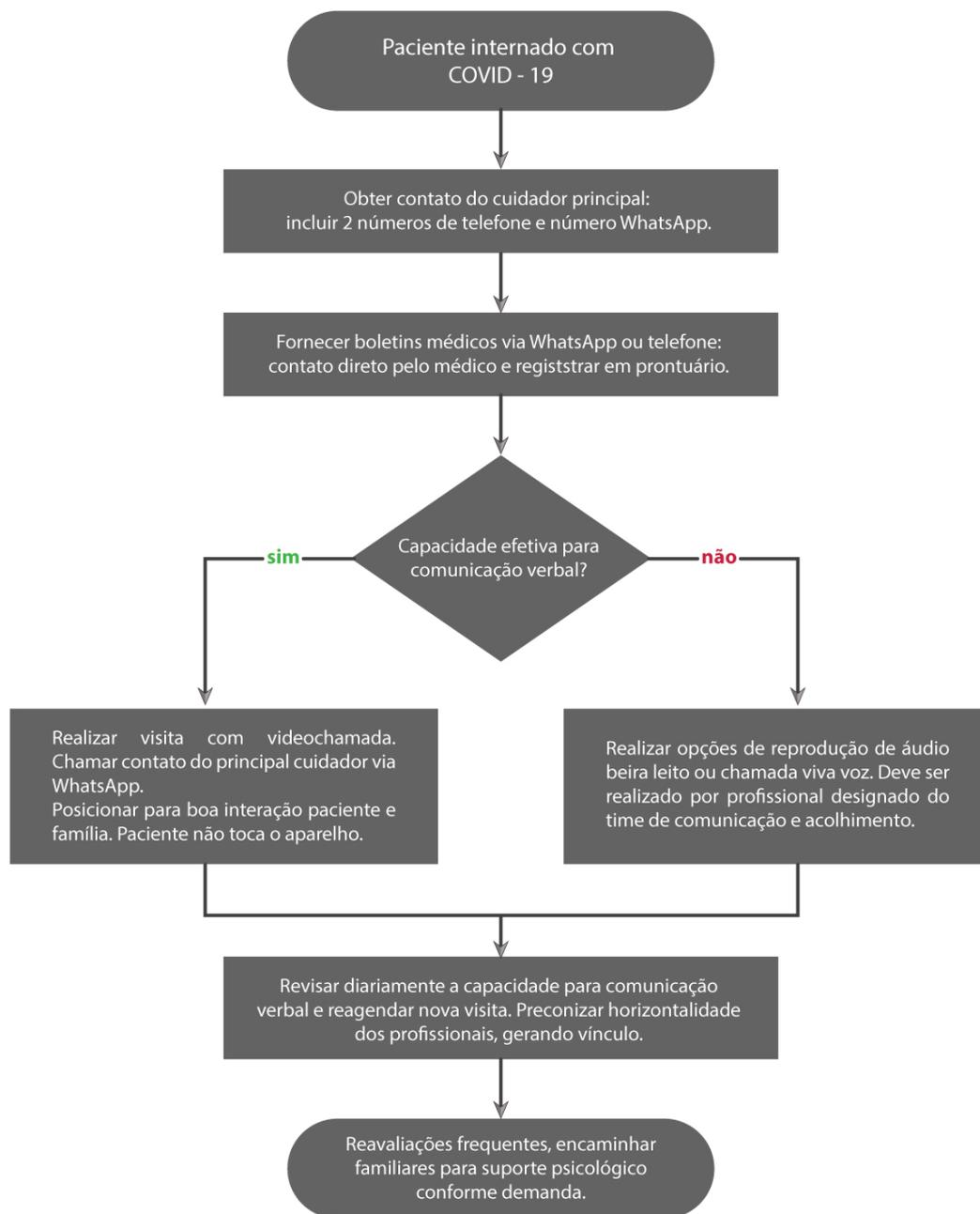
O parecer nº 14/2017 do Conselho Federal de Medicina sobre o uso do Whatsapp diz que: *“o whatsapp e plataformas similares podem ser usados para comunicação entre médicos e seus pacientes, bem como entre médicos e médicos em caráter privativo para enviar dados ou tirar dúvidas com colegas, bem como em grupos fechados de especialistas ou do corpo clínico de uma instituição ou cátedra, com a ressalva de que todas as informações passadas tem absoluto caráter confidencial e não podem extrapolar os limites do próprio grupo, nem tampouco podem circular em grupos recreativos, mesmo que composto apenas por médicos, ressaltando a vedação explícita em substituir as consultas presenciais e aquelas para complementação diagnóstica ou evolutiva a critério do médico por quaisquer das plataformas existentes ou que venham a existir”*

Manter pacientes com seus próprios aparelhos telefônicos durante a internação pode não ser uma opção viável em muitos casos, principalmente em ambiente caótico e movimentado.

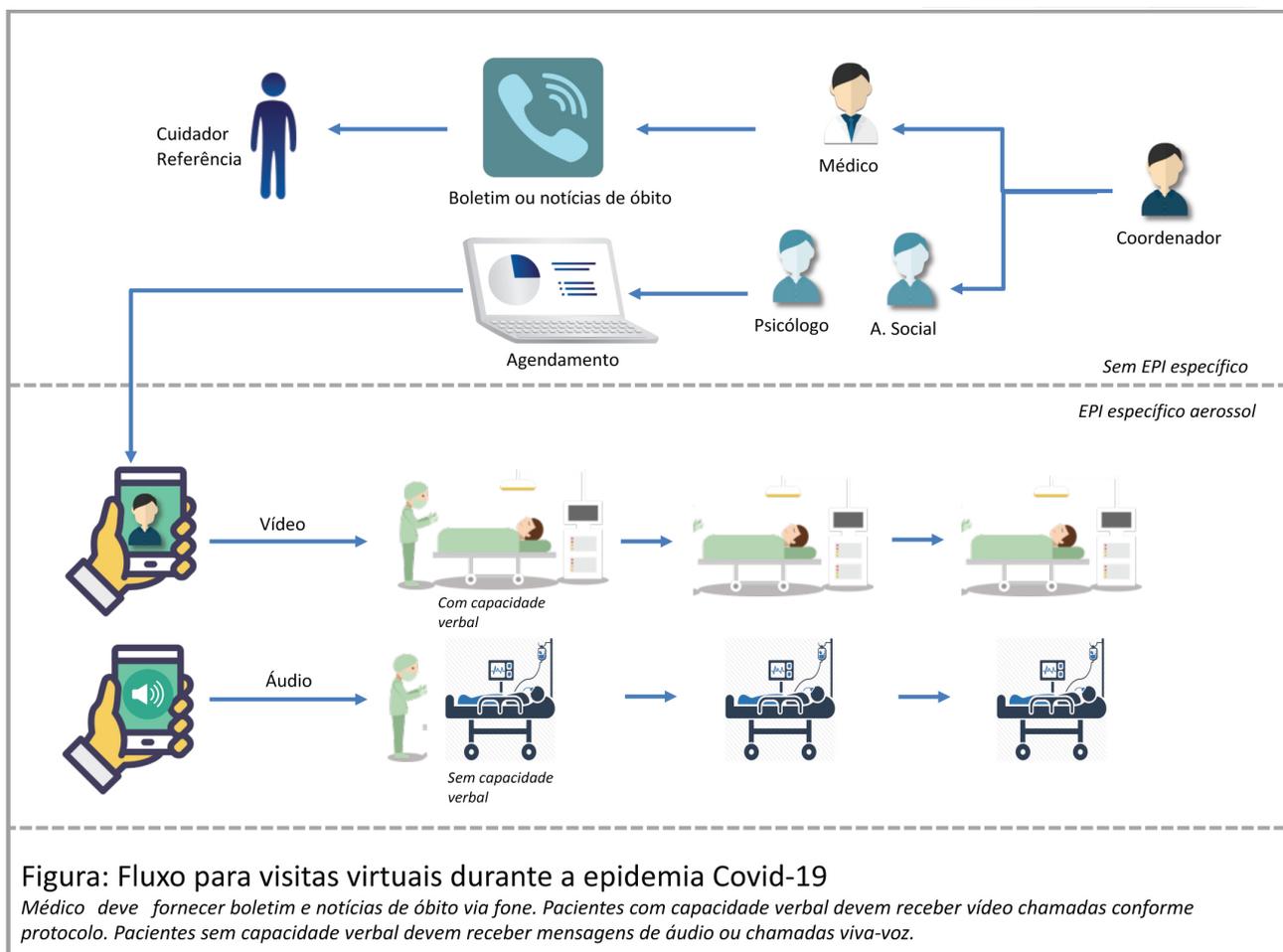
Sugerimos o uso do aplicativo WhatsApp para viabilizar visitas a pacientes em ambiente hospitalar ou intensivo, seguindo as tarefas:

- 1- *Providenciar aparelhos com boa conectividade específicos para a pandemia. Com baixo investimento, providenciar aparelhos com números e chips específicos para uso durante a pandemia. Recomenda-se sinal 4G e instalação do aplicativo WhatsApp. O aplicativo deve estar instalado em 1 aparelho para visitas (dentro da unidade) e outro para agendamentos (fora da unidade) na versão web simultânea dele;*
- 2- *Selecionar líder e “Time de Comunicação e Acolhimento” para executar as rotinas diárias junto aos familiares. Recomenda-se que o time seja formado por profissionais que, preferencialmente não estarão lidando com cuidados físicos e prescrição aos pacientes, para que não se prejudique o atendimento dos mesmos. Sugerimos 1 médico, que pode ser o plantonista horizontal e estará disponível para boletins e comunicados de óbito, psicólogos e assistentes sociais para as rotinas diárias de visita. A escala deve ser ajustada conforme número de pacientes a serem atendidos.*
- 3- *Elaborar escala de atendimento conforme horário de visitas alinhado com o time de combate ao Covid-19. Sugerido ao menos 1 intervenção diária. Durante todo o dia, o número (ou números) deve (m) estar disponível para entrar em contato com familiares dos pacientes;*
- 4- *Identificar o Cuidador Principal. Cada paciente deve ter 1 (um) cuidador principal de referência, este familiar será o responsável por reunir os demais para as visitas virtuais ou transmitir os informes aos mesmos. Deve-se certificar que esta pessoa é o responsável pelo paciente, coletar nome completo e 1 a 2 números de telefone, incluindo o WhatsApp;*
- 5- *Explicar rotina de comunicação, horários das visitas virtuais, funcionamento dos boletins médicos com horários, fluxo de dúvidas e notícias inesperadas para o cuidador principal;*
- 6- *Obter censo das unidades de internação de forma atualizada diariamente;*
- 7- *Classificar todos os pacientes em “com capacidade” ou “sem capacidade” para comunicação efetiva (vide quadro 1);*
- 8- *Fornecer boletins médicos resumidos diariamente: a informação deve ser fornecida pelo médico do grupo, baseada nos fatos vigentes e deve ser breve e resumida. Sugerido 5 minutos. Pode ocorrer via telefone ou chamada de voz via WhatsApp. Os boletins não envolvem o paciente, portanto não exigem paramentação específica;*
- 9- *Paramentação: profissional de psicologia ou serviço social realiza paramentação conforme protocolo local, utilizando proteção completa para aerossóis;*
- 10- *Executar a “visita virtual” com vídeo chamada para pacientes com capacidade verbal efetiva: profissional de psicologia ou serviço social (pode-se sugerir outros) realiza a ronda leito a leito. Em cada leito, realizar chamada de vídeo para o número do cuidador principal. Posicionar o aparelho a distância adequada que permita a boa visão e audição do paciente. Tempo sugerido de 5 a 10 minutos por paciente, podendo variar para menos no caso da piora da pandemia e necessidade de otimizar o tempo. Existe risco de conexão ineficiente, neste caso, realizar chamada de voz em viva voz. Não enviar fotos, mensagens de texto ou dados clínicos pelo aplicativo. Estar disponível para acolhimento psicológico do paciente nas visitas;*
- 11- *Seguir para os próximos leitos. Repetir a operação na sequência de leitos determinada, iniciando com os pacientes com capacidade e posteriormente seguindo para os pacientes sem capacidade verbal;*
- 12- *Para os pacientes sem capacidade verbal efetiva sugerimos chamada em viva voz, em que os familiares poderão falar ao paciente, ou envio de áudio para que seja reproduzido a beira leito para este paciente. O tempo desta operação deve seguir as mesmas orientações dos pacientes com chamadas de vídeo, não ultrapassando 5 a 10 minutos de áudio ou chamada em viva voz;*

### Fluxo: Realização do Boletim e Visita Virtual para pacientes Covid-19 internados



**Modelo de visita virtual intra hospitalar:**



Outros aplicativos como Skype, zoom meeting, Hangouts também podem ser usados, porém, o WhatsApp se destaca pela ampla difusão e presença em boa parte dos aparelhos telefônicos mesmo mais simples. A conexão de internet pode ser um limitante, porém atualmente, como ferramenta possível de uso em larga escala, ainda vem sendo a opção mais adequada para a nossa realidade brasileira.

### Considerações finais

A pandemia pelo Covid-19 possui uma carga de situações em que a comunicação pode auxiliar muito os profissionais para o melhor cuidado aos pacientes, familiares e aos próprios profissionais. Este conjunto de dicas não responderá todos os questionamentos, mas trará ideias sobre o melhor caminho em um momento tão difícil.

Nas situações de crise, devemos focar, além das medidas de combate, nas medidas de prevenção e planejamento. Organizar times focados em comunicação, visitas virtuais e outras soluções para reduzir o sofrimento destas pessoas pode reduzir muito a carga física, emocional e psíquica dos profissionais de saúde em caso de piora da situação.

Todas as medidas aqui propostas são de baixo custo, organização de recursos humanos factível e certamente terão impacto nas instituições.

Deixamos também nossa mensagem de esperança, entendendo que o espírito de unidade, solidariedade e prontidão, nos levará em breve a vencer estes desafios sustentados na construção de um grande e humano aprendizado. Estamos todos cheios de esperança, buscando oferecer o melhor para ajudar ao próximo. O que nos moverá será a luz do propósito verdadeiro, sigamos firmes!

Sufrer fará parte desta trajetória para todos os profissionais, mas temos a certeza de que temos muito honrando nossos juramentos profissionais. Estaremos lá até o fim. Somos criadores e criaturas: criemos a nossa melhor realidade para esta e as futuras gerações.

**Contato:**  
**comunicandomelhornacrise@gmail.com**

*\*Este material foi desenvolvido levando em considerações aspectos do dia a dia e cultura brasileiros.*

**Bibliografia consultada:**

- 1- COLOMBO, Sandro; CHECCHI, Francesco. *Decision-making in humanitarian crises: politics, and not only evidence, is the problem*. **Epidemiologia e prevenzione**, v. 42, n. 3-4, p. 214-225, 2018.
- 2- CRISPIM, Douglas Henrique et al. *Comunicação em cuidados paliativos*. In: **Manual da residência de cuidados paliativos**. Manole, 2018.
- 3- CRISPIM, Douglas Henrique et al. *Conduzindo uma Reunião de Família*. In: **Manual da residência de cuidados paliativos**. Manole, 2018.
- 4- FARRA, Sharon L. et al. *Disaster management: Communication up, across, and down*. **Nursing management**, v. 48, n. 7, p. 51-54, 2017.
- 5- HIPPER, Thomas J. et al. *The disaster information needs of families of children with special healthcare needs: a scoping review*. **Health security**, v. 16, n. 3, p. 178-192, 2018.. Minnesota Department of Health Emergency Preparedness and Response. Disponível em <https://www.health.state.mn.us/communities/ep/surge/crisis/index.html>. Acessado em 21 de março de 2020
- 6- MICHEL-KERJAN, Erwann. *We must build resilience into our communities*. **Nature**, v. 524, n. 7566, p. 389-389, 2015.
- 7- NATIONAL RESEARCH COUNCIL et al. **Facing hazards and disasters: Understanding human dimensions**. National Academies Press, 2006.
- 8- NAZARETH, Rodrigo Trisoglino; DE ALMEIDA, José Júlio Gonçalves; BASTOS, Alder Thiago. **UTILIZAÇÃO DO WHATSAPP E O PARECER CFM Nº 14/2017**. **Revista da Universidade Ibirapuera Jan/jun**, n. 19, p. 17-22, 2020.
- 9- SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio**. Edições Loyola, 2013.
- 10- SENDSEN, Erik R. et al. *Risk communication strategies: lessons learned from previous disasters with a focus on the Fukushima radiation accident*. **Current environmental health reports**, v. 3, n. 4, p. 348-359, 2016.
- 11- <https://www.vitaltalk.org/guides/covid-19-communication-skills/>
- 12- WISNER, Ben et al. *Communication With Children and Families About Disaster: Reviewing Multi-disciplinary Literature 2015–2017*. **Currentpsychiatryreports**, v. 20, n. 9, p. 73, 2018.

