

COMUNICAÇÃO DIFÍCIL E

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

Comunicação Difícil e 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>Cenários possíveis elencados.....</i>	<i>09</i>
<i>Rotina geral de comunicação com pacientes internados e familiares.....</i>	<i>09</i>
<i>Premissas sobre a necessidade de medidas de comunicação no Covid-19.....</i>	<i>10</i>
<i>Protocolo de Visita Virtual.....</i>	<i>11</i>
<i>Fluxo 1: Realização do Boletim e Visita Virtual para pacientes Covid-19 internados.....</i>	<i>13</i>
<i>Figura 1: Modelo de visita virtual intra hospitalar.....</i>	<i>14</i>
<i>Comunicação do óbito por Covid-19.....</i>	<i>15</i>
<i>Fluxo 2: noticiar óbito Covid-19 durante pandemia 2020.....</i>	<i>16</i>
<i>Comunicação em cenários específicos.....</i>	<i>17</i>
<i>Cenários com paciente vivo.....</i>	<i>17</i>
<i>Fornecendo o diagnóstico e orientando corretamente.....</i>	<i>17</i>
<i>A indicação do isolamento social.....</i>	<i>18</i>
<i>A indicação da internação e regras de restrição de visitas.....</i>	<i>19</i>
<i>Necessidade do uso da Ventilação Mecânica.....</i>	<i>19</i>
<i>Plano Avançado de Cuidados e Proporcionalidade do Cuidado para Covid-19 e pacientes em terminalidade de doenças.....</i>	<i>20</i>
<i>Plano Avançado de Cuidados e Proporcionalidade do Cuidado para Doenças Terminais sem critérios para Covid-19.....</i>	<i>21</i>
<i>Não indicação objetiva de Ventilação Mecânica na limitação extrema de recursos..</i>	<i>21</i>
<i>Cenários de Óbito.....</i>	<i>22</i>
<i>Morte em pacientes adultos idosos ou não.....</i>	<i>22</i>
<i>Morte de colegas de profissão: “meu colega de trabalho morreu”.....</i>	<i>22</i>
<i>A morte da criança e informar a morte para a criança.....</i>	<i>23</i>
<i>Informar a morte para a criança.....</i>	<i>24</i>
<i>Abordando pacientes internados sobre morte de familiares.....</i>	<i>25</i>
<i>Comunicação com a equipe.....</i>	<i>26</i>
<i>Risco de Burnout em membros da equipe.....</i>	<i>26</i>
<i>Recursos para uma melhor de Comunicação com profissionais.....</i>	<i>27</i>
<i>Liderando com medo e insegurança próprios e dos colegas.....</i>	<i>28</i>
<i>Considerações finais.....</i>	<i>28</i>
<i>Referências.....</i>	<i>29</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.

Cenários possíveis elencados:

Quadro 1: cenários específicos

Pacientes vivos	Fornecendo o diagnóstico e orientando
	Indicação de isolamento social
	Indicação da internação com regras de restrição de visitas
	Necessidade de uso da ventilação mecânica
	Plano Avançado de Cuidados e Proporcionalidade do Cuidado para Covid-19 e pacientes em terminalidade de doenças
	Plano Avançado de Cuidados e Proporcionalidade do Cuidado para Doenças Terminais sem critérios para Covid-19
	Não indicação objetiva de Ventilação Mecânica na limitação extrema de recursos
Casos de Óbito	Morte em pacientes adultos idosos e não idosos
	Morte de colegas de profissão: “meu colega de trabalho morreu”
	A morte da criança e a morte informada para a criança
	Abordando pacientes internados sobre morte de familiares
Comunicação com equipe	Identificando colegas com risco de <i>burnout</i>
	Liderando frente ao medo e insegurança próprios e dos colegas

Sendo assim, iremos dispor princípios básicos sobre a comunicação geral na pandemia e em seguida orientações para cada cenário específico.

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 2: 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>

Premissas sobre a necessidade de medidas de comunicação no Covid-19

Devemos ter atenção especial sobre o sofrimento humano relacionado a esta pandemia. Normalmente os esforços sistêmicos na busca da cura, além dos esforços para salvar a maioria da população são priorizados. Porém, identificamos justificativas claras para que se crie um fluxo de comunicação voltado para pacientes, familiares e profissionais. Dentre elas estão:

- 1- *Internação prolongada seguida de morte: a média de permanência das internações supera 20 dias e envolve isolamento dos pacientes de seus familiares por questões de segurança. Sendo assim, podemos observar que a maioria dos pacientes esteve sozinho, sem interação com o mundo externo, desde sua internação até o dia de sua morte. Além disso, familiares do lado de fora, em sofrimento pela não interação. Considerando a taxa de mortalidade das internações em UTI com ventilação mecânica para idosos, muitos deles viverão os últimos dias em solidão e sofrimento físico;*
- 2- *Despersonalização: pessoas internadas em unidades lotadas, muitas delas vendo pacientes em pior situação que elas, com pouca voz perante todo o contexto. Além disso, o medo de que em seus próximos dias, esteja no lugar daquele outro paciente que está no aparelho, ou que morreu. Aos poucos, a tendência é que sua identidade seja diluída em meio a uma coletividade;*
- 3- *Elevado número de más notícias a serem dadas: profissionais de todas as classes estarão na linha de frente. A maioria deles sem treinamento em comunicação, mas nem por isso poderão evitar que noticiarão mortes e pioras com frequência. A exposição dos mesmos sem o devido preparo pode aumentar seu estresse e risco de burnout;*
- 4- *Risco considerável de haver profissionais infectados e em estado grave: isto pode gerar dificuldade para os outros profissionais em executar suas funções normalmente. Como noticiar aos colegas que um outro colega foi para a UTI, ou foi a óbito pelo vírus?*
- 5- *Necessidade de cuidado especial com crianças e adolescentes: apesar de menor risco de mortes, as internações, isolamento e mortes de crianças e adolescentes possuem elevado impacto. Outro ponto é a forma de dar a notícia das mortes dos familiares para estas crianças e adolescentes;*
- 6- *Baixo custo e tecnologia disponível: hoje já existe tecnologia disponível a baixíssimo custo e risco para implementar um protocolo de visita virtual para os pacientes, mantendo a sua conexão com os queridos de forma frequente sem impactar no cuidado que vem recebendo;*
- 7- *Escalabilidade: este protocolo de comunicação por aplicativos e treinamentos de equipe por fluxos bem definidos são escaláveis e com alta possibilidade de serem reproduzidos por diversas instituições;*
- 8- *Mitigação de risco de luto complicado, estresse pós-traumático e burnout para após a epidemia*
- 9- *Apoio a equipes horizontais e verticais que estarão lidando diretamente com o cuidado físico aos pacientes: redução da carga psicológica do cuidado ao direcionar um time específico para a comunicação*

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. 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 2);*
- 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;*

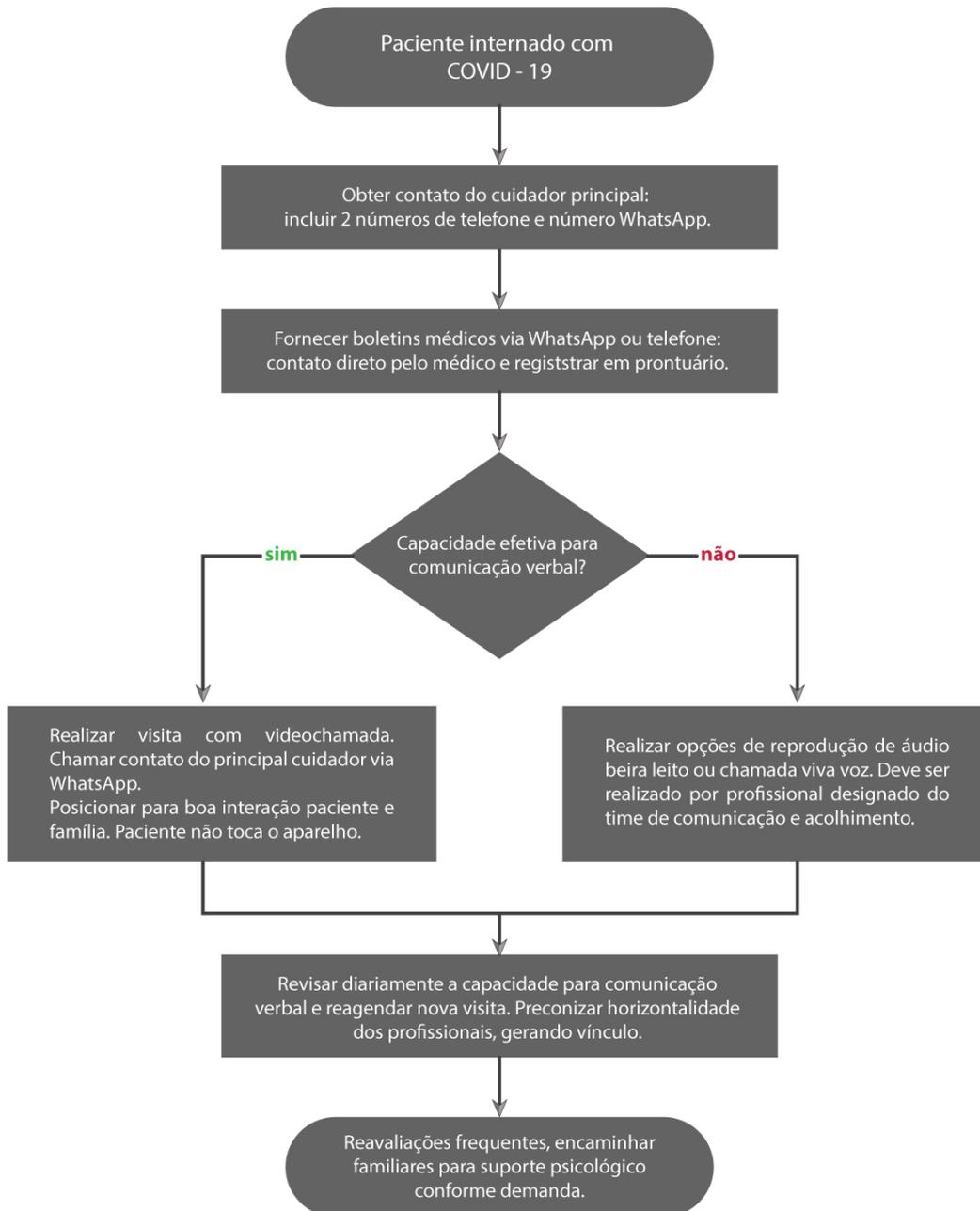
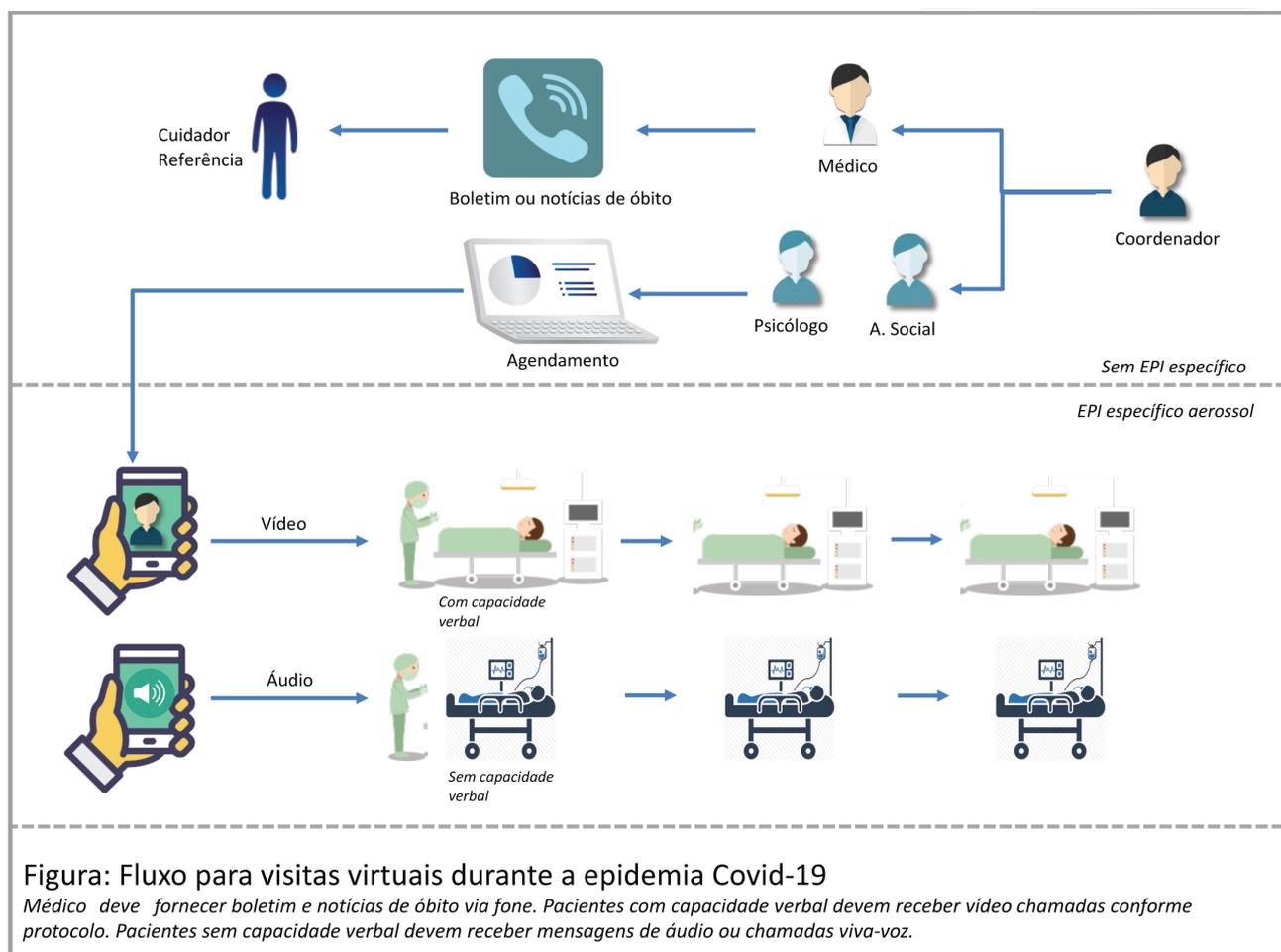
Fluxo 1: Realização do Boletim e Visita Virtual para pacientes Covid-19 internados

Figura 1: 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.

Comunicação do óbito por Covid-19

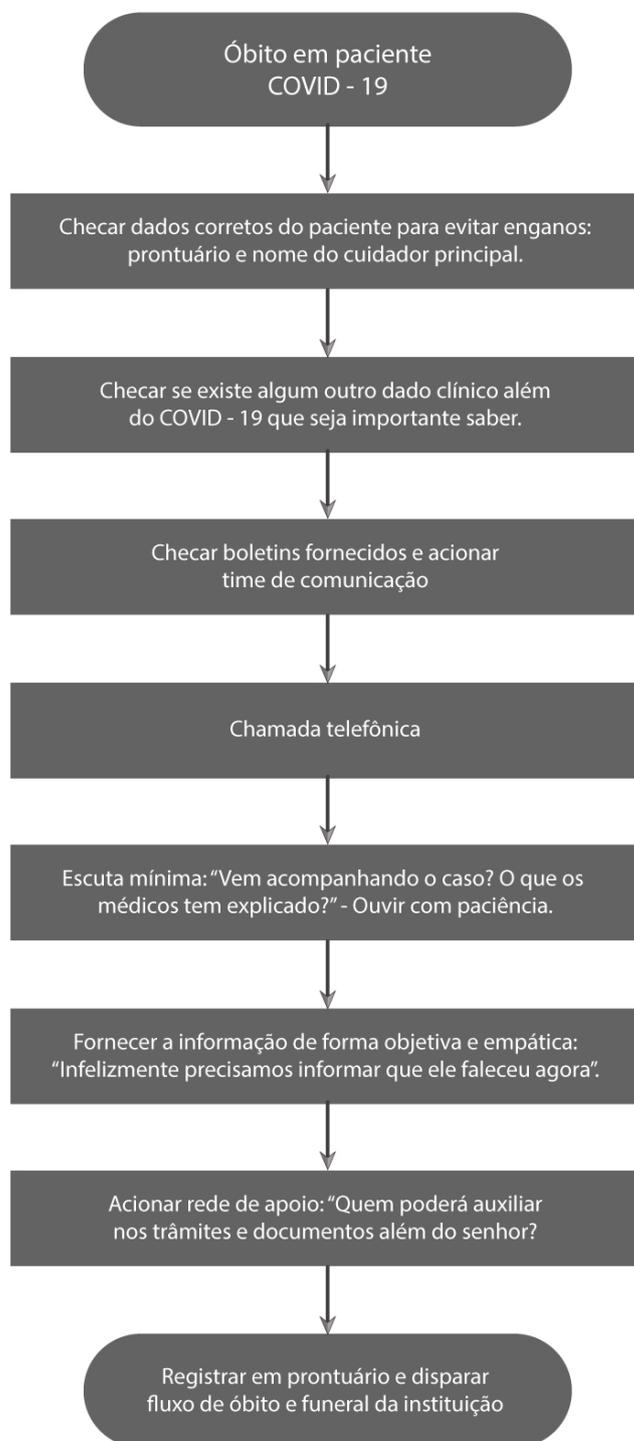
O óbito durante a pandemia por Covid-19 tem algumas características importantes:

Quadro 3: Características do óbito na Pandemia Covid-19 em 2020

1- <i>Pode ser muito frequente</i>
2- <i>Deve ser comunicado a distância</i>
3- <i>É considerado agudo, com pouca história prévia significativa</i>
4- <i>Possui particularidades quanto ao funeral</i>

Sendo assim, seguem algumas recomendações práticas e uma sequência de ações possível:

- 1- *Checar prontuário do paciente, observar se existe algum detalhe a mais que seja importante ser dito;*
- 2- *Conferir dados corretos do paciente e cuidador. Haverá pouco tempo de fala, portanto não erre nomes;*
- 3- *Checar rotinas de boletins e visitas com o Time de Comunicação;*
- 4- *Realizar chamada ao cuidador principal listado no prontuário;*
- 5- *Checar se ele se encontra em local e condições para esta conversa, de preferência pergunte se ele tem mais alguém ao lado, pois é desejável;*
- 6- *Realizar escuta mínima com familiar: Ex: “O senhor está acompanhando o caso dele? Vem recebendo os boletins?”*
- 7- *Realize escuta mais objetiva, porém deixe que ele fale o que sabe ou sente;*
- 8- *Fornecer a notícia de forma clara e objetiva, em tom acolhedor e suave: Ex: “Infelizmente precisamos dizer que seu pai faleceu agora pela doença”*
- 9- *Dar tempo para emoções: tente empatizar `a distância, doe silêncio e respeito, aguarde uma manifestação dele para seguir;*
- 10- *Solicitar e acionar redes de apoio. Solicite apoio de alguém para documentação e trâmites funerários, nem sempre a pessoa terá condições: Ex: “Da família de vocês, ou pessoas próximas, quem poderíamos falar para nos ajudar com os documentos daqui pra frente?”*
- 11- *Encerrar a ligação e dar direcionamento aos trâmites funerários conforme protocolo local;*
- 12- *Registrar chamada telefônica em prontuário do paciente.*

Fluxo 2: noticiar óbito Covid-19 durante pandemia 2020

Comunicação em cenários específicos

Quadro 4: cenários específicos

Pacientes vivos	Fornecendo o diagnóstico e orientando
	Indicação de isolamento social
	Indicação da internação com regras de restrição de visitas
	Necessidade de uso da ventilação mecânica
	Plano Avançado de Cuidados e Proporcionalidade do Cuidado para Covid-19 e pacientes em terminalidade de doenças
	Plano Avançado de Cuidados e Proporcionalidade do Cuidado para Doenças Terminais sem critérios para Covid-19
	Não indicação objetiva de Ventilação Mecânica na limitação extrema de recursos
Casos de Óbito	Morte em pacientes adultos idosos e não idosos
	Morte de colegas de profissão: “meu colega de trabalho morreu”
	A morte da criança e a morte informada para a criança
	Abordando pacientes internados sobre morte de familiares
Comunicação com equipe	Identificando colegas com risco de <i>burnout</i>
	Liderando frente ao medo e insegurança próprios e dos colegas

Cenários com paciente vivo

1- *Fornecendo o diagnóstico e orientando corretamente*

Existem sintomas claros que definem um caso suspeito. Em momentos de elevada disseminação comunitária, pode não ser possível a testagem de 100% dos pacientes. Mesmo assim, as pessoas sintomáticas devem ser obrigatoriamente isoladas em domicílio.

Ao fornecer a notícia sobre o diagnóstico, o paciente já deve estar sintomático e suspeitar da mesma, o que mais pode ocorrer são dúvidas a respeito do plano terapêutico para ele, e a ansiedade sobre o que ocorrerá adiante. Seja honesto sobre os riscos e não deixe de ressaltar sobre a maior parte dos desfechos ser positiva.

A escuta, como em todos casos de notícia de agudos, deve ser mínima, mas deve ocorrer, sempre pergunte o que ele sabe, o que já falaram e o que imagina.

Em seguida forneça o diagnóstico e as orientações conforme protocoladas em seu serviço. Fique a disposição para tirar dúvidas:

“Corro risco?”

Seja honesto com pacientes em grupo de risco e responda que “sim, infelizmente. Vamos trabalhar constantemente para que você receba o melhor tratamento”, não tente ser excessivamente otimista, o mesmo vale para os que não possuem risco, responda que “no seu caso o risco é menor, apesar de todos correrem. Importante que siga todas as orientações e nos ajude no tratamento”.

“E agora?”

Durante a crise, se restrinja às informações e orientações formalizadas no momento pela sua instituição. Ex: “A partir de agora será necessário que fique em casa, e em casa tome alguns cuidados. Pode não ser agradável, mas preciso que faça”

2- A indicação do isolamento social

Pode parecer simples, mas esta medida não é tão simples de ser cumprida. No dia 20 de março, em plena epidemia, muitas cidades brasileiras seguiam com ruas lotadas. Muitas pessoas não entenderam e algumas não entenderão a gravidade da situação. Além disso, existem moradores de rua, trabalhadores informais, moradores de comunidade que residem em pequenos barracos e, infelizmente, pessoas que simplesmente irão ignorar o fato. A função do profissional é reforçar estas medidas para todos que podem cumpri-la. Para aqueles que realizam atendimento em emergências, o correto seria haver um material para entregar a todos que receberem alta para isolamento. O material deveria conter as recomendações de proteção domiciliar aos pacientes e familiares.

Sugestão:

Quadro 5: Como lidar com isolamento em domicílio

<p>Como a pessoa pode ficar isolada em casa? Idealmente, quando possível, ter um quarto exclusivo, não compartilhar banheiro, evitar estar em mesmo ambiente que os outros e se for necessário, ficar a mais de 1 metro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quarto exclusivo se puder - Lixo em lata com tampa e separado - Boa ventilação da janela - Banheiro exclusivo se puder - Use o celular para se comunicar, se puder - Não circular muito pela casa - Se for sair pra sala, usar máscara, higiene das mãos com álcool e ficar a mais de 1 metro
<p>Como limpar a casa? Fundamental a limpeza diária das superfícies e objetos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quem for limpar usar máscaras e luvas - Usar água sanitária diluída (uma parte para 49 partes de água) - Limpar chão, torneiras, vaso, mesas, interruptores, telefones, teclados - Lavar louça com água e sabão. Deixar louça separada - Lavar roupa com bastante sabão ou em máquina de 60 a 90 graus.
<p>O que fazer com os resíduos? Importante usar itens de limpeza descartáveis, separar o lixo em recipientes próprios e fazer a higiene completa da pessoa após manusear o lixo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jogar luvas e máscaras no lixo e lavar as mãos em seguida - O lixo deve ficar em saco plástico fechado - A toalha deve ser usada uma única vez e colocada em um balde separado

“Por que tenho que ficar isolado?”

- “Contamos com sua ajuda para que possa se proteger e proteger aos outros. Quanto menos pessoas tiverem esta doença, melhor poderemos cuidar de todas que foram mais graves. Inclusive você, se piorar, precisará ser atendido. Podemos contar com você? Estas são as recomendações que preciso que faça em casa e oriente sua família”

Obs: Não deixe que os pacientes saiam sem as orientações. Fazê-las apenas verbalmente acaba tornando superficial e com maior chance de não serem cumpridas. Se seu serviço não tem um impresso, escreva no receituário!

3- *A indicação da internação e regras de restrição de visitas*

A orientação é clara. Não haverá visitas presenciais. Isto se torna grave pois, como seres sociais, podemos experienciar uma situação de abandono. Para isto, este documento propõe as visitas virtuais. Mesmo assim, subitamente saber que não verá mais seus familiares pode ser algo muito doloroso para alguém. Imaginemos o idoso, que além disso, correrá alto risco de morrer longe dos seus. Esta notícia não é fácil, mas devemos ter postura empática e orientar adequadamente.

Sugerimos alguns pontos que podem reduzir o impacto desta restrição:

Tabela 1: Medidas para reduzir o impacto do Isolamento

- | |
|---|
| 1- <i>Montar um time de comunicação preparado para alto volume de pacientes</i> |
| 2- <i>Paciente ter uma pessoa de referência neste time, evitar troca constante de referências. Significa a pessoa ter um norte de presença.</i> |
| 3- <i>Fornecer os boletins via fone aos familiares</i> |
| 4- <i>Visitas virtuais conforme protocolo mesmo aos pacientes ventilados</i> |

“- Infelizmente, a partir de agora, precisará ficar internado (a). Aqui iremos fornecer o que há de melhor para cuidar de você. Neste período, não é possível você receber visitas presencialmente. Eu me chamo X, e faremos o possível para que você mande e receba notícias dos seus familiares de forma virtual”

“Não vou aguentar ficar sozinho todos estes dias”

“- Imagino que seja muito difícil, infelizmente é necessário agora, estarei aqui com frequência para lhe apoiar, e vamos falar diariamente com seus familiares também...”

4- *Necessidade do uso da Ventilação Mecânica*

A maioria dos pacientes não terá mínimas condições de serem informadas adequadamente sobre sua própria necessidade de ventilação mecânica. Portanto, quando o paciente apresentar os primeiros sinais de que esta possibilidade existe, ele deve ser informado. O foco maior é explicar que serão aplicados medicamentos para que ele fique sedado e que este aparelho irá auxiliar sua respiração enquanto os médicos combatem a doença. A maioria dos pacientes estará percebendo tudo ao seu redor, inclusive sua piora. Ao entrarem em insuficiência respiratória, serão intubados e conectados ao ventilador.

“- Sr, João. Existe uma chance de termos que ligar o aparelho para auxiliar na sua respiração. Caso isso aconteça, avisarei o senhor, faremos um medicamento que lhe deixará sonolento e inconsciente. Usaremos um tubo pela boca e o aparelho vai ajudar os pulmões. Durante este período, a equipe estará aqui cuidando do senhor, irei dar notícias aos seus familiares diariamente.”

Não existe uma forma agradável de dar esta notícia, mas saiba que, não dar pode ser pior. Cuide do outro e encare de frente. Olhe-o nos olhos quando conversar com ele.

5- *Plano Avançado de Cuidados e Proporcionalidade do Cuidado para Covid-19 e pacientes em terminalidade de doenças*

Em caso de paciente com doenças em fase de terminalidade ou consideradas incuráveis e com prognóstico restrito, em necessidade de internação, com suspeita de COVID-19, internar em setor de enfermaria específico, com medidas de isolamento habituais. Orientações:

Tabela 2: Orientações para comunicação sobre pacientes com outras doenças terminais e suspeita de Covid-19

1- *Revisar todos os documentos sobre Diretiva Antecipada de Vontade antes da decisão por intubação de pacientes para garantir que estamos prestando assistência centrada no paciente.*

2- *Considerar acionar equipe de cuidados paliativos se houver na instituição para celeridade e assertividade no planejamento de cuidados.*

3- *Equipe assistente de saúde reforçar ao início do atendimento os objetivos da discussão sobre planejamento e proporcionalidade de cuidados, antes de eventual piora clínica, considerando a ausência de benefício e o potencial de danos de intervenções de suporte avançado de vida no contexto de terminalidade (ex. intubação e conexão à ventilação mecânica, diálise, RCP e encaminhamento a UTI), com paciente / família ou cuidadores.*

4- *Se baseado na história natural da doença, prognóstico, funcionalidade, valores do paciente for definido que a proporcionalidade de cuidado seja com foco no conforto e dignidade, orientar familiares e paciente que o cuidado será oferecido em contexto de enfermaria utilizando todos os recursos disponíveis para manter um bom controle de sintomas e o conforto do paciente.*

5- *Considere a telemedicina ou aplicativos específicos de vídeo chamada para reuniões de família, se essas discussões forem necessárias para os objetivos das conversas sobre cuidados.*

6- *Capacitar e oferecer recursos para as equipes de psicologia e serviço social para acolhimento a distância de familiares e cuidadores.*

6- **Plano Avançado de Cuidados e Proporcionalidade do Cuidado para Doenças Terminais sem critérios para Covid-19**

Em caso de paciente com critérios de abordagem de Cuidados Paliativos e internados, SEM suspeita de COVID-19, internar local separado do setor o mais longe possível de pacientes com suspeita/confirmados de COVID.

Tabela 3: Orientações sobre comunicação sobre pacientes com doenças terminais sem suspeita de Covid-19

1. Revisar todos os documentos sobre Diretiva Antecipada de Vontade e registrar em prontuário.
2. Caso o paciente ainda não tenha o planejamento de cuidados com a definição da proporcionalidade de cuidados ou diretiva antecipada de vontade previa reforçar para equipe assistente a necessidade de definição desse planejamento já na admissão do paciente. (se necessário acionar equipe de cuidados paliativos nesse momento)
3. Em caso de descompensação, priorizar tratamento das intercorrências no quarto e racionalizar a transferência para setores de urgência. Considerar fluxo de atendimento para medidas reversíveis e tratáveis entre a equipe de cuidados paliativos e equipe assistente.
4. Estimular adequações no fluxo de desospitalização de pacientes com melhora gradual e/ou estabilidade clínica, considerando a potencial necessidade de utilização supranormal de leitos e alocações hospitalares pelos pacientes infectados pelo COVID-Realizar parcerias com serviço social e equipes de desospitalização das instituições, de modo a facilitar os trâmites e burocracias para alta hospitalar com atenção domiciliar e transferências para instituições de hospices, ILPI's e internações domiciliares.
5. Nesses pacientes sempre reforçar com a equipes assistentes, equipe de enfermagem e equipe multidisciplinar o controle de sintomas e medidas que visam o conforto do paciente.

7- **Não indicação objetiva de Ventilação Mecânica na limitação extrema de recursos**

Ninguém pode se considerar preparado para esta situação de crise/catástrofe. Mas considerando histórico de mortalidade e morbidade de outros países em conjunto com dimensão e população do Brasil, não é possível descartar que recursos tenham que ser direcionados a pacientes com prognóstico melhor. Esta decisão é dolorosa e envolve diversas questões éticas e clínicas. Além da dificuldade em estabelecer critérios para direcionar os recursos, pois, não há exatidão sobre a chance de sobrevivência de uma pessoa e esta responsabilidade não pode ser executada por um profissional sozinho.

As experiências de fora discutem limite de idade como ponto de corte para isso, pode ser que ainda seja considerado presença de doenças graves incuráveis. Infelizmente, neste momento ainda não se pode definir as regras específicas para esta tomada drástica de decisão, por isto, deixamos apenas alguns princípios básicos:

Tabela 4: Orientações para situações de limitação extrema de recursos

1- <i>Em cenários de restrição de recursos, provavelmente os familiares serão apenas informados e não consultados</i>
2- <i>A tomada de decisão sobre a quem destinar um recurso como um aparelho de ventilação mecânica deve ser feita por equipe multidisciplinar e por mais de um profissional médico, para evitar ou minimizar falhas, assim como compartilhar decisões difíceis e impacto psíquico.</i>
3- <i>Cada instituição pode ter limitações diferentes, com variação entre SUS e sistema privado, fique atento a cada recomendação nova da sua instituição. Siga.</i>
4- <i>Cuide de si. Mesmo. Infelizmente quem participar deste processo irá sofrer junto.</i>

Cenários de Óbito

1- *Morte em pacientes adultos idosos ou não*

Este será o mais frequente cenário de mortes. Aqui iremos lidar com mortes de idosos e mortes de adultos jovens. Lembre-se que a maioria das mortes por Covid-19 são inesperadas e agudas. O fato de uma pessoa ser idosa, não significa que ela tenha critérios de terminalidade, especificamente no caso do Covid-19, isto significa maior risco de morrer. Devemos lidar com maturidade a respeito das mortes e estarmos preparados para muitas que podem ocorrer. Profissionais que estarão na linha de frente devem ser cuidados para evitar colapso físico e mental. Seguem as recomendações:

Tabela 5: Recomendações de comunicação para mortes de adultos e idosos

- | |
|---|
| 1- <i>Tenha um time de comunicação formado na instituição, mesmo que executem outras funções, designe pessoas para esta linha de frente</i> |
| 2- <i>Siga o fluxo de notícia de óbito por telefone com atenção aos detalhes</i> |
| 3- <i>Atenção a saúde mental dos colegas, alterne a pessoa que dará as notícias</i> |
| 4- <i>Estabeleça um fluxo de trâmites funerários para facilitar e designe uma equipe para tal</i> |

2- *Morte de colegas de profissão: “meu colega de trabalho morreu”*

Esta situação já ocorreu em outros países e a taxa de infecções entre profissionais vai de 20 a 40%. Existe uma chance significativa de que sejamos infectados, uma chance menor, mas presente de óbito. Não existe uma forma protocolar de lidar com esta situação, seguem as recomendações:

Tabela 6: Recomendações sobre lidar com a morte de colegas de trabalho por Covid-19

- | |
|--|
| 1- <i>Reconheça e valide o seu próprio sentimento, seja honesto consigo</i> |
| 2- <i>Lembre-se de que podemos ser corajosos e partilhar nossa vulnerabilidade ao mesmo tempo</i> |
| 3- <i>Recupere e reafirme o seu propósito diariamente: tenha certeza de sua presença ali não é por acaso</i> |
| 4- <i>Procure ajuda se estes sentimentos afetarem suas capacidades profissionais e humanas</i> |
| 5- <i>Tenha esperança, esta situação irá passar</i> |

3- **A morte da criança e informar a morte para a criança**

A morte de uma criança é muito mobilizadora, tanto para os familiares como para a equipe que acompanha. Fomos educados a acreditar que a morte pertence apenas a última fase do ciclo vital, a velhice, mas sabemos por mais que seja difícil e por isso, muitas vezes negamos, que a morte é parte da vida e não há critérios lógicos para acontecer. Muitos questionamentos acompanham os familiares quando uma criança morre e os sentimentos podem ser intensos e destruturantes, sendo a culpa frequente e voltada para si ou para a equipe que a acompanhou. Considerando que a criança, por ainda estar em desenvolvimento, precisa dos cuidados de um adulto, os mesmos tendem a sentir que falharam no seu papel. Como parte do processo de luto, este sentimento tenderá a ir amenizando e pode desaparecer quando as primeiras reações de impacto e choque forem sendo substituídas pelo significado que aos poucos vai sendo construído. Lidar com a ausência é um aprendizado difícil e conviver com o vazio passa a ser o grande desafio.

Tabela 7: Recomendações aos profissionais de saúde sobre morte de criança na pandemia Covid-19:

- | |
|--|
| 1- <i>As reações dos familiares poderão ser direcionadas para vocês;</i> |
| 2- <i>Acolha com empatia e respeito, alguns argumentos não farão sentido nesse momento;</i> |
| 3- <i>Cuidado para não falar sobre suas crenças, elas podem não servir para outras pessoas e até gerar um efeito contrário, levando-os a se sentir agredidos;</i> |
| 4- <i>Reconheça a dor, diga que é difícil mesmo e só quem vive sabe o quanto. Nós não sabemos o quanto dói no outro, a dor é dele;</i> |
| 5- <i>Pergunte de que maneira pode ajuda-lo nesse momento. Perguntar ajuda a não fazer o que não é importante para o outro;</i> |
| 6- <i>Cuide de você! Algumas mortes impactam mais pois tocam em nossas questões. Reserve um tempo para você, deixe seus sentimentos saírem, converse com alguém.</i> |
| 7- <i>Permita-se se indignar, ficar triste, com raiva, ou que sentir. Ninguém da conta de tudo!</i> |

Informar a morte para a criança

Muitas vezes, a criança é deixada de lado de certos assuntos e acontecimentos familiares, como se não fosse parte desse sistema familiar, e a morte é um deles. Falar sobre a morte para uma criança é uma dificuldade do adulto, que muitas vezes não sabe o que fazer com sua impotência diante do sofrimento da mesma. Entendemos que o mundo infantil deve ser apenas de alegria e boas notícias e isso é impossível. O que de fato fazemos, tentando proteger as crianças de notícias difíceis e ruins é não permitir que vivenciem sua dor e a mensagem que passamos é de que ela não pode falar sobre alguns assuntos, levando-as a se sentirem sozinhas e desamparadas. Ajudar uma criança diante de uma morte é dizer-lhe a verdade e dar-lhe o direito de se enlutar e receber apoio e suporte.

Tabela 8: Recomendações sobre noticiar a morte a uma criança na pandemia Covid-19

1- <i>A notícia precisa ser dada por uma pessoa que a criança tenha vínculo seguro, essa é a prioridade! Oriente o familiar a falar a verdade para a criança na linguagem da criança;</i>
2- <i>Perguntar o que ela sabe sobre o que está acontecendo, se começarmos a falar pode ser que daremos informações desnecessárias;</i>
3- <i>Fale a partir do que a criança sabe e do que foi dito a ela;</i>
4- <i>Não usar metáforas! Por mais que seja difícil para o adulto falar a palavra “morreu”, é necessário. A criança está em desenvolvimento cognitivo e sua capacidade de abstração não está completa, então os eufemismos podem gerar mais confusão e fantasias;</i>
5- <i>Dê espaço para a criança expressar seus sentimentos e fazer seus questionamentos. Certifique-a que ela será cuidada e receberá apoio;</i>
6- <i>Use uma linguagem coerente com a idade da criança, mas não deixe de usar a palavra “morreu”, mesmo que ela não compreenda totalmente ainda, ela precisa diferenciar os tipos de ausência.</i>
7- <i>Questione se ela deseja perguntar algo, abra espaço para ela falar e diga que sempre que precisar poderá perguntar. Mas só diga o que pode de fato cumprir.</i>

Importante

A criança assim como o adulto, também se enluta e receber informações adequadas e verdadeiras ajudarão em seu processo de luto e de adaptação a essa nova vida sem a pessoa amada. Os outros vínculos precisarão ser fonte de segurança e confiança, então se ela descobrir que informações não foram verdadeiras, pode comprometer a relação com essas outras pessoas.

4- **Abordando pacientes internados sobre morte de familiares**

Ao lidar com uma pandemia, existe a possibilidade de que uma pessoa internada tenha que receber uma notícia de morte de um familiar. A pessoa internada pela doença já estará em situação de fragilidade física e emocional. Esconder a morte de um ente querido pode não ser adequado, como já demonstrado em alguns estudos. Além disso, esta ação é apenas recomendada quando a notícia a ser dada puder prejudicar diretamente a pessoa que recebe. Para tanto seguem as recomendações específicas para esta situação:

Tabela 9: Recomendações sobre noticiar mortes dos familiares para pacientes internados com Covid-19

- | |
|--|
| 1- <i>Tenha em mente as situações em que informar pode ser danoso ao paciente: pessoas com doenças psiquiátricas como Transtorno Afetivo, Depressão Grave, Transtornos Psicóticos, pessoas em delirium, pessoas com demência mesmo leve, pessoas com histórico de ideação ou tentativa de suicídio, crianças sem acompanhantes (todas devem estar sem), pessoas com manifestações emocionais desproporcionais pelo próprio quadro. Nestes casos considere não informar neste momento</i> |
| 2- <i>Realize a paramentação completa para aerossóis conforme orientação da sua instituição</i> |
| 3- <i>Realize escuta mínima incluindo anseios, medos e preocupações. Não deixe de saber se a pessoa vinha tendo notícias do quadro de seu ente querido regularmente</i> |
| 4- <i>Informe a morte da pessoa de forma clara e objetiva, com empatia e em tom suave: “Infelizmente precisamos informar que seu familiar faleceu hoje”</i> |
| 5- <i>Esteja presente por um tempo maior para acolher as emoções desta pessoa. Não espere uma reação apenas de choro, pode haver raiva e reações explosivas. Entenda como compreensível, mantenha-se presente.</i> |
| 6- <i>Informe sobre os trâmites. Neste caso infelizmente a pessoa não poderá comparecer ao funeral.</i> |
| 7- <i>Pergunte se ela quer falar ou enviar alguma mensagem a alguma pessoa específica da família neste momento</i> |
| 8- <i>Reforce que cada caso é um caso. Uma pessoa pode falecer na família, independente da sua idade e riscos, e isto não tem relação direta com a chance de falecimento de outro familiar. Ex: “- Apesar de ser muito triste o que aconteceu, o caso dele não é o mesmo seu. Cada pessoa irá reagir de uma forma diferente, estaremos aqui com você neste tratamento”</i> |

Comunicação com a equipe

1- *Risco de Burnout em membros da equipe*

Os sinais de burnout ou síndrome do esgotamento certamente irão aparecer em um contexto que exige destreza e precisão para tomar decisões muitas vezes complexas com escassez de tempo ou de recursos, sejam humanos ou de equipamento ou material.

Necessário identificar estes sinais do corpo e da psique.

Tabela 10: identificando risco de burnout na pandemia COvid-19
<i>Cansaço excessivo, físico e mental.</i>
<i>Dor de cabeça frequente.</i>
<i>Alterações no apetite.</i>
<i>Insônia.</i>
<i>Dificuldades de concentração.</i>
<i>Sentimentos de fracasso e insegurança.</i>
<i>Negatividade constante.</i>
<i>Sentimentos de derrota e desesperança.</i>
<i>Sentimentos de incompetência.</i>
<i>Alterações repentinas de humor.</i>
<i>Isolamento.</i>
<i>Fadiga.</i>
<i>Pressão alta.</i>
<i>Dores musculares.</i>
<i>Problemas gastrointestinais.</i>
<i>Alteração nos batimentos cardíacos.</i>

Identificar estes sinais, e isto irá depender de como cada profissional lida com seus recursos de enfrentamento em situações críticas como esta de COVID-19, colabora para atuar no preventivo e corretivo nas situações que exigem alto desempenho na assistência e a maior segurança para o paciente.

Adotar medidas de decompressão ao profissional mais vulnerável irá amenizar sintomas agudos de estresse e a comunicação é potente instrumento para isto.

A equipe é afetada e afeta o desfecho clínico dos pacientes, impacta nas equipes de interface institucional, uma vez que intermedia a dimensão estratégica, tática e operacional da instituição, tanto quanto no suporte físico/psíquico/espiritual dos pacientes, familiares e da própria equipe. Líderes precisam estar bem posicionados e centrados para liderarem a si mesmos, sendo ágeis com autodomínio e ágeis na percepção de seus profissionais. Líderes de mudança precisam rapidamente identificar quem está muito bem e quem está mostrando abatimento na queda de velocidade de respostas, motivação e disposição dentre os demais colegas de equipe. Para os que estão mais atentos e prontos a assumirem muitas posições, seriam os indicados como multiplicadores para as suas atividades, pois podem ser solicitados inesperadamente a participarem de reuniões e demandas urgentes, por isso, seu primeiro foco de atenção deve ser formar multiplicadores, aqueles com quem este possa contar como seu substituto para representá-lo frente a sua própria equipe e demais equipes com as quais interage.

A indicação para o suporte psico/emocional/espiritual para cada colaborador, passa pelos domínios na arte de liderar; uma vez que exige deste, sensibilidade, conhecimento e boa intuição para ler dados muitas vezes incompletos, como tendências e padrões gerais no ambiente relacional da assistência ou da gestão. Estas temáticas atravessam as questões institucionais passando pelos níveis diretivos, gerencias e na assistência direta aos pacientes e familiares, e podem tornar-se importante aspecto a ser considerado na ampliação dos recursos preventivos ao adoecer das equipes em diferentes instâncias, na redução de intercorrências e eventos adversos, além da relação que pode ser direta ou indireta na saúde psico-social e dos significados que transcendem a ordem das questões humanas e alcança a ordem do sagrado ou espiritual nas respostas das equipes.

Outro cenário que se insere neste contexto de risco de *burnout* acontece quando os profissionais de saúde iniciam um quadro com sintomas gripais e ficam com receio de comunicar aos colegas ou a chefia por medo de sobrecarregar os outros colegas no período de afastamento. Neste caso o profissional não deve se sentir culpado por ser humano. Se apresentar algum dos sintomas indicativos de afastamento ou isolamento, ele deve comunicar ao seu supervisor. A questão aponta para que todos se sintam bem para continuarem cuidando. Os colegas por sua vez terão compreensão por entender que eles poderão ser os próximos com sintomas e com necessidade de afastamento. Nesse contexto o papel do líder é o de passar segurança e tranquilidade para que ninguém se sinta acuado a relatar possíveis sintomas eventuais.

Recursos para uma melhor de Comunicação com profissionais

Dentre estes recursos estão a percepção da *comunicação não verbal, expressão facial do interlocutor, a expressão corporal, a entonação de voz, as falas recorrentes e os conteúdos verbalizados que carregam algum nível de ansiedade, angústia ou sofrimento.*

Com estes dados ainda que intuitivos, pode-se identificar e interpretar condições gerais dos colegas assim como implementar intervenções e fornecer suporte e de supervisão ao time, e dependendo da carga emocional do profissional, encaminhá-lo para a psicologia ou medicina do trabalho.

Profissionais abatidos emocionalmente, preocupados e apreensivos podem deprimir mais rapidamente frente às situações de ameaças à integridade de seus pacientes e por que não dizer à sua própria integridade. Este abatimento, ou medo, desmotivação e muitas vezes pânico, podem levar o profissional de saúde a tornar-se mais vulnerável e até a adoecer fisicamente, baixando a sua imunidade e disposição.

2- *Liderando com medo e insegurança próprios e dos colegas*

Os profissionais de saúde posicionados na linha de frente em atendimentos desta ordem de emergência vivem experiências diversas que impactam no aspecto físico, emocional e mental dos profissionais, no entanto, falar sobre suas angústias no momento, faz-se necessário, do ponto da estrutura física, a escolha de ambiente seguro para o fluir da sensação liberdade e aceitação para que o profissional possa falar e ser ouvido. Espaço este físico e simbólico, de preferência sem circulação de pessoas, e no simbólico a atenção plena do receptor da mensagem, neste caso o líder. Deste lugar o líder de equipe ou coordenador, promove ao profissional a experiência de maior proximidade para que tanto o integrante da equipe quanto líder possam se expressar com menos filtros. Com isto entendemos que o nível de preocupação ou dificuldade que é vivido pelo profissional possa se reduzir e que a escuta seja a mais límpida possível, atenta e compassiva, sem julgamento ou preconceitos, o que permitirá a construção ou o fortalecimento de vínculos de afeto, que podem aplacar o nível de abatimento da alma que espera um acolhimento e atenção para a sua dor. Neste sentido a liderança deve atuar sobre os seus próprios recursos internos que dão estrutura para que o profissional possa lidar com sentimentos difíceis, como a angústia, o medo, a impotência ou a raiva como expressão das dificuldades para enfrentar a dor psíquica, disparada pela nova realidade em que vive o paciente e a própria equipe.

Para o profissional, ter liberdade e espaço para falar de suas questões, leva a descarga de tensão e possibilita algum nível de alívio na percepção da dor. Sabe-se que a forma com que a equipe conduz os casos tem um impacto na qualidade dos tratamentos. Portanto, ter um profissional que possa olhar para as questões que surgem dentro da equipe favorece na formação de equipes mais coesas no atendimento mais efetivo aos pacientes.

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!

Sofrer 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- SVENDSEN, 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.

