



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE
MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

Letícia Pereira Orestes

Dissertação de Mestrado

**Construção e Validação de Protocolo para Gestão do Cuidado a
Pacientes Suspeitos ou Infectados pela COVID-19.**

Orientadora: Profa. Associada Silmara Meneguim.

**Botucatu
2022**

Letícia Pereira Orestes

**Construção e Validação de Protocolo para Gestão do Cuidado a
Pacientes Suspeitos ou Infectados pela COVID-19.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Associada Silmara Meneguim.

Botucatu
2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Orestes, Letícia Pereira.

Construção e validação de protocolo para gestão do cuidado a pacientes suspeitos ou infectados pela COVID-19 / Letícia Pereira Orestes. - Botucatu, 2022

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Silmara Meneguim
Capes: 40400000

1. Cuidados de enfermagem - Planejamento. 2. Estudos de validação. 3. Infecções por coronavírus. 4. Serviços médicos de emergência. 5. Guia de prática clínica. 6. COVID-19.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Estudo de validação; Guia de prática clínica; Infecções por coronavirus; Serviços médicos de emergência.

RESUMO

Introdução: Nos últimos dois anos, os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 tornaram-se a principal demanda nas unidades de emergência e pronto atendimento. Neste contexto, tornou-se necessário que o enfermeiro desenvolvesse ações para reorganizar os fluxos de atendimento e sistematizar a assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19, visando a melhoria da gestão do cuidado e a não disseminação do vírus.

Objetivos: Construir e validar um protocolo gráfico para gestão do cuidado a pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 em unidades de pronto atendimento. E, como objetivo específico, elaborar os itens do checklist que compõem o protocolo. **Métodos:**

Estudo metodológico, desenvolvido em três fases sequenciais: construção dos itens e dimensões a partir de extensa revisão de literatura e aplicação de questionário a 12 profissionais de enfermagem; validação de conteúdo e de face dos itens do instrumento e do protocolo gráfico realizada por grupo de especialistas e cálculo do índice de validade de conteúdo; análise semântica. **Resultados:** Após a elaboração dos 45 itens o *checklist* foi submetido à validade de conteúdo e de face por nove enfermeiros especialistas em emergência, sendo mantidos os itens que apresentaram o índice de validade de conteúdo $\geq 0,83$.

Apesar da concordância entre os juízes, 11 itens receberam sugestões de alterações, principalmente em relação à redação. Na avaliação geral, de todos os itens, a concordância entre os juízes foi de 99%. Na análise semântica, realizada por meio de aplicação do protocolo a 17 enfermeiros atuantes em unidades de urgência, não houve modificações e o percentual de compreensão foi de 98%. O protocolo gráfico foi validado por seis especialistas com S-IVC foi de 0,97. **Conclusões:** O protocolo para a gestão do cuidado a pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 atendidos em unidades de pronto atendimento foi validado, atingindo padrão satisfatório de validade de conteúdo e de face preconizados pela literatura. A adoção do protocolo poderá direcionar e padronizar a prática profissional com segurança, qualidade e baseado em evidências científicas.

Palavras-chave: Infecções por coronavírus; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem; Guia de Prática Clínica; Serviços Médicos de Emergência; Estudo de validação.

ABSTRACT

Introduction: In the past two years, suspected or confirmed cases of COVID-19 have become the main demand in emergency and urgent care clinics. In this context, it became necessary for nurses to reorganize workflows and systematize care for suspected or confirmed COVID-19 patients, aiming at improving care management and preventing the spread of the virus. **Objectives:** To build and validate a graphic protocol for the management of suspected or confirmed COVID-19 patient care in urgent care clinics. In addition, as a specific objective, to elaborate the checklist items that make up the protocol. **Method:** Methodological study, developed in three sequential phases: construction of items and dimensions from an extensive literature review and application of a questionnaire to 12 nursing professionals; content and face validation of the instrumental items and the graphic protocol performed by a group of experts, in addition to calculation of the content validity index; and semantic analysis. **Results:** After the elaboration of the 45 items, the checklist to guide the protocol was submitted to a content and face validity check by nine urgent care nurses. The items that presented a content validity index of ≥ 0.83 were kept. Despite agreement between the judges, 11 items received suggestions for alterations, principally regarding wording. In the general assessment of all items, the agreement between judges was 99%. In the semantic analysis, carried out by applying the protocol to 17 nurses working in urgent care units, there were no changes and the percentage of understanding was 98%. The graphic protocol was validated by six experts with an S-IVC of 0.97. **Conclusions:** The protocol for the management of suspected or confirmed COVID-19 patient care in urgent care clinics was validated, reaching the satisfactory standard of content and face validity recommended by the literature. The adoption of the protocol can better direct and standardize professional practice based on scientific evidence and with safety and quality.

Keywords: Coronavirus infections; Nursing care; Nursing; Clinical Practice Guide; Emergency Medical Services; Validation study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Estratégia PICO do estudo. Bauru - SP, Brasil, 2021.....	21
Quadro 2 - Matriz das categorias e subcategorias identificadas nos discursos. Bauru - SP, Brasil, 2021.	23
Quadro 3 - Critérios para seleção de juízes do estudo adaptado do modelo de Fehring. Bauru - SP, Brasil, 2021.....	27
Quadro 4 - Simbologia padrão para confecção de fluxogramas..	29
Figura 1 - Fluxograma da seleção da amostra (artigos) da revisão integrativa. Bauru - SP, Brasil, 2021.....	32
Quadro 5 – Classificação dos níveis de evidência de acordo com o tipo de estudo científico segundo Melnyk; Fineout-Overhol, 2010. Bauru - SP, Brasil, 2021... ..	33
Quadro 6 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa. Bauru-SP, Brasil, 2021....	33
Quadro 7 – Alterações realizadas nos itens do instrumento após avaliação pelo grupo de especialistas. Bauru, São Paulo, 2021... ..	42
Figura 2 – Protocolo: Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 em unidade de pronto atendimento. Bauru-SP, Brasil, 2021.....	44
Figura 3 – Versão final do checklist: Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 em unidade de pronto atendimento em formato checklist. Bauru, São Paulo, 2021.....	45

SUMÁRIO

Apresentação	07
1 INTRODUÇÃO	08
1.1 Gestão do Cuidado em Enfermagem	12
1.2 A Prática Baseada em Evidências e os Protocolos de Enfermagem	13
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
4 MÉTODO	18
4.1 Tipo de estudo	18
4.2 Local de estudo	18
4.3 Protocolo de estudo.....	20
4.4 Primeira etapa: Revisão de literatura sobre o tema.....	20
4.5 Segunda etapa: Construção dos itens do checklist	22
4.6 Terceira etapa: Validação de conteúdo e de face dos itens do checklist.....	25
4.6.1 Análise semântica	28
4.6.2 Elaboração e validação do protocolo gráfico	28
4.6.3 Análise dos dados	30
4.7 Aspectos éticos	31
5 RESULTADOS	32
5.1 Revisão de literatura sobre o tema.....	32
5.2 Construção dos itens do checklist	39
5.3 Validação de conteúdo e de face.....	40
6 DISCUSSÃO	47
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS	52
ANEXOS	58
APÊNDICES	64

APRESENTAÇÃO

Sou Letícia Pereira Orestes, nascida e residente na cidade de Bauru, interior de São Paulo. Desde a infância as profissões da área da saúde me despertavam interesse e projeções futuras. Em 2006 iniciei a Graduação em Enfermagem, na Universidade Paulista UNIP, campus de Bauru, concluindo o curso no final de 2009.

Em 2010 iniciei as minhas atividades profissionais no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/SP, onde trabalhei como enfermeira assistencial no Centro Cirúrgico do HC-FMB. E este foi não só o meu primeiro emprego na profissão que escolhi, como também foi aonde aprendi de fato a ser enfermeira, a importância e dimensão da profissão. Por motivos pessoais na época, em 2011, necessitei retornar a Bauru e assim me desligar do HC. Passei a atuar como enfermeira assistencial no Hospital da Unimed, desempenhando atividades também no Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Anestésica.

Em 2012, realizei concurso público para o cargo de Enfermeiro na Prefeitura Municipal de Bauru, fui aprovada e no ano seguinte iniciei as atividades no Pronto Socorro Municipal e posteriormente, na Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h do Geisel/Redentor assim que foi inaugurada, onde além do trabalho assistencial exerci funções gerenciais por alguns anos. Durante esse período cursei especialização em Urgência e Emergência.

Nesses oito anos de atuação na área de urgência e emergência, devido a diversidade e complexidade dos atendimentos realizados, percebo a grande necessidade de protocolos assistenciais e diretrizes para a prática clínica baseada em evidências científicas para toda a equipe multidisciplinar que atua nesses serviços, como uma importante ferramenta para direcionar os profissionais, alinhar condutas, minimizar erros e alcançar a qualidade da assistência.

Ao ingressar no Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da FMB em 2020, minha intenção era de contribuir com o serviço onde atuo com o desenvolvimento de um produto que direcionasse a atuação da enfermagem e estivesse embasado cientificamente.

Com o início da pandemia causada pelo SARS-CoV-2 no primeiro semestre de 2020, o atendimento de pacientes com as manifestações da doença tornou-se a principal demanda da unidade neste período. Diante desse cenário, a necessidade de contribuir com os profissionais que enfrentavam a doença ainda desconhecida, emergiu o meu projeto de pesquisa, visando atender uma necessidade do serviço e contribuir significativamente para a melhoria da assistência de enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, é considerável e crescente a gravidade da demanda de casos direcionados aos serviços de emergência, o que torna cada vez mais necessário melhorias nos serviços hospitalares de emergência e conseqüentemente as chances de sobrevivência dos pacientes ali atendidos. Configurando um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, com forte impacto na morbidade e na mortalidade da população brasileira (1).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) surgiu no Brasil em 2003, quando foi editada a Portaria GM Nº 1.863 (2), que determina que os serviços devam ser organizados permitindo a garantia à universalidade, equidade e integralidade no atendimento a urgências. Devendo ser organizada uma rede de atenção integral às urgências, com objetivo de acolher e encaminhar pacientes com agravo agudo agilizando o atendimento para possibilitar sua sobrevivência (3).

Em 2011 a Política Nacional de Atenção às Urgências é reformulada e se institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema Único de Saúde (SUS), pela portaria nº 1.600, com a regionalização e reorganização dos serviços pré existentes. A finalidade da RAU é articular e integrar todos os serviços de saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna (4).

As Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h são unidades de complexidade intermediária entre a atenção básica e a atenção hospitalar, configuram-se no principal componente fixo da urgência pré-hospitalar. São classificadas, de acordo com a sua área física, quantitativo de leitos, capacidade de atendimento, a população referenciada e a gestão de pessoas (5).

A rede de atenção às urgências prevê estrategicamente uma integração dos serviços, com isso para implantação e funcionamento a UPA, obrigatoriamente, deve estar articulada e coexistir com um Serviço de Atendimento Móvel – SAMU e expandir a cobertura de atenção primária através da Estratégia Saúde da Família (ESF), assim demarcando o que se pretende com a criação das UPAs: resolutividade, diferenciando-as dos antigos pronto socorros, com consultas de emergência pouco resolutivas (6).

Embora a PNAU e a Rede de Atenção às Urgências definem a integração e articulação dos serviços desde a implantação das UPAs alguns problemas relacionados aos sistemas se destacam. Um deles, a limitação da atenção primária, que não consegue comportar a sua demanda, incapacidade esta que pode ser justificada pela falta de investimento e expansão

desses serviços. Do outro lado, a dificuldade de acesso ao leito hospitalar, a escassez de leitos de enfermaria e de terapia intensiva, também limitam o impacto da atuação das UPAs (7).

Mesmo possibilitando o atendimento inicial complexo a pacientes graves e simultaneamente o atendimento de média e baixa complexidade de fácil acesso e próximo a residência das pessoas, as dificuldades de conformação de uma rede tem limitado e diminuído o benefício que as UPAs representariam, previstas na sua criação (7).

As unidades de urgência e emergência são apropriadas para assistência em situações de urgência, e devem assegurar manobras de sustentação de vida nesses casos. Essas unidades caracterizam-se por atendimentos com porta aberta de entrada para os usuários, e muitas vezes pacientes com queixas crônicas e sociais procuram esses serviços, sendo mais uma demanda a ser resolvida pela equipe multiprofissional(8).

As demandas dessas unidades são espontânea, muitas vezes maior que a prevista, resultando em condições de trabalho nem sempre adequadas, decorrentes de uma dinâmica intensa de atendimentos (9). Necessitando obrigatoriamente de uma equipe de enfermagem estruturada e capacitada, tanto quantitativamente quanto qualitativamente (8).

As unidades de pronto atendimento são caracterizadas pelas suas atribuições assistenciais, sobretudo sua natureza de pronto - atender, definida pela rede de atenção às urgências a sua competência de: “acolher sempre as demandas por atendimento” (7).

Atualmente, mais uma demanda em potencial sobrecarrega os serviços de saúde mundiais decorrente de um novo vírus, que no final do ano de 2019 na cidade de Wuhan, na China, provocou diversos casos de pneumonia por causa desconhecida. Nas análises realizadas, do material genético isolado do vírus, pode constatar que trata-se de um novo betacoronavírus, inicialmente denominado 2019-nCoV pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e agora chamado de SARS-CoV-2 (do inglês, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) (10).

A infecção pelo vírus SARS-CoV-2, causa a doença, nomeada pela OMS, como COVID-19 (do inglês, Coronavirus Disease 2019), uma infecção respiratória aguda com alta transmissibilidade (11).

Cientistas chineses verificaram que o vírus SARS-CoV-2 pertence à mesma família do SARS-CoV (do inglês, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus) e do MERS-CoV (do inglês, Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) (12). Geralmente as infecções por coronavírus são leves, porém nas epidemias por SARS-CoV em 2002 e por MERS-CoV em 2012, mais de 10.000 pessoas foram infectadas, com taxas de mortalidade de 10% e 37%, respectivamente (10).

A atual epidemia pelo SARS-CoV-2 se destaca pela rapidez de disseminação, a severidade e as dificuldades para contenção (11,13). Em poucos meses milhares de casos foram confirmados da doença e resultaram em inúmeros óbitos. A doença se disseminou para diversos países rapidamente, principalmente nos países da Europa, nos Estados Unidos, Canadá e Brasil, causando o aumento do número de doentes e de mortes (10,13).

No Brasil, os serviços de emergência apresentam características diversas em relação ao espaço físico, processo e organização do trabalho, a condições operacionais de trabalho, do dimensionamento de pessoal de enfermagem, dos equipamentos disponíveis e dos procedimentos realizados. Características estas que podem conferir maior risco, diante de uma pandemia (14).

As manifestações clínicas da COVID-19 podem variar desde casos assintomáticos, caracterizados por resultado laboratorial positivo para doença e ausência de sintomas, a casos leves, até quadros moderados e graves. De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (11,15) os casos da doença podem ser classificados em:

- **Caso leve:** caracterizado por sintomas não específicos, de síndrome gripal, como tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e cefaléia.

- **Caso moderado:** os sintomas mais frequentes podem incluir desde sinais leves da doença, a tosse e febre persistente diária, até sinais de piora progressiva de outro sintoma de COVID-19, como adinamia, prostração, hiporexia, diarreia, além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade.

- **Caso grave:** considera-se a síndrome respiratória aguda grave (síndrome gripal que apresente dispnéia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de oxigênio menor que 95% em ar ambiente, ou coloração azulada de lábios ou rosto). Em crianças, incluem taquipneia, hipoxemia, alterações de consciência, desidratação, dificuldade para se alimentar, lesão miocárdica, elevação de enzimas hepáticas, disfunção da coagulação, rabdomiólise e/ou qualquer outra manifestação de lesão em órgãos vitais.

- **Caso crítico:** as principais características são a sepse, a síndrome do desconforto respiratório agudo, a insuficiência respiratória grave, a disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave, necessidade de suporte respiratório e internação em unidade de terapia intensiva.

A COVID-19 está associada a manifestações mentais e neurológicas, como delírio ou encefalopatia, agitação, acidente vascular cerebral, meningoencefalite, olfato ou paladar prejudicados, ansiedade, depressão e distúrbios do sono. Em diversos casos com

manifestações neurológicas mesmo em pacientes sem sintomas respiratórios (11).

Segundo a OMS a maioria das pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 desenvolvem a doença de forma leve (40%) ou moderada (40%), aproximadamente 15% desenvolve a forma grave da doença necessitando de suporte de oxigênio e cerca de 5% têm a forma crítica da doença, com complicações como insuficiência respiratória, sepse e choque séptico, tromboembolismo e /ou falência múltipla de órgãos, incluindo lesão renal ou cardíaca aguda e requerem cuidados intensivos (16).

As manifestações clínicas da COVID-19 são comumente mais leves em crianças em comparação com os adultos. No entanto uma apresentação clínica em crianças e adolescentes tem sido relatada, caracterizada como uma síndrome hiperinflamatória que pode levar a falência múltipla de órgãos e choque, denominada Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), temporalmente associada à COVID-19 (11,16).

Dentre as condições e fatores de risco para as formas graves da doença e morte estão a idade avançada (igual ou superior a 60 anos), o tabagismo, a obesidade, as miocardiopatias, a hipertensão arterial, doença cerebrovascular, pneumopatias graves ou descompensadas (asma moderada/grave e doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC), imunodepressão e imunossupressão, doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5), diabetes melito, doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica, neoplasia maligna, cirrose hepática, algumas doenças hematológicas (anemia falciforme e talassemia) e a gestação (17,18).

Diante da disseminação da COVID-19 no país o Ministério da Saúde organizou fluxogramas de atendimento para os serviços de saúde que compõem a rede do SUS frente à nova demanda, dentre eles um fluxo específico para unidades UPA 24h, buscando desenvolver uma assistência de maneira conjunta, organizada e abrangente em toda a rede de atenção (19,20).

Baseado nas normativas, fluxogramas, protocolos e diretrizes estabelecidos pelas organizações da saúde, o enfermeiro que atua nos serviços de emergência, observando as necessidades de sua equipe e do serviço, é capaz de desenvolver ações que possam organizar o atendimento aos pacientes, visando a melhoria da assistência (21).

Um estudo realizado numa UPA 24h município de Belém-PA descrevendo a experiência do enfermeiro assistencial frente à pandemia do coronavírus, evidenciou que estes profissionais atuam diretamente no cuidado ao paciente com COVID-19, além disso são responsáveis pela manutenção do fluxo correto dentro da unidade, pelo gerenciamento dos setores e da equipe de enfermagem, bem como nas transferências dos pacientes aos serviços de

maior complexidade. Assim, o papel do enfermeiro é determinante dentro do serviço de pronto atendimento diante da atual pandemia (22).

Outro estudo com o relato de experiência da organização de uma unidade hospitalar de atendimento a pacientes com COVID-19 num município de Santa Catarina, enfatizando a atuação dos gestores e profissionais da saúde alicerçadas rigorosamente nas evidências científicas, destacou-se o protagonismo dos enfermeiros em todas as interfaces, assumindo funções fundamentais desde a composição das comissões, percorrendo o planejamento e funcionamento da estrutura física, gestão de recursos humanos capacitados e construção de protocolos e fluxogramas de cuidado, até a atuação direta na assistência ao paciente (23).

1.1 Gestão do Cuidado em Enfermagem

A gestão do cuidado em enfermagem consiste na articulação entre as dimensões gerencial e assistencial no processo de trabalho do enfermeiro. A atuação na dimensão gerencial compreende as ações para organização do trabalho e dos recursos humanos, viabilizando condições adequadas à produção do cuidado e atuação da equipe de enfermagem. Na dimensão assistencial, o enfermeiro define como foco de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem com a finalidade de atendê-las de modo integral (24).

Um estudo realizado para analisar o conceito de gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar construiu a definição de gestão do cuidado em enfermagem como: “trata-se da articulação e integração entre as ações cuidativas e gerenciais, mediante o exercício de liderança, relações interativas, comunicativas e cooperativas assumidas pelo enfermeiro para com a equipe de enfermagem, profissionais de saúde e usuário” (25).

Além da análise e definição de conceito o autor ressaltou a importância do desenvolvimento de modelos teóricos que fundamentem a prática clínica e as investigações da enfermagem, rompendo com a fragmentação do ensino, da pesquisa e assistência, possibilitando a articulação e integração entre essas dimensões (25).

A gestão do cuidado em enfermagem é compreendida como a atuação profissional do enfermeiro, fundamentada na ciência do cuidar, por meio de ações de planejamento, organização, controle e promoção da qualidade da assistência por meio da prestação de cuidados seguro, oportuno e contínuo, em conformidade com as políticas nacionais de saúde e regulamentos institucionais. Nessa perspectiva, o enfermeiro é responsável por propiciar uma cultura organizacional que favoreça a prática do cuidado, selecionando pessoas, desenvolvendo treinamentos e implementando um modelo de cuidado que direcione a prática

de enfermagem e sirva de apoio para a tomada de decisão e ações dos profissionais (26).

A realização de uma revisão integrativa da literatura sobre as atividades dos enfermeiros na gestão do cuidado em enfermagem evidenciou que a gestão do cuidado é uma atribuição do enfermeiro e esta relacionada, diretamente, à busca pela qualidade da assistência e de melhores condições de trabalho para os profissionais. Para isto, a atuação do enfermeiro compreende a realização do cuidado, a gestão de recursos humanos e materiais, a liderança, o planejamento da assistência e a capacitação da equipe de enfermagem, a coordenação da produção do cuidado e a avaliação das atividades de enfermagem (27).

Na gestão do cuidado o planejamento da assistência de enfermagem é realizado por meio de um exercício contínuo de tomada de decisão e elaboração de planos para realizar ou colocar uma atividade em prática (27).

Os serviços de emergência possuem características próprias que influenciam a organização do trabalho e a gestão do cuidado. Os enfermeiros que atuam nesses serviços, responsáveis pela gestão do cuidado, são encarregados de encontrar meios para garantir a disponibilidade e qualidade de recursos materiais e de infra-estrutura que permitam à equipe atuar nas situações de urgência, observando as necessidades do paciente, conciliando os objetivos organizacionais e os da equipe de enfermagem, objetivando a produção de um cuidado integral e com qualidade (28).

A gestão do cuidado nos serviços de emergência, diante das suas especificidades, onde muitas vezes não há condições adequadas para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade, torna-se uma tarefa difícil aos enfermeiros, e configuram um problema relevante e pouco explorado na literatura. Diante da problemática, um dos estudos analisados tinha em seu objetivo analisar as ações de gestão do cuidado realizados pelos enfermeiros num serviço hospitalar de emergência, cujos resultados evidenciaram ações no planejamento do cuidado, previsão e provisão de recursos, supervisão, liderança e capacitação da equipe (28).

O autor identificou a utilização do processo de enfermagem no planejamento do cuidado e constatou que os enfermeiros por meio da liderança e das atividades de supervisão e capacitação da equipe, coordenam a realização do cuidado e prezam pela qualidade da assistência. A liderança exercida pelo enfermeiro favorece o planejamento da assistência, a coordenação da equipe e a delegação das atividades de enfermagem (28).

1.2 A Prática Baseada em Evidências e os Protocolos de Enfermagem

A Prática Baseada em Evidências (PBE) surgiu inicialmente na área da Medicina e posteriormente na Enfermagem, visando minimizar o distanciamento entre os avanços científicos e a prática assistencial. A PBE é definida como a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente (29).

A Prática Baseada em Evidências é um processo de tomada de decisão clínica integrando a melhor evidência científica disponível, a expertise clínica do profissional de saúde, aos valores e preferências do paciente e as condições locais (30).

A melhor evidência científica é o conhecimento gerado a partir de pesquisas científicas realizadas com grande rigor metodológico, que resultaram em achados robustos, confiáveis e aplicáveis na prática clínica. A expertise do profissional diz respeito conhecimento e habilidades adquiridos pelo profissional de saúde, sua experiência clínica e capacidade para atualização e análise crítica da literatura científica. Quanto maior a expertise profissional, maior a habilidade na utilização de evidências científicas, no envolvimento dos pacientes na tomada de decisão clínica, respeitando suas preferências e valores e na adequação das ações às condições locais (31).

A implantação da PBE pode levar a melhoria da qualidade e segurança da assistência e no uso efetivo de recursos em saúde, criando a cultura de que as evidências científicas sejam prioridade e utilizadas, rotineiramente, na tomada de decisão clínica (31).

Um modo de concretizar a Prática Baseada em Evidências na prática clínica é por meio da construção de protocolos (31). Os protocolos são instrumentos legais, construídos de acordo com os princípios da PBE, sua utilização leva a melhoria da assistência, facilita o uso de práticas embasadas cientificamente, diminui a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelece limites de ação e cooperação entre os profissionais (32).

Os protocolos são instrumentos cada vez mais utilizados nos serviços de saúde, com o intuito de qualificar a assistência e a comunicação entre os processos de trabalho, tanto os relacionados à atenção ao paciente quanto à gestão dos serviços, com o objetivo de estabelecer os critérios a serem seguidos, garantindo um processo de cuidado criterioso e seguro (33).

Protocolo Assistencial de Enfermagem é definido como a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, contendo detalhes operacionais e específicos sobre o que se faz, quem faz e como se faz, direcionando os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Um protocolo é composto por vários

procedimentos e pode abordar ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, que a enfermagem realiza de forma independente ou compartilhada com outros profissionais da saúde (32).

Para a construção e validação de protocolos de assistência/cuidado é necessário seguir os princípios: definição clara do foco, da população a que se destinam, quem é o executor das ações, qual q estratégia de revisão da literatura e análise das evidências utilizadas. Também é importante que descreva o modo como foi validado, as estratégias de implantação e os desfechos ou resultados esperados (32).

As Tecnologias em Saúde, definidas como um conjunto de instrumentos materiais e não-materiais que auxiliam na pratica assistencial, visando a prevenção, tratamento ou reabilitação das condições de saúde do indivíduo. Assim, os protocolos são tecnologias em saúde que possibilitam ao profissional prestar uma assistência segura, com aplicação das melhores práticas em saúde, além do caráter educacional presente neste processo (34).

O protocolo assistencial, na enfermagem, tem sido o instrumento mais utilizado na construção do conhecimento e embasamento teórico à assistência profissional, instrumentalizando os cuidados de enfermagem específicos às necessidades do paciente. A construção, validação e implementação de protocolos contribui para instrumentalizar o enfermeiro nas atividades assistenciais, gerenciais e educativas, e assim promove um modelo de implementação do conhecimento científico na assistência de enfermagem (34).

Assim sendo, com o cenário pandêmico, identificou-se a necessidade de desenvolver um protocolo validado que possa ser utilizado por enfermeiros atuantes em unidades de pronto atendimento, de maneira prática, objetiva e que atendesse as necessidades assistenciais e gerenciais. Diante da conjuntura anteriormente destacada o estudo foi norteador pela seguinte questão de pesquisa: Qual é a validade de conteúdo e de face de um protocolo desenvolvido para a gestão do cuidado de enfermagem a pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 atendidos em UPA 24h?

2. JUSTIFICATIVA

Diante da pandemia causada pelo novo coronavírus, instalada em 2020, mesmo após todas as medidas tomadas pelo setor terciário da saúde para absorver a demanda de pacientes, em pouco tempo, os recursos saturaram e os pacientes com quadros moderados a graves de COVID-19 permaneciam nas unidades de urgência por dias enquanto aguardavam por um leito hospitalar. Assim, o atendimento inicial e manejo destes pacientes, tornou-se a principal demanda da unidade neste período.

Desde a instalação da transmissão comunitária da COVID-19 no Brasil, houve uma grande mobilização da comunidade científica, dos governos e dos órgãos reguladores nacionais e internacionais alertando quanto à grave crise sanitária a ser enfrentada e o risco iminente de colapso dos serviços de saúde, e emitindo recomendações para controle da disseminação da doença, organização dos serviços, diretrizes para o atendimento dos pacientes e para a segurança dos profissionais. Observamos a necessidade urgente de implantar estas recomendações, porém, inúmeras dificuldades existiam em nossa frente: falta de estrutura física, de recursos materiais, equipamentos e insumos limitados, a falta de preparo multiprofissional para os atendimentos, a inexistência de protocolos assistenciais e de enfrentamento de crises e uma equipe multiprofissional com déficit de profissionais e sem alinhamento de condutas assistenciais.

Diante desse cenário e considerando a especificidade do serviço de urgência e emergência, bem como a necessidade da atuação imediata e eficiente, baseadas em protocolos de atendimentos desempenhados em conjunto com a equipe multidisciplinar, tornou-se necessário e urgente a organização do serviço com implantação de medidas de segurança para o paciente e para a equipe multiprofissional, pautadas em recomendações governamentais e em evidências científicas.

Neste contexto justifica-se a realização da presente pesquisa com o objetivo de construir e validar um protocolo para a gestão do cuidado de enfermagem ao paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 em unidade de pronto atendimento.

3. OBJETIVOS

Geral:

Construir e validar um protocolo gráfico para gestão do cuidado a pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 em unidades de pronto atendimento.

Específico:

Elaborar os itens do checklist que compõe o protocolo.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico. Esse tipo de estudo visa à investigação de métodos de obtenção, organização e análise dos dados para construção de um novo instrumento, um dispositivo, uma intervenção ou método de medição. Abordam sobre questões do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas ou estratégias metodológicas (35).

Para adotar os padrões de qualidade estabelecidos pelas diretrizes para produção de pesquisa em saúde da rede *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research Network* – EQUATOR (36) foi utilizado o instrumento SQUIRE (37) para nortear o relatório da pesquisa.

4.2 Local de estudo

O serviço de urgência do SUS no município de Bauru, no interior do estado de São Paulo, é composto por um Pronto Socorro Central, quatro Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h e o Serviço de Atendimento Móvel – SAMU, pertencentes ao Departamento de Unidades de Urgência e Pronto Atendimento (DUUPA) da Secretaria Municipal de Saúde com administração municipal.

O local deste estudo foi a Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h Geisel/Redentor, uma das quatro unidades de pronto atendimento que compõe a rede municipal de urgência de Bauru, e a qual se destina o protocolo desenvolvido neste estudo.

A UPA Geisel/Redentor foi construída com recursos federais, classificada como unidade de Porte II pelo Ministério da Saúde, de acordo com a população abrangida pela unidade e o número de leitos de observação e de sala de emergência. E quanto à capacidade operacional é classificada como categoria VII, que considera o número de profissionais médicos para o funcionamento da unidade (38).

Foi inaugurada em agosto de 2013 com atendimentos à população adulta e em julho de 2017 passou a atender a pediatria. Possui uma estrutura física ampla, com recepção, sala de triagem, quatro consultórios médicos e um de enfermagem, salas de sutura, uma para exames e duas para hidratação e administração de medicamentos, setor de radiologia, de farmácia e

estoque, central de materiais e esterilização, cozinha de distribuição, e as dependências administrativas e destinadas ao uso dos profissionais (vestiário, copa, conforto), o espaço destinado a observação, com 12 leitos fixos divididos para pacientes adultos e pediátricos e 2 quartos de isolamento com capacidade de 2 leitos em cada e a sala de emergência com 03 leitos fixos adultos e 01 pediátrico.

Atualmente, compõe a equipe multidisciplinar a cada plantão de 24 horas: 2 médicos clínicos, 2 médicos pediatras, 2 enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem. Além da equipe de apoio, sendo que nem todos se mantêm nas 24 horas do serviço, composta por: técnicos de radiologia, assistente social, farmacêutico e técnicos de farmácia, auxiliar de nutrição, atendentes de recepção, auxiliares de limpeza e seguranças.

O quadro funcional de enfermagem do serviço é composto por oito enfermeiros, destes sete são assistenciais e um ocupa a função de chefia de enfermagem e da unidade, além de 34 técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem. Para manter o quantitativo de profissionais por plantão são feitas coberturas com plantões de horas extras pelos funcionários da unidade ou de outros serviços da rede municipal.

Para a realização dos atendimentos de urgência e emergência a unidade tem o Pronto Socorro Municipal Central – PSMC como referência para os casos de traumas e cirúrgicos, podendo encaminhar pacientes para a avaliação do médico Ortopedista e Cirurgião Geral que atuam no pronto socorro, sendo este também o serviço de referência para os traumas graves conforme a organização local da rede. Já para a realização dos exames de imagem a referência é o Centro de Diagnostico por Imagem de Bauru - CDIB, serviço municipal responsável pela realização de ultrassonografia e tomografia computadorizada, este ultimo procedimento realizado apenas tomografia de tórax na suspeita ou confirmação de COVID-19 conforme a pactuação atual sendo a realização das demais tomografias direcionadas ao Hospital de Base de Bauru.

Em Bauru, a gestão municipal organizou a rede de atenção primária transformando quatro Unidades Básicas de Saúde em unidades referenciadas durante a pandemia de COVID-19, denominadas como Unidades Sentinela COVID-19, sendo responsáveis pelo atendimento dos casos leves da doença, com atendimento por demanda espontânea todos os dias da semana das 07 horas da manhã até as 24 horas.

A partir dessa organização, as UPAs, tiveram uma redução significativa da demanda de casos respiratórios leves, e foram direcionadas ao atendimento dos casos moderados a graves conforme a organização local. Eventualmente, casos leves da doença são atendidos na unidade, mas não corresponde a principal demanda do serviço.

Outra importante estruturação local foi a transformação de parte do Pronto Socorro Central em unidade referenciada para casos de COVID-19, denominado Posto Avançado de COVID-19 - PAC com leitos credenciados como hospitalares como um “hospital de campanha municipal”, recebendo casos graves atendidos nas UPAs ou direcionados pelo SAMU.

A referência hospitalar de Bauru para os casos de COVID-19, inicialmente pelo Hospital Estadual de Bauru, administrado pela Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP) com recursos estaduais, e posteriormente, com o aumento dos casos e superlotação dos serviços, com a abertura do Hospital de Campanha – HC de Bauru, utilizando parte do prédio construído nas dependências do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC da Universidade de São Paulo – USP. As UPAs mantinham as solicitações de vagas hospitalares através da Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS).

Mesmo com a organização da rede municipal e das medidas tomadas pelo setor terciário da saúde, em pouco tempo os recursos saturaram e os pacientes com quadros moderados a graves de COVID-19 permaneciam nas unidades de urgência por dias enquanto aguardavam por um leito hospitalar. Assim, o atendimento de pacientes com quadro moderado e grave de COVID-19, tornou-se a principal demanda da unidade neste período.

Além da organização dos serviços, diante da pandemia, também foram realizadas contratações emergenciais e temporárias de profissionais de enfermagem e médicos, aumentando o quantitativo de profissionais nestes serviços da rede municipal.

4.3 Protocolo de estudo

Esse estudo foi desenvolvido em quatro etapas: revisão de literatura sobre o tema; construção dos itens do checklist; validação de conteúdo e de face dos itens do checklist; análise semântica do mesmo e construção e validação do protocolo gráfico, descritas a seguir.

4.4 Primeira etapa: Revisão de literatura sobre o tema

Foi realizado um estudo de revisão integrativa da literatura nas seguintes etapas: identificação do problema, definição dos descritores, busca na literatura, seleção e avaliação dos estudos, análise dos dados e apresentação da revisão integrativa e síntese do conhecimento (39,40).

A primeira etapa correspondeu à identificação do problema e formulação da questão norteadora da pesquisa. A construção da pergunta norteadora foi a partir da estratégia, utilizada pela JBI, com o mnemônico PICo, onde *P* refere-se à População, *I* à Fenômeno de Interesse e *Co* ao Contexto. A expressão fenômeno de interesse representa o resultado, desse modo, não é recomendado uma seção ou declaração de resultado específico (41). O Quadro 1 abaixo apresenta a construção da estratégia PICo neste estudo.

Quadro 1 – Estratégia PICo do estudo. Bauru - SP, Brasil, 2021.

P	População:	Pacientes com COVID-19 nos serviços de emergência.
I	Interesse / Fenômeno de Interesse:	Sintetizar as ações e cuidados de enfermagem descritos na literatura e construir um protocolo de assistência de enfermagem.
Co	Contexto:	Assistência de enfermagem em serviços de emergência

Fonte: elaborado pelas pesquisadoras.

Assim, de acordo com a estratégia PICo, duas questões norteadoras para a condução desse estudo foram elaboradas:

- “Quais são as recomendações (diretrizes de prática clínica, protocolos, guias) disponíveis na literatura científica nacional e internacional para a realização da assistência de enfermagem aos pacientes com COVID-19 nos serviços de emergência pré-hospitalar?”

A busca na literatura foi realizada de fevereiro à abril de 2021, através do acesso online às seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scielo, PubMed, Cinahl, Web of Science, Embase e Scopus.

Os descritores utilizados na busca foram selecionados de acordo com o tema investigado na lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), sendo eles: infecções por coronavírus, cuidados de enfermagem, serviços médicos de emergência, enfermagem, protocolos clínicos e guia de prática clínica, incluídos com seus respectivos sinônimos e combinados com os operadores booleanos OR e AND.

Os critérios de inclusão considerados foram: artigos originais que atendessem a questão norteadora, disponíveis na íntegra, publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos não disponíveis na íntegra e que não abordavam o tema da pesquisa.

Para a coleta de dados dos estudos, foi elaborado um instrumento que registrava as seguintes informações: título, autor e ano da publicação do estudo, base de dados, país onde

foi realizado e o objetivo do estudo, delineamento da pesquisa, intervenção, resultados e recomendação/conclusões.

Além da revisão integrativa, foi realizado um levantamento bibliográfico através de uma busca em sites de agências governamentais e não governamentais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), Ministério da Saúde do Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), incluindo protocolos, diretrizes, normas técnicas e publicações nacionais e internacionais.

4.5 Segunda etapa: Construção dos itens do checklist

A construção de um novo instrumento refere-se à elaboração ou seleção de seu conteúdo em função das definições operacionais do constructo (42). A definição operacional do constructo e de sua dimensionalidade, etapa conhecida como elaboração da estrutura conceitual, define o contexto do instrumento e embasa o desenvolvimento dos domínios e itens. Sua importância se destaca porque “quanto melhor e mais completa for esta especificação, melhor será a garantia de que o instrumento que resultar para a medida do constructo será válido e útil” (43).

Como referencial teórico utilizou-se o conceito de gestão do cuidado em enfermagem, que consiste na articulação entre as dimensões gerencial e assistencial no processo de trabalho do enfermeiro. Nesse contexto as ações do enfermeiro na dimensão gerencial consistem nas atividades para organização do trabalho e dos recursos humanos, proporcionando condições adequadas à produção do cuidado e atuação da equipe de enfermagem. As ações na dimensão assistencial têm como foco a realização de um cuidado de enfermagem de forma integral (24).

Como referencial metodológico utilizou-se a literatura para o desenvolvimento de escalas (44) e as diretrizes do Cosmin (45) para a validação de conteúdo.

A partir do levantamento bibliográfico sobre a temática, foram elaboradas 13 questões abertas, que posteriormente foram enviadas por e-mail ou entregue impresso para os profissionais de enfermagem, que trabalham na instituição onde a pesquisa foi realizada em virtude da impossibilidade de realização de grupo focal durante a pandemia.

As perguntas tinham como proposição conhecer a dinâmica dos atendimentos e cuidados prestados aos pacientes com COVID-19 no serviço, incluindo algumas situações específicas (como atendimento de parada cardiorrespiratória, transporte de pacientes, manejo do óbito), equipamentos disponíveis para o atendimento de casos graves da doença, utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) disponibilizados pelo serviço e procedimento

paramentação e desparamentação.

Estabeleceu-se como critério de inclusão: ser profissional de enfermagem e possuir tempo no serviço maior que um ano. Foram excluídos: os profissionais afastados do trabalho por férias ou licenças. O tipo de amostragem foi intencional e de conveniência, uma vez que o interesse da pesquisadora era a opinião de determinados elementos da população (46).

Foi utilizado um instrumento para a coleta de dados (Apêndice 1) constituído de duas partes: a primeira composta por itens para a caracterização da população, compreendendo informações quanto à idade, sexo, ano de formação, grau de escolaridade, se possuía especialização na área de emergência e tempo de atuação na área de emergência. A segunda parte, com 13 questões abertas.

A coleta de dados ocorreu entre 15 a 24 de abril, após o prazo de dez dias estabelecidos aos participantes para devolução da pesquisa, aqueles que não devolveram foram automaticamente excluídos.

Foram devolvidos 12 questionários completamente respondidos. A fim de manter o sigilo em relação à identificação dos participantes, os questionários foram identificados pela pesquisadora com a letra E (quando se tratava de enfermeiro) e TE (quando respondido por técnico de enfermagem), seguida por algarismo arábico na ordem de devolução dos instrumentos.

Os dados obtidos foram transcritos e organizados em uma planilha do programa Excel®. Os dados foram analisados e interpretados a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (47), realizada em três etapas: pré-análise: etapa de organização do material e sistematização das idéias; exploração do material: consistiu na operação de categorização dos dados na transformação dos dados brutos, a fim de alcançar uma compreensão nuclear do texto; tratamento dos resultados e interpretação: os resultados brutos são tratados de maneira a torná-los significantes e válidos.

Após a análise de todas as respostas, estas foram agrupadas e categorizadas, elencadas quanto à prevalência e na seqüência relacionada com as evidências encontradas na literatura. Assim, foi construída uma Matriz de Análise (Quadro 2), com as categorias e sub-categorias identificadas, que posteriormente deu origem às dimensões e embasou a elaboração dos itens do protocolo.

Quadro 2 – Matriz das categorias e subcategorias identificadas nos discursos. Bauru - SP, Brasil, 2021.

Categorias	Definição	Sub-categorias encontradas
------------	-----------	----------------------------

Gerencial	Envolve ações referentes à organização do serviço para atendimento dos pacientes e estratégias de fluxo.	- Fluxo diferenciado para casos respiratórios. - Recursos materiais e equipamentos necessários para atendimento casos graves. - Medidas de segurança recomendadas ao ambiente. - Estratégia elaborada no serviço para identificação do caso respiratório na classificação de risco, padronizado para facilitar o reconhecimento no prontuário eletrônico e priorizar o atendimento.
Biossegurança	Ações referentes à prevenção, controle, redução ou eliminação dos riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde dos profissionais e dos pacientes.	- Medidas de boas práticas profissionais (utilização de EPIS, técnicas de paramentação e desparamentação).
Assistencial	Ações inerentes à assistência direta ao paciente suspeito e com covid-19 pela equipe de enfermagem.	- Condutas de enfermagem no atendimento inicial do paciente suspeito ou com covid-19. - Critérios de definição, notificação e condutas frente a Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG. - Recomendações para assistência ventilatória: invasiva e não invasiva. - Recomendações para o atendimento de Parada Cardiorrespiratória (PCR). - Condutas de enfermagem no posicionamento do paciente e transporte interno dos pacientes. - Condutas para transferência do paciente ao hospital de referência para tratamento de covid-19. - Condutas de enfermagem após óbito do paciente. - Outros cuidados de enfermagem não exclusivo aos casos suspeitos/confirmados covid-19.

Fonte: elaborado pelas pesquisadoras.

A construção dos itens teve como critérios: objetividade, simplicidade, clareza, precisão, validade, relevância e interpretabilidade. A adoção desses critérios tem como objetivo eliminar qualquer item que esteja ambíguo, incompreensível, com termos vagos, com duplicidade de perguntas, jargões ou que remeta a juízo de valores (42).

Considerando a necessidade de rigor metodológico para a elaboração dos itens do instrumento, a literatura apresenta diversos recursos que embasam a construção destes, dentre eles a revisão da literatura, instrumentos já existentes, relatos do público-alvo, observação clínica, opinião de especialistas, entre outros (42). Nesse estudo, foram utilizados como recursos a revisão da literatura sobre o tema e os relatos dos profissionais, etapas estas descritas anteriormente.

Para a construção dos itens segundo os construtos é necessário a definição das dimensões do novo instrumento (48). As definições das dimensões foram feitas a partir das categorias encontradas na análise da revisão da literatura e das entrevistas com os profissionais de enfermagem, considerando também o fluxo de atendimento desses pacientes

na unidade recomendado pelo Ministério da Saúde, o processo de trabalho da enfermagem e os períodos da assistência.

Desse modo as categorias Gerencial, Biossegurança e Assistencial foram definidas como as dimensões do protocolo. A dimensão gerencial compreende as ações para organização, manutenção e controle das medidas de segurança no ambiente frente à COVID-19 e a dimensão biossegurança quanto ao uso das medidas de precaução pelos profissionais.

Considerando a especificidade e amplitude do protocolo proposto, a dimensão assistencial foi subdividida conforme os períodos da assistência, compreendendo: Avaliação inicial do paciente com ações para identificação do caso, os cuidados iniciais e as recomendações da vigilância epidemiológica; Assistência respiratória aos pacientes COVID-19 ou suspeitos e Condutas de enfermagem no posicionamento do paciente, no atendimento de parada cardiorrespiratória e no transporte interno dos pacientes com as ações e intervenções durante a permanência do paciente no serviço; e por último Condutas de enfermagem nos desfechos prováveis com as medidas realizadas nos casos de óbito e transferência para o hospital referenciado.

A partir daí, foram elaborados os itens, compreendidos pelas ações e cuidados de enfermagem, relacionados a cada etapa da assistência. Na construção dos itens, as pesquisadoras consideraram as questões específicas e diretamente relacionadas à assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19, desse modo, os itens abordam aquilo que foi criado, modificado ou que passou a ser primordial no atendimento desses pacientes, considerando que as ações e cuidados que não foram alterados e que contemplam a todos os pacientes, são implícitas a assistência de enfermagem, não havendo a necessidade de serem incluídos nesse protocolo.

A construção dos itens do Protocolo de Gestão do Cuidado de Enfermagem ao paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 em unidade de pronto atendimento, teve seu conteúdo distribuído de acordo com os períodos da assistência (dimensões e subdimensões do cuidado), com os respectivos itens abrangidos em cada grupo num total de 45 itens e estruturados em formato de checklist.

4.6 Terceira etapa: Validação de conteúdo e de face dos itens do checklist

Através da avaliação da validade de face, conteúdo, constructo e de critério, mensura-se a validade total de um instrumento. Neste estudo, procedeu a validação quanto à estrutura e o conteúdo do protocolo elaborado pelo grupo de juízes.

A validade de face representa o quanto uma medida parece estar relacionada ao conteúdo específico do instrumento medido, ou seja, se o conteúdo é compreendido por quem irá utilizá-lo (49).

Validade de conteúdo consiste no grau de representatividade do conceito que o instrumento pretende medir. A validação de conteúdo verifica se o protocolo mede exatamente o que se propõe a medir, com precisão, por meio de um grupo de juízes especialistas na área e assegura a avaliação dos itens, segundo clareza, relevância, pertinência e abrangência. A clareza avalia os itens do instrumento, quanto à forma escrita se o conceito pode ser bem compreendido e se expressa de modo adequado o que se pretende mensurar. A relevância indica quanto o item representa o conteúdo que está sendo medido. A pertinência considera se os itens do instrumento são adequados e específicos para o conteúdo em avaliação. Quanto à abrangência, refere-se a uma avaliação do protocolo como um todo, se todos os conceitos e itens relacionados ao que se deseja estudar, foram abordados (44,50,51).

Para a formação do grupo de juízes as recomendações dos autores variam entre um número mínimo de cinco e máximo de vinte pessoas (42,52). Também não há um padrão quanto a seleção dos juízes observa-se uma variedade de critérios utilizados pelos pesquisadores em seus estudos. Apesar da dificuldade em determinar o perfil ideal de um juiz essa é uma etapa de extrema importância nos estudos de validação (53,54).

Um estudo realizado com o objetivo de identificar quais os critérios de seleção de especialistas utilizados em pesquisas sobre validação de diagnósticos, intervenções ou resultados de enfermagem, houve predomínio na utilização do modelo de Fehring e suas adaptações (54).

Fehring propôs um modelo de validação de diagnósticos de enfermagem e nele estabelece critérios de seleção de profissionais *experts* para compor o grupo de juízes para o processo de validação de conteúdo. O autor define que para ser considerado em experto em uma especialidade o enfermeiro deve possuir: título de doutor ou mestre, com dissertações ou teses de conteúdo relevante sobre o tema de interesse; pesquisa publicada do tema do estudo; e experiência clínica de pelo menos um ano (54).

Neste estudo para compor o grupo de juízes, foram utilizados os critérios adaptados de Fehring com pontuação mínima de cinco pontos para a seleção, conforme apresentado no Quadro 3 abaixo.

Quadro 3 – Critérios para seleção de juízes do estudo adaptado do modelo de Fehring. Bauru - SP, Brasil, 2021.

Critérios de Fehring (1994) - Pontuação		Critérios neste estudo - Pontuação	
Ser mestre em enfermagem	4	Ser mestre em enfermagem	4
Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse de diagnóstico	1	Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de emergência	1
Ter pesquisas publicadas sobre diagnóstico ou conteúdo relevante	2	Ter pesquisas publicadas na área de emergência/construção de instrumentos	2
Ter artigo publicado sobre diagnóstico em periódico indexado	2	Ter artigo publicado sobre emergência/construção de instrumentos em periódico indexado	2
Ter doutorado em enfermagem, com a tese na área de interesse de diagnóstico	2	Ter doutorado em enfermagem	2
Ter prática clínica recente, de no mínimo, um ano na temática abordada	1	Ter prática clínica em emergência de no mínimo um ano	1
Ter especialização em área clínica relevante ao diagnóstico de interesse	2	Ter especialização em emergência	2
Pontuação Máxima:	14	Pontuação Máxima:	14
Pontuação Mínima para Seleção:	5	Pontuação Mínima para Seleção:	5

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

A seleção dos participantes foi realizada por meio da amostragem do tipo bola de neve, amostragem por conveniência bastante utilizada quando a população é composta por pessoas com características difíceis de serem encontradas (35).

Inicialmente foram convidados a compor o grupo de juízes enfermeiros especialistas em emergência e que após consulta feita pela pesquisadora em seus currículos na Plataforma Lattes possuíam a pontuação mínima de acordo com os critérios estabelecidos neste estudo.

O contato com os participantes foi feito por e-mail e/ou contato telefônico com uma de uma carta convite, com informações sobre pesquisa e solicitação de participação. Os profissionais que concordaram em participar receberam posteriormente os documentos éticos, as instruções e formulários de avaliação através do *software Google Forms* (docs.google.com), que constitui um pacote de aplicativos disponibilizados na internet, como os formulários eletrônicos, oferecidos gratuitamente pela empresa de serviços online Google.

Dos 16 especialistas selecionados, apenas nove foram incluídos no estudo, formando o grupo de juízes para a validação. Ficaram excluídos aqueles que não responderam o formulário no prazo de 15 dias estabelecido pelas pesquisadoras.

O formulário de avaliação do instrumento encaminhado aos juízes foi construído em três partes: a primeira com a caracterização dos juízes, a segunda com informações do instrumento e definição de termos e a terceira, pelos itens e suas dimensões que formaram o protocolo (Apêndice 2).

Cada item do instrumento foi avaliado quanto aos critérios clareza, relevância, pertinência e abrangência. Para mensurar as respostas dos juízes, foi utilizada uma escala tipo Likert, com pontuação de 1 a 4. A escala de Likert é utilizada para mensurar opiniões, crenças ou atitudes dos indivíduos que respondem um questionário ou instrumento, através de uma seqüência de afirmações, que permite diferentes graus de concordância (42,52).

Para avaliação dos itens, as opções de resposta e sua pontuação foram: não possui relevância = 1; necessita de grande revisão para ser relevante = 2; necessita de pequena revisão = 3 e relevante = 4. Essa mesma avaliação foi adaptada aos demais critérios (52). Em cada item foi disponibilizado um espaço para inclusão de sugestões e adequações pelos juízes, em suas análises. Foi incluído também a avaliação do item, se adequado ou não, às dimensões propostas.

4.6.1 Análise semântica

A análise semântica tem por objetivo avaliar se todos os itens são adequados e compreensíveis para a população a qual o instrumento destina-se e deve ser aplicado aos profissionais de enfermagem atuantes em unidades de pronto atendimento (55).

Para a participação nesta etapa foram convidados os enfermeiros que atuam nas quatro UPAs de Bauru/SP, por meio de e-mail ou mensagem de texto no celular composto pelo convite de participação a pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido e o formulário de avaliação no *Google Forms*, a 40 profissionais. Aceitaram e enviaram o formulário respondido 17 participantes, no período de novembro e dezembro de 2021.

O formulário de avaliação do instrumento encaminhado ao público-alvo foi construído em três partes: a primeira com a caracterização dos participantes, a segunda com informações do instrumento e a terceira, pelos itens que formaram o protocolo. (Apêndice 3). Os participantes avaliaram se os itens estavam adequados e compreensíveis, com a seleção das respostas “Sim”, “Não” ou “Em partes”. Em cada item foi disponibilizado um espaço para inclusão de sugestões caso houvessem.

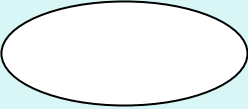
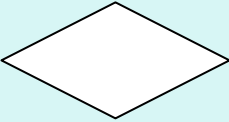
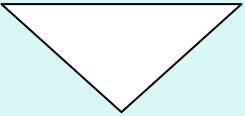
4.6.2 Elaboração e validação do protocolo

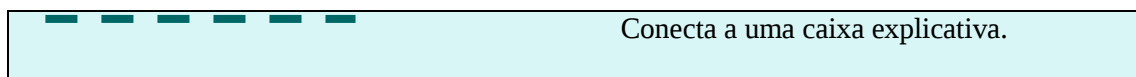
Posteriormente foi elaborado um protocolo em formato gráfico, de fluxograma, com o intuito de facilitar a rápida compreensão por meio desta visão global. Um fluxograma, formato gráfico utilizados em protocolos de enfermagem, consiste na representação

esquemática do fluxo das informações e ações a respeito de um processo específico que embasa a avaliação e tomada de decisão pelos profissionais. Esse modelo gráfico de apresentação do protocolo favorece a compreensão fácil e rápida por meio da visão global do processo, com definição clara da atuação, utilizando uma simbologia simples e padronizada na sua elaboração (32).

O formato gráfico do protocolo foi elaborado de acordo com a proposta de Pimenta et al. (32), com a utilização de símbolos convencionados previamente e padronizados internacionalmente. Cada figura que compõem o fluxograma possui um significado, conforme descrito no Quadro 4.

Quadro 4 – Simbologia padrão para confecção de fluxogramas.

	Indica início e fim do processo.
	Indica a ação.
	Indica momentos de tomada de decisão (questionamento) – respostas devem estar nas arestas da figura.
	Indica documentos ou relatórios que apoiam o processo.
	Indica arquivos que podem ser acessados para consolidar o processo.
	Conecta o processo com outros processos ou indica continuação (quando ocupa mais de uma folha).
	Indica direções a serem seguidas.
	Indica o caminho a ser seguido.



Fonte: Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. Pimenta et al., 2015.

Por fim, o protocolo em formato gráfico foi encaminhado aos especialistas que já tinham participado da validação dos itens do checklist e para a validação do mesmo foram seguidos os critérios: apresentação gráfica, facilidade de leitura, seqüência do algoritmo, clareza, relevância, pertinência e abrangência, com pontuação de 1 a 4 numa escala tipo *Likert*.

O protocolo gráfico traz a representação de todo o processo abordado pelo protocolo, com o intuito de facilitar a rápida compreensão por meio da visão global da assistência e sua aplicação. Assim, para a utilização do protocolo o checklist deve ser consultado, na perspectiva de auxiliar na execução de todas as ações elencadas.

4.6.3 Análise dos dados

Os dados foram tratados e analisados pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC), método muito utilizado na área da saúde, medindo a porcentagem dos juízes que concordam sobre determinados aspectos do instrumento bem como de seus itens, permitindo analisar inicialmente cada item e posteriormente o instrumento como um todo (42,52).

Os dados obtidos foram tratados e analisados pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC), sendo adotados, neste estudo, as pontuações mais elevadas, ou seja, as respostas 3 e 4 em cada item, estas somadas e depois divididas pelo número total de respostas, em relação a cada critério (42,52,56).

A taxa de concordância aceitável entre os juízes para verificação da validade dos itens foi estabelecida em superior a 0,83, em decorrência do número de juízes, como é recomendado na literatura (57).

O índice de validade de conteúdo geral (S-IVC) do instrumento foi obtido por meio do cálculo da média dos IVC de cada item do instrumento, já calculados individualmente. O índice de validade de conteúdo geral do instrumento deve ser de, no mínimo 0,80, e preferencialmente, maior que 0,90 (50,56). Os demais dados foram analisados utilizando-se a estatística descritiva.

As alterações propostas pelos juízes foram organizadas e analisadas conforme as variáveis do instrumento para serem aplicadas. Alterações foram feitas após a avaliação,

considerando os apontamentos e sugestões dos especialistas e o resultado do cálculo do IVC para cada item.

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, sob o parecer nº 4.226.538 (Anexo 1), respeitando os fundamentos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, que trata sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

A Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru isenta de quaisquer responsabilidades sobre o estudo, concedeu autorização (Anexo 2) para a realização da pesquisa na unidade da rede de urgência municipal.

Em todas as etapas da pesquisa os participantes foram convidados pessoalmente ou por meio de e-mail ou mensagem de texto via aplicativo de celular (*whatsapp*) recebendo uma carta convite (Apêndice 4), com uma breve apresentação e informações sobre a pesquisa e solicitação de participação. Após aceitarem o convite, foram informados sobre os objetivos e o método do estudo, assim como sobre os aspectos éticos que norteiam uma pesquisa científica. Foram assegurados o sigilo das informações, a liberdade de interromper a participação a qualquer momento e também o anonimato. Todos os que concordaram em participar do estudo leram e aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 5).

5. RESULTADOS

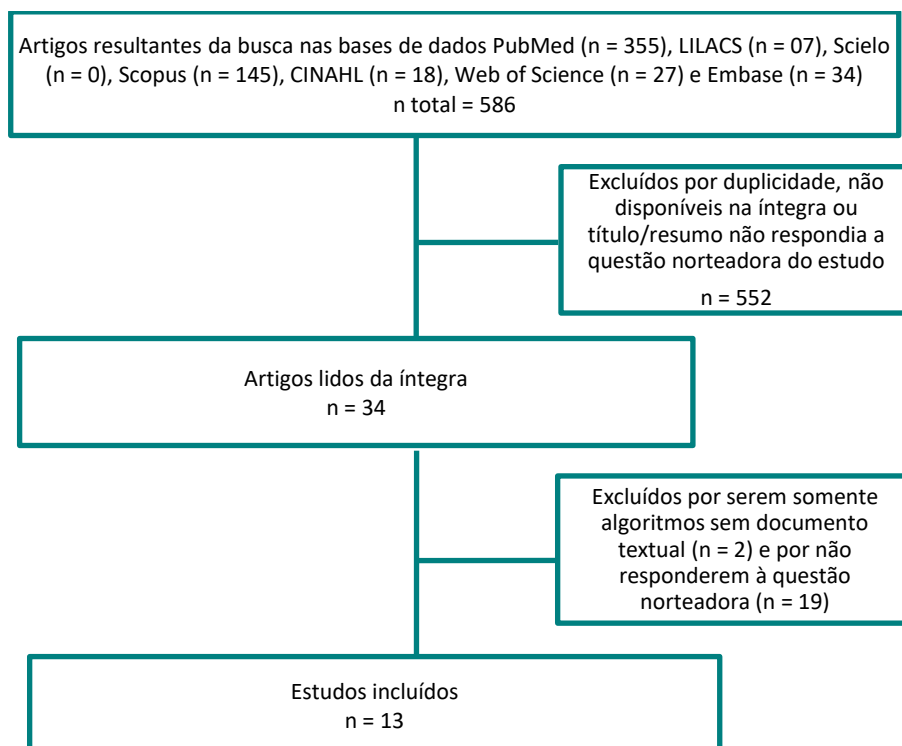
5.1 Revisão de literatura sobre o tema

A busca foi realizada no período de fevereiro a abril de 2021 e restringiu os resultados a publicações dos últimos cinco anos, com texto disponível na íntegra, nos idiomas inglês, português e espanhol.

Foram identificados 586 artigos, resultantes da busca nas sete bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scielo, PubMed, Cinahl, Web of Science, Embase e Scopus. Desses 552 foram excluídos devido à duplicidade nas bases de dados, textos não disponíveis na íntegra, e que os títulos e resumos não respondiam à questão norteadora.

Os 34 artigos restantes foram selecionados e lidos na íntegra, sendo que dois foram excluídos por serem algoritmos de atendimento (apenas a representação gráfica, sem documento escrito), e destes, 13 responderam às perguntas norteadoras e foram incluídos no estudo.

Figura 1. Fluxograma da seleção da amostra (artigos) da revisão integrativa. Bauru - SP, Brasil, 2021.



Fonte: elaborado pelas pesquisadoras.

Para a coleta de dados e análise desses estudos, os dados de cada artigo foram registrados no instrumento elaborado pela pesquisadora, referentes as seguintes informações: título, autor, ano e base de dados da publicação, o delineamento da pesquisa, país onde foi realizado, o objetivo do estudo, a intervenção realizada, os resultados e as recomendações/conclusões do estudo.

Para classificar a qualidade das evidências dos estudos encontrados foi utilizado a classificação em sete níveis, que descreve o desenho e o nível de evidência dos tipos de estudos científicos (58), apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 – Classificação dos níveis de evidência de acordo com o tipo de estudo científico segundo Melnyk; Fineout-Overhol, 2010. Bauru - SP, Brasil, 2021.

Nível de evidência	Tipo de evidência
Nível 1	evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;
Nível 2	evidências provenientes de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
Nível 3	evidências provenientes de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
Nível 4	evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
Nível 5	evidências provenientes de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
Nível 6	evidências provenientes de um único estudo descritivo ou qualitativo
Nível 7	evidências provenientes de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Fonte: Melnyk; Fineout-Overhol, 2010(58).

Após a coleta dos dados dos treze estudos, procedeu-se a análise crítica. O Quadro 6 apresenta a síntese dos estudos incluídos na revisão.

Quadro 6 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa. Bauru-SP, Brasil, 2021.

ano / local da pesquisa / base de dados	Título	Tipo de estudo	Nível de evidência	Objetivos	Principais resultados
2021, Espanha, PubMed	Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado en unidades de hospitalización por	Estudo descritivo	6	Fornecer recomendações para a prática clínica de enfermagem e dessa forma, auxiliando na protocolização da	Foram apresentados diversos aspectos da prática clínica, desde aspectos gerais do cuidado a esses pacientes, organização do serviço, cuidados de enfermagem e preparo para a alta hospitalar ou alta por óbito, até aspectos

	COVID-19			assistência a pacientes adultos internados em Unidades de Internação COVID-19, com base nos padrões da literatura ou na experiência mais atual em frente desta nova pandemia.	relacionados à segurança dos próprios profissionais.
2021, Espanha, PubMed	Gestión y liderazgo de los servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona	Estudo descritivo / Relato de experiência	6	Descrever a experiência do Hospital Clínic de Barcelona na gestão e liderança do serviço de enfermagem, seguindo as diretrizes nacionais e internacionais para aliviar a pandemia, proteger a saúde e prevenir a propagação do surto.	Apresenta e descreve as etapas e ações realizadas na gestão do plano de emergência para a pandemia COVID-19 pela Diretoria de Enfermagem são as seguintes: planejamento inicial; capacitação dos profissionais; medidas de proteção e segurança; alterações nas práticas profissionais e nos setores do serviço; uso de protocolos assistenciais; gerenciamento e logística de suprimentos; gerenciamento de recursos humanos; apoio aos profissionais; ações de liderança.
2020, Australia, PubMed	Australian College of Critical Care Nurses and Australasian College for Infection Prevention and Control position statement on facilitating next-of-kin presence for patients dying from coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the intensive care unit	Guia de prática clínica (Declaração de posição)	7	Fornecer orientação prática para enfermeiras de cuidados intensivos na facilitação da presença de parentes próximos para pacientes que morrem de COVID-19 na UTI.	Endossam práticas destinadas a facilitar a visita familiar em cuidados intensivos, onde os recursos (como EPI) e pessoal permitirem. Recomendam a visita limitada a uma pessoa, indicado como parente mais próximo, e estar em bom estado de saúde. Deve-se fornecer orientações e EPIs para a visita e após, auxiliar na retirada dos EPIs e realização de higiene das mãos, oferecer suporte emocional imediato e informações quanto a rede de suporte disponível.

2020, Reino Unido, PubMed	Consensus guidelines for managing the airway in patients with COVID-19 - Guidelines from the Difficult Airway Society, the Association of Anaesthetists, the Intensive Care Society, the Faculty of Intensive Care Medicine and the Royal College of Anaesthetists	Diretrizes de consenso / Guia de prática clínica	7	Desenvolver princípios para o manejo das vias aéreas de pacientes com COVID - 19 para encorajar um desempenho seguro, preciso e rápido.	Recomendações sobre a prevenção de contaminação de profissionais de saúde, a escolha da equipe envolvida no manejo das vias aéreas, o treinamento necessário e a seleção de equipamentos. Os princípios fundamentais do gerenciamento das vias aéreas nessas configurações são descritos para: intubação traqueal de emergência; intubação traqueal difícil prevista ou inesperada; parada cardíaca; cuidados anestésicos; e extubação traqueal.
2020, Cingapura, PubMed	A conceptual framework for Emergency department design in a pandemic	Revisão da literatura de escopo	6	Abordar questões e princípios em torno do projeto e fluxo de trabalho do departamento de emergência (ED) em meio à pandemia COVID-19. Propomos uma estrutura conceitual e uma lista de verificação para que os DEs também sejam preparados para surtos futuros.	Quatro princípios-chave foram derivados - (1) consciência situacional, vigilância e defesa do perímetro, (2) proteção da equipe de ED, (3) gerenciamento de capacidade de surto e (4) recuperação de ED. As descobertas foram integradas em uma estrutura conceitual proposta para orientar o projeto de ED em resposta a um surto de doença infecciosa. Existem vários elementos que precisam ser considerados na entrada, na produção e na saída do ED. Esses elementos podem ser categorizados em (1) sistema (fluxo de trabalho, protocolos e comunicação), (2) equipe (recursos humanos), (3) espaço (infraestrutura) e (4) abastecimento (logística) e são colocados em uma lista de verificação para uso pragmático.

2020. Estados Unidos, PubMed	CODE BLUE-19: Proposal to Mitigate COVID-19 Transmission in the Emergency Department for Out-of-hospital Cardiac Arrest	Protocolo / Guia de prática clínica	7	Propor um protocolo para atendimento de paradas cardíacas fora do hospital para limitar o risco de transmissão, visando proteger os profissionais, ao mesmo tempo em que mantêm alta qualidade no atendimento aos pacientes.	Recomendações quanto ao ambiente e equipamentos; equipe reduzida e distribuição de funções durante o atendimento; utilização de medidas de precaução e EPIs; ações durante o procedimento RCP; ações após retorno do pulso e no caso de óbito.
2021, Espanha, PubMed	Puntos clave sobre la COVID-19 en los servicios de urgencias: propuestas de mejora para su atención en Latinoamérica	Guia de Prática Clínica / Documento de Consenso	7	Oferecer algumas diretrizes ou recomendações consensuais para facilitar a atuação dos Departamentos de Emergência (ED) em relação aos pontos que os membros do grupo consideraram mais interessantes ou fundamentais.	Recomendam a reorganização dos departamentos de emergência, triagem, disponibilidade de exames complementares de rotina e outros como biomarcadores, identificação do paciente com COVID-19 por meio de critérios clínicos, analíticos, radiológicos e microbiológicos, além de fatores de risco, prognóstico e mortalidade que podem auxiliar na detecção rápida de pacientes críticos na chegada aos departamentos de Emergência.
2020, India, Scopus	Clinical nursing care guidance for management of patient with COVID-19	Revisão de Literatura	6	Descrever o papel dos enfermeiros no manejo de pacientes com COVID-19, que começa na avaliação e triagem inicial, coleta de amostra, cuidado de pacientes com sintomas leves a moderados, cuidado de pacientes críticos, paciente doente e cuidado com o cadáver.	Descreve as atividades dos enfermeiros no atendimento de pacientes com covid-19 desde a avaliação e triagem inicial, coleta de amostra para exame, cuidado de pacientes com sintomas leves a moderados, cuidado de pacientes com quadros graves da doença e cuidados após o óbito.

2020, Estados Unidos, Scopus	COVID-19 cardiac arrest management: A review for emergency clinicians	Revisão de literatura	6	Revisar a literatura atual, para discutir a composição da equipe de saúde necessária para ressuscitar de forma segura e adequada um paciente criticamente COVID-19 e destacar mudanças nas diretrizes nacionais sobre reanimação cardiopulmonar (RCP) e o manejo de pacientes com COVID-19 em parada cardíaca	Ao fornecer intervenções de reanimação e realizar procedimentos nesses pacientes, os profissionais de saúde devem aderir a medidas rígidas de controle de infecção e priorizar sua própria segurança por meio do uso adequado de equipamentos de proteção individual. Uma nova abordagem deve ser implementada em combinação com as diretrizes nacionais. As mudanças nessas diretrizes enfatizam a colocação precoce de uma via aérea avançada para limitar a transmissão hospitalar e encorajar os profissionais de saúde a determinar a eficácia de seus esforços antes de colocar a equipe em risco de exposição.
2020, Italia, Scopus	The Italian coronavirus disease 2019 outbreak: recommendations from clinical practice	Guia de Prática Clínica	7	Compartilhar o conhecimento sistêmico e clínico e experiências adquiridas durante o curso do surto italiano, com o objetivo de educar e apoiar médicos em outras partes da comunidade global de saúde que possam enfrentar cenários semelhantes.	Relatou o impacto do surto da doença coronavírus em 2019 na infraestrutura de saúde regional e nacional e as recomendações baseadas em experiências clínicas de tratamento de pacientes em toda a Itália. Descreveu os principais elementos do manejo clínico, incluindo: oxigenoterapia segura; gerenciamento das vias aéreas; equipamento de proteção pessoal; e aspectos não técnicos do atendimento de pacientes com diagnóstico de doença covid-19. Somente por meio de planejamento, o treinamento e o trabalho em equipe farão com que os médicos e os sistemas de saúde estejam em melhor posição para lidar com as muitas implicações complexas dessa nova pandemia.

2020, Brasil, Web of Science	COVID-19: Cuidados de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.	Revisão de literatura	6	Descrever as rotinas e protocolos relacionados às melhores práticas para assistência de enfermagem aos pacientes com a COVID-19.	Descreve resumidamente as rotinas e protocolos relacionadas às melhores práticas descritas para assistência de enfermagem aos pacientes com a COVID-19, entre eles: práticas administrativas, rotinas básicas em unidade de terapia intensiva, cuidados na terapia respiratória, cuidados no posicionamento de pacientes, medidas de precaução com higienização e desinfecção, manipulação de medicamentos, coleta de materiais para exame de Covid-19, preparo para alta.
2020, Rio de Janeiro/ Brasil, LILACS	Parada cardiorrespiratória na pandemia por coronavírus: revisão compreensiva da literatura	Revisão de literatura	6	Apresentar atualizações para a ressuscitação cardiopulmonar em pacientes suspeitos e confirmados com COVID-19.	As principais atualizações trazem informações sobre especificidades das manobras de ressuscitação cardiopulmonar; preparação do ambiente, recursos humanos e materiais, reconhecimento da parada cardiorrespiratória e ações iniciais; estratégias de ventilação e acesso invasivo da via aérea; ajustes do ventilador mecânico e manobras de ressuscitação cardiopulmonar em pacientes pronados.
2020, Estados Unidos da América, CINAHL	Interim Guidance for Basic and Advanced Life Support in Adults, Children, and Neonates With Suspected or Confirmed COVID-19: From the Emergency Cardiovascular Care Committee and Get With The Guidelines-Resuscitation Adult and Pediatric Task Forces of the American Heart Association.	Guia de Prática Clínica	7	Apresentar uma orientação provisória, por consenso de especialistas, para ajudar os profissionais a tratar indivíduos com parada cardíaca com suspeita ou confirmação de COVID-19, equilibrando o interesse de fornecer uma ressuscitação oportuna e de alta qualidade aos pacientes e ao mesmo tempo proteger os profissionais.	As principais recomendações são: - Reduzir a exposição do profissional ao Covid-19 (utilização de EPIs, adequação de ambientes, diminuição da geração de aerossóis); Priorizar estratégias de oxigenação e ventilação com menor risco de aerossolização; Durante a RCP manter paciente no ventilador mecânico com circuito fechado (com filtro HEPA) e ajustar parâmetros para ventilação assíncrona; Reanimação em posição prona; Reanimação em gestantes/puérperas e crianças e neonatos.

Fonte: elaborado pelas pesquisadoras.

Dos 13 trabalhos incluídos, três deles (23,08%) eram publicações recentes, do início do ano de 2021, enquanto dez (76,92%) datavam o ano anterior, em 2020. A maioria, nove estudos (69,23%), apresentou-se na língua inglesa, o espanhol e português foram utilizados em apenas dois estudos (15,38%) de cada idioma.

Quanto ao local do estudo, quase a metade deles foram realizados nos Estados Unidos da América e Espanha, sendo três em cada país (23,08%). Dois estudos (15,38%) foram desenvolvidos no Brasil. O restante, realizados no Reino Unido, Austrália, Itália, Cingapura e Índia, sendo um estudo (7,69%) em cada país.

Todos os artigos incluídos tratam-se de estudos observacionais, sendo seis (46,15%) guias de prática clínica, cinco (38,46%) revisões de literatura e dois (15,38%) estudos descritivos.

Cinco estudos (38,46%) abordam diretamente sobre a assistência de enfermagem, com recomendações para gerenciamento e ações da prática da enfermagem. O restante apesar de não especificamente da atuação da enfermagem, foram incluídos por responderem a questão de pesquisa com as recomendações aos serviços e equipes multiprofissionais para atendimento de Covid-19 em serviços de emergência, e dessa forma, abrange a assistência de enfermagem. Destes quatro estudos (30,77%) apresentavam as recomendações para atendimento de parada cardiorrespiratória (PCR) nos pacientes com Covid-19 em emergências, dois (15,38%) com orientações quanto a organização dos serviços de emergência, um (7,69%) compartilhou a experiência e as estratégias utilizadas pelo serviço de saúde da Itália frente à pandemia e um (7,69%) consenso elaborado por anestesiólogos com recomendações para o manejo da via aérea e suporte ventilatório em pacientes com Covid-19.

5.2 Construção dos itens do checklist

O instrumento construído, teve seu conteúdo distribuído de acordo com as ações e períodos da assistência de enfermagem, composto por 45 itens divididos em 3 dimensões: Gerencial, Biossegurança e Assistencial. O protocolo foi estruturado em formato checklist e intitulado “Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente suspeito ou com COVID-19 em unidade de pronto atendimento”.

A dimensão assistencial, devido à especificidade dos cuidados de enfermagem, foi subdividida em seis tópicos, sendo eles: Avaliação inicial do paciente; Assistência respiratória aos pacientes COVID-19 ou suspeitos; Condutas de enfermagem no posicionamento do

paciente, no atendimento de parada cardiorrespiratória, no transporte interno dos pacientes e nos desfechos prováveis.

5.3 Validação de conteúdo e de face

O formulário de avaliação do protocolo foi enviado a 16 especialistas, que atendiam os critérios de seleção, convidados a participarem do estudo, porém apenas nove avaliaram o instrumento. O grupo de juízes foi composto em sua totalidade por profissionais enfermeiros do sexo feminino (n=9; 100%), que tinham em média, 42 anos (desvio padrão de 7,5) e 17,8 anos de formação (desvio padrão de 7,4), variando de nove a 35 anos.

A maioria dos especialistas possuía experiência prática em serviços de urgência e emergência (n=8; 88,9%), com tempo mínimo de atuação na área de dois anos e o máximo 32 anos (média = 9,3 anos e desvio padrão de 9,3). Quanto à formação acadêmica, todos possuíam titulação de mestre em enfermagem e mais da metade o título de doutor (n=5; 55,6%), e cinco também eram especialistas em urgência e emergência (n=5; 55,6%).

Apenas uma enfermeira (11,1%) não possuía experiência ou especialização na área de emergência, porém foi convidada a participar como juiz devido sua experiência em pesquisa na construção de instrumentos de medida na área da saúde.

Após a avaliação dos juízes, o instrumento apresentou IVC satisfatório em todos os itens para todos os critérios avaliados ($IVC \geq 0,88$). Apenas o item 25 apresentou uma pontuação “1” nos critérios de relevância e pertinência, e o item 30 pontuação “2” no critério clareza. Como não houve sugestão de alteração dos mesmos pelos juízes e o IVC de ambos foi 0,88 foram mantidos.

Na avaliação do instrumento como um todo, o protocolo obteve IVC geral (S-IVC) de 0,99, alcançando os índices recomendados pela literatura.

O cálculo, realizado após a avaliação do instrumento pelo grupo de juízes, dos índices de validade de conteúdo, bem como a classificação apresentada pelos mesmos em relação aos itens que compõem as três dimensões, está apresentado na Tabela 1. Pode-se observar que a maioria dos itens recebeu pontuação máxima na avaliação ($IVC = 1$), que por sua vez foi unânime no critério abrangência.

Em relação às dimensões, houve concordância satisfatória ($IVC \geq 0,88$), apenas o item 19 recebeu uma sugestão de ser alocado na dimensão gerencial. Os itens 15, 21 e 45 receberam uma avaliação não concordando com a dimensão inserida, porém não foi realizada sugestão de onde deveria ser alocado pelos juízes. Desse modo, dos 45 itens do instrumento,

39 (do item 6 ao 18 e do 20 ao 45) ficaram concentrados na dimensão assistencial e o restante, quatro na dimensão gerencial (os itens 1; 2; 3; 19) e dois, (itens 4 e 5) na biossegurança.

Tabela 1- Índice de validade de conteúdo dos itens em relação aos critérios analisados e suas dimensões propostas pelos juízes. Bauru, São Paulo, 2021.

Item / Dimensão 1: Gerencial	C	R	P	A
Item 1- Promover o distanciamento entre os pacientes, minimizar a circulação [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 2- Priorizar a realização de exame radiológico do paciente [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 3- Minimizar o contato do paciente com os demais pacientes, durante sua [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item / Dimensão 2: Biossegurança				
Item 4- Proceder a paramentação de maneira adequada (a colocação dos [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 5- Retirar a paramentação após a assistência, com os cuidados para evitar a [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item / Dimensão 3: Assistencial				
Item 6- Levantar a queixa principal e o histórico do paciente, identificando os [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 7- Avaliar os SSVV: () Normotenso _____ () Hipertenso _____ [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 8- Avaliar o padrão respiratório: () Eupneico FR: __ () Dispneico: FR: __ [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 9- Avaliar a presença de critérios de Síndrome Respiratória Aguda Grave [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 10- Coletar amostra para investigação de Covid-19 e encaminhar para [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 11- Investigar a situação vacinal do paciente contra a Covid-19 [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 12- Realizar a Notificação do Agravado-SRAG e comunicar a Vigilância [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 13- Iniciar suplementação de oxigênio, se paciente com $\text{SatO}_2 \leq 94\% \text{AA}$ [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 14- Não colocar água ou soro no umidificador quando suplementar O ₂ [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 15- Utilizar uma máscara cirúrgica nos pacientes em uso de cateter nasal [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 16- Observar nível de consciência, queda da SatO_2 e/ou sinais de [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 17- Verificar se o paciente apresenta critérios para indicação de intubação [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 18- Montar e testar o funcionamento do ventilador mecânico e ajustar com [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 19- Manter equipe reduzida, no máximo, 3 profissionais durante a [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 20 -Acoplar no tubo orotraqueal, o filtro HEPA ou HME F e extensão [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 21- Vedar o tubo orotraqueal com a pinça Reynald ou com uma tampa [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 22- Preparar o dispositivo de sucção (aspiração) sistema fechado. [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 23- Realizar pré oxigenação por 5 minutos com unidade “máscara - [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 24- Auxiliar a intubação realizada pelo médico e após confirmar o [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 25- No caso de falha de 2 tentativas de intubação orotraqueal auxiliar na [...]	1,00	0,88	0,88	1,00
Item 26- Realizar o clampeamento do tubo orotraqueal com a pinça Reynald [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 27- Realizar aspiração de tubo orotraqueal e das vias aéreas superiores [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 28- Realizar a coleta de gasometria arterial após 30 minutos da IOT-VM e [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 29- Manter máscara facial não reinalante na pré oxigenação com fluxo de [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 30- Evitar a utilização do ressuscitador manual. [...]	0,88	1,00	1,00	1,00
Item 31- Nos pacientes em ventilação mecânica a conexão ao ventilador em [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 32- Nos pacientes em PRONA SEM UMA VIA AÉREA AVANÇADA, [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 33- Nos pacientes em PRONA COM VENTILAÇÃO INVASIVA, realizar [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 34- Nos pacientes em PRONA, para a desfibrilação colocar a pá esternal [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 35- Acomodar paciente no leito e manter cabeceira elevada 30° e 45 [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 36- Considerar posicionar o paciente em decúbito autoprone ou pronação [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 37- Posicionar e/ou auxiliar o posicionamento do paciente em decúbito [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 38- Manter sob vigilância constante os pacientes autopronados em [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 39- Informar a equipe do setor de destino a condição de suspeita ou [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 40- Transportar o paciente utilizando máscara cirúrgica, em cadeira de [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 41- Realizar o contato telefônico com a central de regulação do SAMU para [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 42- Realizar o preparo do corpo no local da ocorrência do óbito (SE, [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 43- Identificar o corpo com nome, número do prontuário, número do [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 44- Embalar o corpo, preferencialmente, com 3 camadas: 1ª - Enrolar o [...]	1,00	1,00	1,00	1,00
Item 45- Identificar o saco externo de transporte com informação relativa ao [...]	1,00	1,00	1,00	1,00

Nota: S-IVC (IVC geral) = 0,99; C=Clareza; R=Relevância; P=Pertinência; A=Abrangência.

Apesar da concordância satisfatória, os especialistas fizeram algumas sugestões de

alteração da redação em onze itens, as quais foram realizadas e estão apresentadas no Quadro 8. As modificações foram realizadas antes da análise semântica pelo público alvo.

Quadro 7 - Alterações realizadas nos itens do instrumento após avaliação pelo grupo de especialistas. Bauru, São Paulo, 2021.

Item inicial	Sugestão avaliação juiz	Item final
Item 1- Promover o distanciamento entre os pacientes, minimizar a circulação e o cruzamento de pacientes com sintomas respiratórios e os demais pacientes.	Eu tiraria a palavra cruzamento. Deixaria: ...minimizar a circulação de pessoas e pacientes com sintomas respiratórios dos demais pacientes.	Item 1- Promover o distanciamento entre os pacientes, minimizar a circulação de pacientes com sintomas respiratórios dos demais.
Item 2- Priorizar a realização de exame radiológico do paciente, de forma que o mesmo não aguarde a realização em áreas comuns.	Sugiro definir quais são as áreas comuns do ambiente de urgência e emergência. Tiraria a palavra realização no final.	Item 2- Priorizar a realização de exame radiológico do paciente, de forma que o mesmo não aguarde em áreas comuns (recepção, sala de espera, corredor).
Item 7- Avaliar os SSVV: () Normotenso () Hipertenso () Hipotenso () Normocardico () Taquicardico () Bradicardico () Afebril () Febril () Hipotermico () FR < 24 irpm. Anotar: ____ () FR ≥ 24 irpm. Anotar: ____ () SatO2 AA ≥ 95% Anotar: ____ () SatO2 AA ≤ 94% - Anotar: ____	Inserir campo para anotação de sinais vitais. Colocaria um campo pra anotar todos os SSVV Sugiro utilizar valores no local de terminologias como normotenso, normocardico	Item 7- Avaliar os SSVV: () Normotenso () Hipertenso () Hipotenso Anotar PA: ____ () Normocardico () Taquicardico () Bradicardico Anotar FC: ____ () Afebril () Febril () Hipotermico Anotar T°: ____ () FR < 24 irpm. Anotar: ____ () FR ≥ 24 irpm. Anotar: ____ () SatO2 AA ≥ 95% Anotar: ____ () SatO2 AA ≤ 94% - Anotar: ____
Item 8- Avaliar o padrão respiratório: () Eupneico () Dispneico () Taquidispneico () Bradipneico () Apresenta sinais de esforço respiratório. () Uso de musculatura acessória. () Apresenta sinais de cianose.	Inserir campo para anotação da FR.	Item 8- Avaliar o padrão respiratório: () Eupneico () Dispneico () Taquidispneico () Bradipneico Anotar FR: ____ () Apresenta sinais de esforço respiratório. () Uso de musculatura acessória. () Apresenta sinais de cianose.
Item 9- Avaliar a presença de critérios de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): () Dispneia OU () Desconforto Respiratório OU () Pressão Persistente no tórax OU () SatO2 < 95% em ar ambiente OU () Cianose dos lábios ou face	Colocaria: "... presença de critérios de SRAG em pacientes com Sd gripal". (Pois ao falar de covid, precisa ter Sd gripal para avaliar SRAG)	Item 9- Avaliar a presença de critérios de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes com Síndrome Gripal (SG): () Dispneia OU () Desconforto Respiratório OU () Pressão Persistente no tórax OU () SatO2 < 95% em ar ambiente OU () Cianose dos lábios ou face
Item 11- Investigar a situação vacinal do paciente contra a Covid-19 (Laboratório/Fabricante da vacina número de doses recebidas e as datas da aplicação).	Sugiro deixar campo disponível para inserir as respostas coletadas na investigação	Item 11- Investigar a situação vacinal do paciente contra a Covid-19: Laboratório/Fabricante da vacina: ____; Número de doses recebidas: ____; Datas da aplicação: ____
Item 20- Acoplar no tubo orotraqueal, o filtro HEPA ou HME F e extensão corrugada	Sugiro colocar por extenso as siglas HEPA E HMEF, apesar de juízes especialistas, pessoas irão ler posteriormente	Item 20- Acoplar no tubo orotraqueal, o filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance) ou HMEF (Heat and Moisture Exchanger) e extensão corrugada
Item 30- Evitar a utilização do ressuscitador manual.	Sugiro explicar o motivo de evitar tão procedimento	Item 30- Evitar a utilização do ressuscitador manual devido ao elevado

		risco de geração de aerossóis e contaminação da equipe.
Item 34- Nos pacientes em PRONA, para a desfibrilação colocar a pá esternal na região dorsal e a pá apical na lateral do paciente.	Especificar melhor qual lateral. .lateral esquerda	Item 34- Nos pacientes em PRONA, para a desfibrilação colocar a pá esternal na região dorsal e a pá apical na lateral esquerda do paciente.
Item 37- Posicionar e/ou auxiliar o posicionamento do paciente em decúbito prono, e reposicionar os dispositivos, cabos e cateteres de acordo com sua posição.	Em decúbito prono? Está correta essa expressão?	Item 37- Posicionar e/ou auxiliar o posicionamento do paciente em posição prona, e reposicionar os dispositivos, cabos e cateteres de acordo com sua posição.
Item 41- Realizar o contato telefônico com a central de regulação do SAMU para solicitar o transporte do paciente para as unidades de referência hospitalar e informar a condição clínica atual do paciente e o tipo de transporte solicitado.	Dúvida: As transferências de um serviço para outro são reguladas? Há transferência via CROSS no município?, ou apenas é necessário ligar para o SAMU remover ?	Item 41- Realizar o contato telefônico com a central de regulação do SAMU para solicitar o transporte do paciente para as unidades de referência hospitalar após a liberação de vaga pelo CROSS e informar a condição clínica atual do paciente e o tipo de transporte solicitado.

Fonte: elaborado pelas pesquisadoras.

Após a validação pelo grupo de juízes e as alterações realizadas nos itens conforme as sugestões apresentadas, o instrumento foi enviado a 40 enfermeiros para avaliar se os itens estavam adequados e compreensíveis. Destes, 17 enfermeiros que atuavam nos serviços de urgência e emergência pré-hospitalar, avaliaram o instrumento, sendo a maioria era do sexo feminino (n=13; 76,4%) e tinham, em média, idade de 39,6 anos (desvio-padrão de 8,18), tempo de formação de 12,9 anos (desvio-padrão de 7,44) e tempo de atuação em urgência e emergência de 6,7 anos (desvio-padrão de 7,31).

Com relação à formação acadêmica a maioria (n=14; 82,35%) possuía especialização e dentre eles nove (52,9%) eram especialistas em urgência e emergência, e apenas cinco enfermeiros (29,4%) tinham título de mestre. Nessa fase, não houve sugestão pertinente de alteração dos itens e o percentual de adequação e compreensão foi de 98%.

A seguir, foi estruturada a versão final do protocolo intitulado “Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 em unidade de pronto atendimento”, em formato gráfico, de fluxograma, com a representação de todo o processo abordado e seguindo a mesma estrutura dimensional apresentada no checklist. Para sua validação foram convidados seis especialistas, todos do sexo feminino, com idade média de 41,3 anos (DP± 3,8) e 17,3 anos de formação (DP±2,4). O S-IVC foi de 0,97.

Assim, o instrumento final foi composto por 45 itens distribuídos em três dimensões, apresentado na Figura 3 abaixo



Figura 3 – Versão final do checklist: Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 em unidade de pronto atendimento em formato checklist. Bauru, São Paulo, 2021.

Checklist: Gestão do cuidado de enfermagem a paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 em unidade de pronto atendimento.		
Introdução: A gestão do cuidado em enfermagem na Covid-19 visa articular ações assistências, gerenciais e de biossegurança no processo de trabalho do enfermeiro. bjetivo: Direcionar o enfermeiro para realizações de ações que visem a gestão do cuidado de enfermagem a pacientes suspeitos ou infectados pelo coronavírus em unidades de pronto atendimento. Orientação: Os itens deste protocolo devem ser assinalados com: (X) para o item que foi realizado; (NA) para o item cuja ação não se aplica ao paciente; (NE) quando o item não for executado, e nestes casos deve ser justificado.		
Enfermeiro:	Paciente:	
Data:	Leito/Setor:	
Dimensão 1: Gerencial (Aplicada a todos os pacientes)		
1 - () Promovido o distanciamento entre os pacientes, minimizar a circulação de pessoas e de pacientes com sintomas respiratórios dos demais. 2 - () Priorizado a realização de exame radiológico do paciente, de forma que o mesmo não aguarde em áreas comuns (recepção, sala de espera, corredor).		
3 - () Minimizado o contato do paciente com os demais pacientes, durante sua permanência na sala de emergência ou enfermaria e sala de observação, fechar cortinas, aumentar o distanciamento entre os leitos quando possível. 4 - () Mantido equipe reduzida, no máximo, três profissionais durante a intubação orotraqueal..		
Dimensão 2: Biossegurança (Aplicada a todos os pacientes)		
5 - Realizado paramentação de maneira adequada (a colocação dos Equipamentos de Segurança Individual – EPIs) antes de realizar a assistência ao paciente, na ante sala da Sala de Emergência (SE) ou do quarto de isolamento. Os equipamentos necessários e o modo de realização do procedimento serão de acordo com o risco de exposição, sendo: () Precaução Gotículas e Contato, seguindo a sequência: 1º- Higienização das mãos; 2º- Avental ou capote de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior (gramatura mínima de 30g/m2); 3º- Máscara cirúrgica; 4º- Óculos de proteção; 5º- Gorro; 6º- Luvas. () Precaução Aerossóis, seguindo a sequência: 1º- Higienização das mãos; 2º- Avental impermeável de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior (estrutura impermeável e gramatura mínima de 50 g/m2); 3º- Máscara N95 ou PFF2; 4º- Óculos de proteção ou Protetor facial (face shield); 5º- Gorro; 6º- Luvas.		
6 - () Retirado a paramentação após a assistência, com os cuidados para evitar a contaminação, seguindo a seqüência de retirada: Dentro do quarto ou SE: 1º- Retirar as luvas; 2º- Retirar o avental; 3º- Higienizar as mãos; Sair do quarto ou SE onde se encontra o paciente: 4º-Higienizar as mãos; 5º-Retirar o gorro; 6º-Retirar o óculos de proteção ou protetor facial (face shield); 7º- Higienizado as mãos; 8º- Retirar a máscara N95 ou PFF2; 9º- Higienizar as mãos.		
Justifique / Anote falta de materiais		
Dimensão 3: Assistencial		
Avaliação inicial do paciente (Aplicada a todos os pacientes)		
Condutas de enfermagem no atendimento inicial do paciente:	7 - () Levantado a queixa principal e o histórico do paciente, identificando os sinais e sintomas apresentados e a Data de Início dos Sintomas (DIS) 8 - () Avaliado os SSVV: () Normotenso () Hipertenso () Hipotenso. Anotar PA: _____ () Normocardico () Taquicardico () Bradicardico. Anotar FC: _____ () Afebril () Febril () Hipotérmico Anotar Tº: _____ () FR < 24 irpm. Anotar: () FR ≥ 24 irpm. Anotar: () SatO2 AA ≥ 95% Anotar: () SatO2 AA ≤ 94% Anotar:	9 - () Avaliado o padrão respiratório: () Eupneico () Dispneico () Taquidispneico () Bradipneico. Anotar FR: _____ () Apresenta sinais de esforço respiratório. () Uso de musculatura acessória. () Apresenta sinais de cianose.
Crterios de definição, notificação e condutas frente a Síndrome Respiratória	10 - () Avaliado a presença de critérios de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes com Síndrome Gripal (SG); () Dispneia OU () Desconforto Respiratório OU () Pressão Persistente no tórax OU () SatO2 < 95% em ar ambiente OU () Cianose dos lábios ou face 11 - () Coletado amostra para investigação de Covid-19 e encaminhar para o laboratório referência (Instituto Adolfo Lutz – IAL), conforme o fluxo local: () Swab naso orofaríngeo (teste rápido antígeno) – SRAG: 1º ao 7º dia de sintoma; () Swab naso orofaríngeo (RT – PCR) – SRAG: 1º ao 14º dia de sintoma; () Amostra sangue (teste rápido IGM/IGG) – SRAG: a partir do 8º dia de sintoma (OBS: não recomendado para diagnóstico de pacientes vacinados devido a resposta vacinal esperada)	12 - () Investigado a situação vacinal do paciente contra a Covid-19: Laboratório/Fabricante da vacina: _____; Número de doses recebidas: _____; Datas da aplicação: _____ 13 - () Realizado a Notificação do Agravado – SRAG e comunicar a Vigilância Epidemiológica Municipal conforme fluxo local.
Assistência respiratória aos pacientes com COVID-19 ou suspeitos (Aplicado aos pacientes com necessidade de suporte ventilatório)		
Recomendações para assistência ventilatória: não invasiva	14 - Iniciado suplementação de oxigênio, se paciente com SatO2 ≤ 94% AA OU FR ≥ 24 irpm, utilizando os menores fluxos possíveis para manter a SatO2 > 94 % ou uma FR < 24, respeitando as indicações: () Realizado oferta de oxigênio por cateter nasal de O2 (cateter tipo óculos), de 1 a 6l/min. Anotar (l/min): () Realizado oferta de oxigênio por máscara com reservatório não reinalante (MNR) de 6 a 15l/min. Anotar: 15 - () Não colocado água ou soro no umidificador quando suplementar O2 para evitar aerossolização;	16 - () Utilizado uma máscara cirúrgica nos pacientes em uso de cateter nasal, para evitar a dispersão de aerossóis. 17 - () Observado nível de consciência, queda da SatO2 e/ou sinais de desconforto respiratório nos pacientes que demandam altos fluxos de oxigênio (acima de 10l/min em MNR) devido ao maior risco de descompensação clínica abrupta e evolução para necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Continuação: Assistência respiratória aos pacientes com COVID-19 ou suspeitos	
Recomendações para assistência ventilatória invasiva:	18 - () Verificado se o paciente apresenta critérios para indicação de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva (VMI) e comunicar a equipe médica, conforme critérios abaixo: ❖ Insuficiência respiratória associados com rebaixamento do nível de consciência e/ou aumento do trabalho ventilatório/esforço ventilatório elevado; Necessidade de suplementação de O₂ > 5l/min para manter SatO₂ >94% ou FR ≤ 24 irpm; Retenção de CO₂ (PaCO₂ > 50mmHg e/ou pH < 7,25). 19 - () realizado montagem e testado o funcionamento do ventilador mecânico e ajustar com os parâmetros iniciais da ventilação mecânica após IOT, conforme orientação médica, respeitando as recomendações: ❖ Modalidade: Volume Controlado (VCV); Volume corrente: 6 ml/kg de peso predito (PP); FiO₂ 100%; PEEP inicial de 10 cmH₂O; Frequência respiratória (FR): 24/min (20 a 28/min); Fluxo inspiratório: 60 L/min (40-80 L/min), ou relação I:E de 1:2 a 1:4; Alvo inicial de SpO₂ entre 90 – 94%; Reduzir FiO₂ se SpO₂ > 94%. 20 - () Acoplado no tubo orotraqueal, o filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance) ou HMEF (Heat and Moisture Exchanger) e extensão corrugada 21 - () Vedado o tubo orotraqueal com a pinça Reynald ou com uma tampa plástica (ou embolo de borracha) quando utilizar fio guia ou bougie para intubação. 22 - () Preparado o dispositivo de sucção (aspiração) sistema fechado. 23 - () Realizado pré oxigenação por 5 minutos com unidade “máscara - trachcare - filtro HEPA ou HME F – válvula – bolsa – reservatório”, utilizando o fluxo de oxigênio de 15 L/min com cuidado para evitar vazamentos OU utilizar máscara não-reinalante com fluxo de 15 L /min. 24 - () Auxiliado a intubação realizada pelo médico e após confirmar o posicionamento do tubo por capnografia (preferencialmente). 25 - () No caso de falha de duas tentativas de intubação orotraqueal auxiliar na passagem de um dispositivo extraglottico (máscara laríngea), acoplada a um filtro HEPA ou HME F, e conectar ao ventilador mecânico. 26 - () Realizado o clampeamento do tubo orotraqueal com a pinça Reynald quando for necessário a sua desconexão ou troca do circuito do ventilador mecânico. 27 - () Realizado aspiração de tubo orotraqueal e das vias aéreas superiores (VAS), utilizando sistema de sucção fechado (trachcare), sempre que necessário. 28 - () Realizado a coleta de gasometria arterial após 30 minutos da IOT - VM e quando solicitado pela equipe médica para subsidiar os ajustes nos parâmetros ventilatórios do paciente.
Recomendações para o atendimento de Parada Cardiorrespiratória (PCR) (Aplicado aos pacientes em PCR)	
Condutas no atendimento de Parada Cardiorrespiratória (PCR):	29 - () Mantido máscara facial não reinalante na pré oxigenação com fluxo de O₂ de 6-15lit/min até a intubação para evitar geração de aerossol. 30 - () Não utilizado o ressuscitador manual devido ao elevado risco de geração de aerossóis e contaminação da equipe. 31 - () No paciente em ventilação mecânica a conexão ao ventilador em circuito fechado foi mantida e ajustados, sob orientação médica, na função “RCP/PCR” do equipamento e os que não possuem essa função, foram ajustados para ventilação assíncrona seguindo os parâmetros recomendados: * Modo ventilatório: assíncrono; FIO₂ 100%; FR: 10 a 12; PEEP = 0; Disparo (“trigger”) a fluxo: desligar a sensibilidade ou -15 a -20. 32 - () O paciente em PRONA, SEM UMA VIA AÉREA AVANÇADA, foi rapidamente posicionado sem decúbito dorsal e iniciada as manobras de RCP. 33 - () No paciente em PRONA, COM VENTILAÇÃO INVASIVA, as compressões torácicas foram realizadas com as mãos em posição normal sobre os corpos vertebrais T7-10. 34 - () Para a desfibrilação do paciente em PRONA foi colocada a pá esternal na região dorsal e a pá apical na lateral esquerda do paciente.
Condutas de enfermagem no posicionamento e transporte interno dos pacientes (Aplicado aos pacientes durante permanência no serviço)	
Condutas de enfermagem no posicionamento do paciente:	35 - () Acomodado paciente no leito e mantido cabeça elevada 30° e 45° (posição semireclinada) ou posição Fowler, conforme tolerado pelo paciente. 36 - () Posicionado em decúbito prono ou pronação consciente os pacientes que apresentem FR >24 irpm e hipoxemia sem sinais de insuficiência respiratória mesmo com suplementação adequada de oxigênio. Considerar seu uso em pacientes com o cateter nasal de O₂ antes do escalonamento para máscara com reservatório. 37 - () Posicionado e/ou auxiliado o posicionamento do paciente em posição prona, e reposicionar os dispositivos, cabos e cateteres de acordo com sua posição. 38 - () Mantido sob vigilância constante os pacientes autopronados em ventilação espontânea atentando para deterioração clínica.
Condutas de enfermagem no transporte interno do paciente:	39 - () Informado a equipe do setor de destino a condição de suspeita ou confirmação do paciente para o preparo adequado dos profissionais e da unidade. 40 - () Transportado o paciente com máscara cirúrgica, em cadeira de rodas ou macas, utilizando os dispositivos para manter o suporte de oxigênio durante o transporte.
Condutas de enfermagem nos desfechos prováveis (Aplicado a todos os pacientes)	
Condutas para transferência ao hospital de referência:	41 - () Realizado o contato telefônico com a central de regulação do SAMU para solicitar o transporte do paciente para as unidades de referência hospitalar após a liberação de vaga pelo CROSS e informar a condição clínica atual do paciente e o tipo de transporte solicitado.
Condutas de enfermagem após óbito do paciente:	42 - () Realizado o preparo do corpo no local da ocorrência do óbito (SE, isolamento) evitando transporte e manipulando o mínimo possível. 43 - () Identificado o corpo com nome, número do prontuário, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), data de nascimento, nome da mãe e CPF, com letras legíveis, fixado na região torácica e outro na parte externa, no saco que o corpo foi acondicionado. 44 - () Embalado o corpo, preferencialmente, com 3 camadas: 1ª - Enrolar o corpo em lençóis; 2ª - Colocar o corpo em saco impermeável próprio (que deve impedir o vazamento de fluidos corpóreos); 3ª - Colocar o corpo em um segundo saco (externo) e desinfetar com álcool 70% ou outro saneante compatível com o material do saco. 45 - () Identificado o saco externo de transporte com informação relativa ao risco biológico: COVID-19: agente biológico classe de risco 3 e após encaminhar ao necrotério.

Fonte: elaborado pelas pesquisadoras

6. DISCUSSÃO

A construção e validação de um protocolo para a gestão do cuidado a pacientes suspeitos ou com COVID-19 atendidos em UPA foi desenvolvido com rigor metodológico e científico para possibilitar que o mesmo seja utilizado por todos os enfermeiros, a despeito da diversidade dos cenários existentes nestas unidades.

Os estudos de validação de conteúdo são adotados pela enfermagem para assegurar não somente qualidade dos instrumentos elaborados, mas também para que tenham legitimidade e credibilidade (59).

Ao propor a construção do protocolo, as pesquisadoras definiram que o instrumento seria direcionado a assistência de casos de COVID-19, com manifestações moderadas e graves da doença visto que estes são os pacientes que necessitam de atendimento em unidades de urgência, abordando aquilo que foi proposto ou que passou a ser primordial no atendimento desta nova demanda nas UPA. Assim, o instrumento torna-se um aliado nos atendimentos com sua especificidade, porém não visa substituir a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todas suas etapas, nem mesmo outras ações realizadas rotineiramente.

De acordo com os resultados encontrados houve concordância altamente satisfatória entre os juízes na avaliação dos itens, sendo que 95,6% dos itens obtiveram 100% de concordância e o restante com índices acima de 83% recomendado pela literatura, com isso nenhum item do instrumento foi excluído. Na avaliação geral do instrumento a concordância foi de 99%. Poucas sugestões de alteração de redação dos itens foram feitas considerado especificidade dos mesmos.

No que se refere à avaliação dos itens em relação à dimensão que foram inicialmente alocados, o item 19 que traz a recomendação de manter equipe reduzida durante o procedimento de intubação, recebeu a sugestão de compor a dimensão gerencial, provavelmente pelo especialista entender que essa recomendação esteja atrelada a organização das equipes estabelecidas previamente ao procedimento.

Além disso, houve comentários durante a avaliação das dimensões em relação à fonte da letra utilizada, clareza visual e dificuldade de leitura, o que pode ter ocorrido em virtude do formulário de avaliação ter sido composto por uma imagem do conjunto de itens daquela dimensão geradas a partir de um *print* da tela, tornando a imagem menos nítida. Porém como essa imagem foi usada apenas para a construção do formulário de avaliação, não houve necessidades de incluir essas alterações, uma vez que o protocolo final ainda seria estruturado,

e com isso maior atenção foi dada ao layout na estruturação final do instrumento.

Nos itens dois e três que abordavam condutas para minimizar a circulação de pessoas e o distanciamento entre os pacientes dentro do serviço, dois juízes fizeram comentários apontando problemas existentes nos serviços como a indisponibilidade do serviço de radiologia no serviço em determinados períodos, a falta de espaço físico e a superlotação, como fatores que podem dificultar a implantação na prática das recomendações dos itens.

A indisponibilidade de um serviço de radiologia nas UPA durante as 24h pode ser atribuída ao déficit de recursos humanos. Desse modo a solução encontrada pelos gestores para resolubilidade deste problema foi reduzir o horário de funcionamento deste serviço, uma vez que todas as unidades possuem a estrutura física para os exames.

Um dos fatores que contribuem para o excesso de atendimento nas UPAs, acima da sua capacidade, esta relacionado com a percepção da população que considera importante a facilidade de acesso a esses serviços e a garantia de recursos imediatos (consulta, exames, medicamentos) (60). Outro fator que além de distorcer a sua finalidade, a ocorrência freqüente de internações nas UPAs (61) resulta uma superlotação da unidade e por períodos prolongados, superiores ao período de observação de 24h preconizados pela legislação (62).

Na avaliação da dimensão assistencial um juiz questionou se o objetivo era apenas a avaliação respiratória, e se fosse este o caso a dimensão estava adequada. A COVID-19 é uma doença com manifestação de sintomas predominantemente respiratórios, que variam de acordo com a gravidade da doença (11,63). Na mesma dimensão outro especialista sugeriu incluir a opção de ventilação não invasiva (VNI) se disponível na unidade, porém tal sugestão não foi acatada devido a indisponibilidade do dispositivo no serviço.

No item 7 que corresponde a avaliação dos sinais vitais, na fase de atendimento inicial do paciente, um juiz fez o seguinte comentário: “Um acolhimento bem feito é primordial para o bom atendimento”, que vem de encontro com as recomendações da Política Nacional de Humanização (PNI) (64) que determina o acolhimento como “reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde”, devendo sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações.

Por meio de uma escuta qualificada pelos profissionais de saúde às necessidades do usuário é possível garantir o acesso do mesmo a tecnologias adequadas às suas necessidades, aumentando a efetividade das práticas de saúde e assegurando o atendimento com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (64).

Durante a avaliação do item 10 que corresponde aos tipos de exames, com as respectivas indicações para coleta, realizados para diagnóstico de covid-19 um especialista

comentou que o teste rápido de IGM e IGG não é recomendado para o diagnóstico de covid-19 de qualquer paciente independente da condição vacinal, servindo apenas para nível epidemiológico.

No Brasil o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde define como critérios de confirmação laboratorial de casos de covid-19 os testes de biologia molecular pelo método RT-PCR em tempo real/RT-LAMP, os testes de pesquisa de antígenos pelo método de Imunocromatografia e os imunológicos IgM, IgA e/ou IgG realizado pelos métodos Elisa, Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos, Eclia ou Clia. Atentando para que resultados reagentes de IGG só devem ser usados para confirmação da doença em indivíduos não vacinados, sem diagnóstico anterior para covid-19 e que tenham apresentados sinais e sintomas compatíveis, no mínimo 8 dias antes da realização do exame (11).

A recomendação da vigilância epidemiológica federal e estadual é de que os testes de IgM/Igg não sejam utilizados para diagnóstico de covid-19 em pessoas vacinadas devido a resposta vacinal esperada com produção de anticorpos (11). O CDC (65) recomenda a utilização de testes de anticorpos (sorologia) para detecção de infecção previa de COVID-19 e no diagnóstico de Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Crianças (MIS-C) e em adultos (MIS-A) (66), e não recomendado para diagnosticar a infecção atual. Nos EUA os testes de anticorpos estão sendo utilizados para vigilância em saúde pública e fins epidemiológicos. Neste estudo, para a construção do item referente a confirmação diagnóstica de covid-19 foi adotado a recomendação nacional vigente atualmente (11).

No item 14 em que é recomendado a não utilização de água ou soro fisiológico nos umidificadores na suplementação de oxigênio evitando a aerossolização, um especialista pontuou que tal recomendação esta sendo bastante discutida na comunidade científica e sugeriu obter informação da literatura utilizada. No entanto, as recomendações atuais consistem na utilização de suplementação de O₂ não invasivo por cateter nasal ou máscara com reservatório não reinalante sem necessidade de umidificação visando a redução da geração de aerossóis e o risco de infecção por outros patógenos (67,68).

Embora a construção de todos os itens do instrumento tenha sido embasada em ampla revisão da literatura, porém algumas dificuldades foram enfrentadas devido a falta de padronização de informações encontradas na literatura e também as mudanças nas recomendações à medida que novas evidências científicas eram apresentadas, este ultimo já esperado devido a recente descoberta do vírus e manifestação da doença.

Em relação aos itens de paramentação e retirada dos EPIs apesar de não terem sido

realizadas sugestões de modificações pelos juízes deparou-se com dificuldades na sua elaboração devido às divergências encontradas tanto na literatura e a rotina descrita pelos profissionais.

No entanto, neste estudo foi adotado a recomendação preconizada pela ANVISA (69) de colocação e retirada de EPIs na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de covid-19. A literatura internacional não preconiza uma norma para a sequência de paramentação, a OMS (70) apenas menciona os itens que fazem parte da precaução individual. O CDC (71) considera mais de uma forma segura para proceder a paramentação, porém todos são unânimes quanto a recomendação dos itens, sendo eles: máscara, avental, óculos ou protetor facial, gorro e luvas.

Em relação à validação gráfica do protocolo houve questionamento de um juiz em relação ao fluxo na dimensão assistencial quando o paciente não apresentar necessidade de suporte ventilatório ou parada cardiorrespiratória. Cabe ressaltar que a sugestão não pode ser acatada, pois o protocolo traz a apresentação geral e sintetizada do conteúdo, cujas ações são direcionadas pelo checklist. Ademais, nem todos os pacientes necessitam da totalidade de ações previstas no instrumento.

É pertinente ressaltar que a construção dos itens desse protocolo foram baseadas na literatura atual e por se tratar de uma doença causada por um vírus novo, com inúmeras variantes existentes até o momento, o conteúdo desse instrumento pode ter necessidade de revisão e alterações à medida que novas evidências científicas surjam.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo traz como contribuição o seu produto, um protocolo destinado à gestão do cuidado de enfermagem no atendimento face aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 em unidade de pronto atendimento, com segurança, qualidade e baseado em evidências científicas. Além disso, poderá subsidiar a elaboração de protocolos semelhantes em outros serviços de saúde, instrumentalizando cada vez mais a enfermagem na busca contínua pela melhoria da assistência.

A construção do instrumento seguiu as etapas preconizadas na literatura para definição das dimensões e elaboração dos itens. A validação de conteúdo e de face do protocolo realizada pelos juízes foi alcançada com padrão satisfatório de concordância na avaliação individual dos itens e do instrumento no geral, de acordo com os requisitos estabelecidos. O mesmo padrão de concordância foi alcançado junto aos juízes na validação gráfica do protocolo.

Na análise semântica, o instrumento não foi modificado e o percentual de concordância entre o público alvo foi adequado.

O protocolo foi desenvolvido com base nas evidências científicas disponíveis até o presente momento e em conformidade com a lei do exercício profissional da enfermagem, e assim pode contribuir para o atendimento de pacientes com quadros suspeitos ou confirmados de COVID-19 nas UPAs, uniformizando condutas e garantindo uma assistência segura e pautada em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira LR de, Jorge MHP de M. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. *Rev Bras Epidemiol.* setembro de 2008;11(3):420–30.
2. Brasil M da S. Portaria nº 1863, de 29 de Setembro de 2003 - Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. [Internet]. Portaria nº 1863 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html
3. Brasil M da S, organizador. Política nacional de atenção às urgências. 3a. ed. ampliada. Brasília, DF: Editora MS; 2006. 256 p. (Série E--Legislação de saúde).
4. Brasil M da S. Portaria MS/GM nº 1600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Portaria MS/GM nº 1600 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
5. Brasil M da S. Portaria MS/GM nº 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. [Internet]. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html
6. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Lopes MGM, Agostinho DF, Alves GF. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 4 de dezembro de 2017;51:125.
7. Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis Rev Saúde Coletiva.* junho de 2015;25(2):525–45.
8. Ohara R, Melo MRA da C, Laus AM. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. *Rev Bras Enferm.* outubro de 2010;63(5):749–54.
9. Fugulin F. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal de enfermagem das unidades de internação de um hospital de ensino. *Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;* 2002.
10. Brasil M da S. Diretrizes para diagnóstico e tratamento da Covid-19 - Versão 4. 2020.
11. Brasil M da S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Guia de vigilância epidemiológica : emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19. Versão 3 - 15 de março de 2021. Ministério da Saúde; 2021.
12. Chen Y, Guo Y, Pan Y, Zhao ZJ. Structure analysis of the receptor binding of 2019-nCoV. *Biochem Biophys Res Commun.* 17 de fevereiro de 2020;S0006-291X(20)30339-9.
13. Brasil M da S. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico] [Internet]. 2020 [citado 10 de outubro de 2020]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf

14. ABRAEDE - Associação Brasileira de Medicina de Emergência. Recomendações para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19 pelas equipes de enfermagem de serviços de emergência (pré-hospitalar fixo e intra-hospitalar). [Internet]. 2020. Disponível em: <http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/04/RECOMENDACOES-ENFERMAGEM-200420.pdf>
15. Brasil M da S. Orientações para manejo de pacientes com covid-19. 2021.
16. World Health Organization. COVID-19 Clinical management: Living guidance [Internet]. 2021 [citado 18 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://app.magicapp.org/#/guideline/j1WBYn>
17. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (Covid-19): people with certain medical conditions [Internet]. 2021 [citado 20 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html>
18. Zhu J, Pang J, Ji P, Zhong Z, Li H, Li B, et al. Coagulation dysfunction is associated with severity of COVID-19: A meta-analysis. *J Med Virol.* fevereiro de 2021;93(2):962–72.
19. Brasil M da S. Fluxo de Pacientes com Sintomas Respiratórios em Unidade de Urgência Hospitalar e Não-hospitalar. 2020.
20. Brasil M da S. Fluxograma para atendimento e detecção precoce de COVID-19 em pronto atendimento UPA 24 horas e unidade hospitalar não definida como referência. 2020.
21. Thomas LS, Pietrowski K, Kinalski S da S, Bittencourt VLL, Sangoi KCM. Atuação do enfermeiro emergencista na pandemia de covid-19: Revisão narrativa da literatura / The role of emergency nurses in the covid-19 pandemic: A narrative review of the literature. *Braz J Health Rev.* 2020;3(6):15959–77.
22. Neves CB, Machado IS, Da Silva Souza SC, Lourenço CVF, Peniche GRS. A atuação do Enfermeiro em uma Unidade de Pronto Atendimento frente à COVID-19 / The performance of the Nurse in a Ready Care Unit in front of COVID-19. *Braz J Health Rev.* 5 de outubro de 2021;4(5):20779–86.
23. Bitencourt JV de OV, Meschial WC, Frizon G, Biffi P, Souza JB de, Maestri E. NURSE'S PROTAGONISM IN STRUCTURING AND MANAGING A SPECIFIC UNIT FOR COVID-19. *Texto Contexto - Enferm.* 2020;29:e20200213.
24. Senna MH, Drago LC, Kirchner AR, Santos JLG dos, Erdmann AL, Andrade SR de. Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro. *Rev Rede Enferm Nordeste* [Internet]. 16 de junho de 2014 [citado 2 de setembro de 2021];15(2). Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3121/2395>
25. Mororó DD de S, Enders BC, Lira ALB de C, Silva CMB da, Menezes RMP de. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paul Enferm.* maio de 2017;30(3):323–32.
26. Estefo Agüero S, Paravic Klijn T. ENFERMERÍA EN EL ROL DE GESTORA DE LOS CUIDADOS. *Cienc Enferm.* dezembro de 2010;16(3):33–9.

27. Santos JLG dos, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* abril de 2013;66(2):257–63.
28. Santos JLG dos, Lima MAD da S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* dezembro de 2011;32(4):695–702.
29. Domenico EBLD, Ide CAC. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Rev Lat Am Enfermagem.* fevereiro de 2003;11(1):115–8.
30. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 13 de janeiro de 1996;312(7023):71–2.
31. Pimenta CA de M, Francisco AA, Lopes CT, Nishi FA, Maia F de OM, Shimoda GT, et al. Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2017.
32. Pimenta CA de M, Pastana ICASS, Sichieri K, Solha RKT. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2015. 649 p.
33. Hebling SRF, Pereira AC, Hebling E, Meneghim M de C. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva.* agosto de 2007;12(4):1067–78.
34. Araís AGC, Rosa VS da, Sakamoto VTM, Blatt CR, Caregnato RCA. Protocolos na enfermagem: relato de experiência de uma disciplina sobre tecnologias em saúde. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 9 de agosto de 2021;13(8):e8380.
35. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa Em Enfermagem Avaliação de Evidências Para a Prática Da Enfermagem. 9º ed. 2018.
36. The EQUATOR network. About us. [Internet]. [citado 18 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://www.equator-network.org/about-us/>
37. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf.* dezembro de 2016;25(12):986–92.
38. Brasil M da S. Portaria nº 10 de 3 de Janeiro de 2017 - Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet]. Portaria nº 10 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html
39. Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein São Paulo. março de 2010;8(1):102–6.
40. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* dezembro de 2005;52(5):546–53.
41. Aromataris E, Munn Z, organizadores. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. JBI; 2020 [citado 26 de outubro de 2021]. Disponível em: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>

42. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. março de 2015;20(3):925–36.
43. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev psiquiatr clín*. 1998;
44. DeVellis RF. Scale development: theory and applications. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif: SAGE; 2012. 205 p. (Applied social research methods series).
45. Terwee CB, Prinsen CAC, Chiarotto A, Westerman MJ, Patrick DL, Alonso J, et al. COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. *Qual Life Res*. maio de 2018;27(5):1159–70.
46. Marconi M de A, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa [Internet]. 8º ed. São Paulo: Atlas; 2018 [citado 29 de agosto de 2021]. Disponível em: [https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788597013535/epubcfi/6/10\[%3Bvnd.vst.idref%3Dbody005\]!/4/42/1:15\[001%2C.4\]](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788597013535/epubcfi/6/10[%3Bvnd.vst.idref%3Dbody005]!/4/42/1:15[001%2C.4])
47. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
48. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. março de 2015;20(3):925–36.
49. Furr RM, Bacharach VR. Psychometrics: an introduction. Second edition. Los Angeles: SAGE; 2014. 442 p.
50. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. julho de 2011;16(7):3061–8.
51. Polit DF. Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. *Int J Nurs Stud*. novembro de 2015;52(11):1746–53.
52. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. julho de 2011;16(7):3061–8.
53. Galdeano LE, Rossi LA. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2006;
54. Melo RP, Moreira RP. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev Rene*. 2011;
55. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 15 de dezembro de 2000;25(24):3186–91.
56. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Res Nurs Health*. outubro de 2006;29(5):489–97.
57. Yusoff MSB. ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation. *Educ Med J*. 28 de junho de 2019;11(2):49–54.
58. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. Em: Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 599 paginas.

59. Medeiros SG de, Lima Neto AV de, Saraiva COP de O, Barbosa ML, Santos VEP. Avaliação da segurança no cuidado com vacinas: construção e validação de protocolo. *Acta Paul Enferm.* fevereiro de 2019;32(1):53–64.
60. Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA de. Accessibility and demand at an Emergency Care Unit: the user's perspective. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(spe2):19–25.
61. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Lopes MGM, Agostinho DF, Alves GF. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 4 de dezembro de 2017;51:125.
62. Konder M, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2019;29(2):e290203.
63. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19). Updated Feb. 16, 2021 [Internet]. 2021 [citado 29 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
64. Brasil M da S. Política Nacional de Humanização - PNH. 1ª edição [Internet]. Ministério da Saúde; 2015 [citado 29 de novembro de 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf
65. Centers for Disease Control and Prevention. Overview of Testing for SARS-CoV-2 (COVID-19). Updated Oct. 22, 2021 [Internet]. CDC - Centers for Disease Control and Prevention; 2021 [citado 29 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/testing-overview.html>
66. Morris SB, Schwartz NG, Patel P, Abbo L, Beauchamps L, Balan S, et al. Case Series of Multisystem Inflammatory Syndrome in Adults Associated with SARS-CoV-2 Infection — United Kingdom and United States, March–August 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 9 de outubro de 2020;69(40):1450–6.
67. ABRAMEDE - Associação Brasileira de Medicina de Emergência. Recomendações sobre Oxigenioterapia no Departamento de Emergência para Pacientes Suspeitos ou Confirmados de COVID-19 Versão 4 - atualizada em 06/03/2021 [Internet]. 2021 [citado 29 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://abramede.com.br/coronavirus-covid-19/>
68. Silva VZM da, Neves LMT, Forgiarini Junior LA. Recomendações para a utilização de oxigênio suplementar (oxigenoterapia) em pacientes com COVID-19. *ASSOBRAFIR Ciênc.* 3 de setembro de 2020;11(Supl1):87.
69. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa No 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus – atualizada em 09/09/2021 [Internet]. 2021 [citado 27 de novembro de 2021]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04-2020-09-09-2021.pdf
70. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance [Internet]. World Health Organization; 2020 [citado 27 de

novembro de 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331215>.

71. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Using Personal Protective Equipment (PPE). Updated Aug. 19, 2020 [Internet]. CDC - Centers for Disease Control and Prevention; [citado 27 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/using-ppe.html>

ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Pesquisador: Letícia Pereira Orestes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36312920.4.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.212.787

Apresentação do Projeto:

As Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h são unidades de complexidade intermediária entre a atenção básica e a atenção hospitalar, configuram-se no principal componente fixo da urgência pré-hospitalar. São unidades apropriadas para assistência em situações de urgência, desenvolvendo ações que necessitam de atendimento rápido, sem risco de morte imediato e, emergência onde o risco de morte é iminente, devendo assegurar manobras de sustentação de vida nesses casos. Assim as UPAs devem estar preparadas para atender as demandas de acometimento a grandes contingentes emergenciais, como nos casos de acidentes de múltiplas vítimas e a surtos de doenças com grande morbimortalidade.

Atualmente, mais uma demanda em potencial sobrecarrega os serviços de saúde mundiais decorrente de um novo vírus, o SARS-CoV-2 identificado no final de 2019 na China, cuja infecção causa a doença respiratória denominada Covid-19. O vírus disseminou rapidamente para diversos países e em poucos meses foram confirmados milhares de casos da doença e de mortes, configurando um cenário grave na saúde pública mundial, a pandemia da covid-19. Em Bauru, no interior do estado de São Paulo, a rede pública de urgência do município é composta por um Pronto Socorro

Central, quatro Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h e o Serviço de Atendimento Móvel – SAMU, pertencentes a Secretaria Municipal de

Saúde. Essas unidades, atualmente, além dos atendimentos habituais característicos do serviço,

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

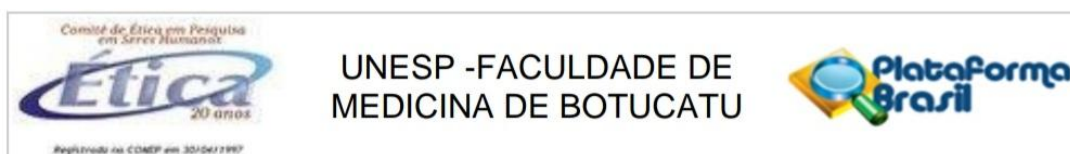
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.212.787

tem absorvido a demanda de pacientes com quadros respiratórios, proveniente das doenças respiratórias sazonais, pertinentes da época do ano e ao surto mundial da covid-19. Diante desse cenário e considerando a especificidade do serviço de urgência e emergência, a necessidade da atuação imediata e eficiente, baseadas em protocolos de atendimentos desempenhados em conjunto com a equipe multidisciplinar, proporcionando assistência integral ao paciente, torna-se

necessário o planejamento das ações, assim pretende-se com esse projeto de pesquisa, um estudo metodológico, fundamentada pela literatura sobre o tema, elaborar um protocolo assistencial de enfermagem para enfrentamento da covid-19 em unidade de pronto atendimento UPA, que consiste na elaboração de um instrumento para a organização do serviço e direcionamento das ações assistenciais multiprofissionais, visando uma assistência segura (ao paciente e ao profissional), eficiente e de qualidade.

Objetivo da Pesquisa:

Construir e validar um protocolo assistencial de enfermagem para enfrentamento da Covid-19 em unidades de pronto atendimento.

Objetivo Secundário:

Realizar revisão de literatura sobre o tema. Realizar a validação de conteúdo e de face do protocolo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

mínimos

Benefícios:

o protocolo irá contribuir na organização e planejamentos das unidades de pronto atendimento, além de direcionar e padronizar os atendimentos prestados nestes serviços, garantindo a segurança e a qualidade da assistência

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O principal produto deste estudo será a criação de um protocolo assistencial de enfermagem para o enfrentamento da covid-19 em unidade de pronto atendimento da rede de urgência e emergência do município de Bauru-SP, visando o gerenciamento e planejamento organizacional da unidade e a padronização dos atendimentos a esta demanda nas unidades, atendendo as necessidades do serviço e qualificando a assistência

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

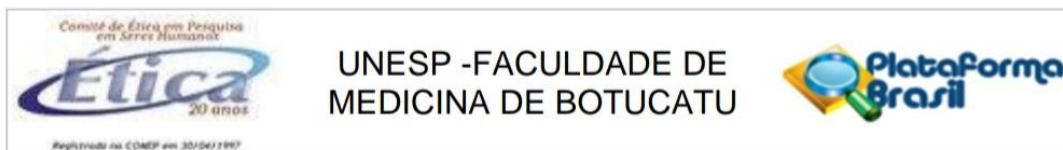
UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.212.787

prestada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados foram folha de rosto assinada pela diretora da FMB, TCLE aos participantes (profissionais e juizes). Como serão entrevistados os profissionais enfermeiros das UPAS do município de Bauru, deve-se apresentar a anuência da secretaria municipal de saúde desta cidade.

Recomendações:

atender pendências:

1) Readequar TCLE (profissionais e juizes), incluindo as seguintes informações:

- Título do projeto;

- benefícios esperados

- Formas de indenização - explicitar acerca do direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa

- dados do CEP e corrigir número do telefone: "Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, através dos fones: (14) 3880-1608/3880-1609. Endereço: na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Horário de funcionamento: de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17 horas. "

2) Apresentar a anuência da secretaria municipal de saúde de Bauru.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-FMB manifesta-se pela pendência do projeto de pesquisa aprovado.

atender pendências:

1) Readequar TCLE (profissionais e juizes), incluindo as seguintes informações:

- Título do projeto;

- benefícios esperados

- Formas de indenização - explicitar acerca do direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa

- dados do CEP e corrigir número do telefone: "Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, através dos fones: (14) 3880-1608/3880-1609. Endereço: na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Horário de funcionamento: de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17 horas. "

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Júnior

UF: SP

Telefone: (14)3880-1609

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br

3 / 4



Continuação do Parecer: 4.212.787

17horas. "

2)Apresentar a anuência da secretaria municipal de saúde de Bauru.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1590156.pdf	07/08/2020 09:51:51		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinadaFMB.pdf	07/08/2020 09:49:33	Letícia Pereira Orestes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_CEP_Leticia.docx	06/07/2020 18:36:11	Letícia Pereira Orestes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_publico_alvo.docx	06/07/2020 18:34:04	Letícia Pereira Orestes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Juizes.docx	06/07/2020 18:33:53	Letícia Pereira Orestes	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 14 de Agosto de 2020

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
 (Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Anexo 2 – Autorização da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Bauru, 01 de Julho de 2020

Declaração

Como parte da documentação solicitada por esta Comissão para avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, autorizamos o desenvolvimento da pesquisa **“PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO”**, tendo como Responsáveis Principais a Profª. Drª. Silmara Meneguim e pesquisadora Profª. Drª. Leticia Pereira Orestes. A pesquisa tem como objetivo(s): construir e validar um protocolo assistencial de enfermagem para enfrentamento da Covid-19 em unidades de pronto atendimento.

Declaramos estar ciente da realização da pesquisa bem como a existência de infraestrutura necessária para o seu desenvolvimento e solução de eventuais problemas dela resultantes, nos termos das normas vigentes, e nos comprometemos a cumprir as exigências contidas na Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

O trabalho só poderá ser iniciado em nossas instalações, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, Júlio de Mesquita Filho - Unesp.

Atenciosamente,

Dr. Sérgio Henrique Antonio
Secretário Municipal de Saúde

Anexo 3 – Quadro – Definições Operacionais de Casos Suspeitos e Confirmados Covid-19.

Bauru - SP, Brasil, 2021.

CASOS SUSPEITOS:		
Definição 1: Síndrome Gripal (SG)	Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.	* Em crianças: além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Em idosos: devem-se considerar também critérios específicos de agravamento, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. Na suspeita da covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.
Definição 2: Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	Indivíduo com SG que apresente: dispnéia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de O ₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto.	* Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.
CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19:		
Por Critério Clínico	Caso de SG ou SRAG associado a anosmia (disfunção olfativa) OU a ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa.	
Por Critério Clínico- Epidemiológico	Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e dos sintomas com caso confirmado para covid-19.	
Por Critério Clínico- Imagem	Caso SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma das seguintes alterações tomográficas: OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”); OU OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”); OU SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).	
Por Critério Laboratorial em Indivíduo NÃO Vacinado contra Covid- 19	Caso de SG ou SRAG com teste de: BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelos seguintes métodos: RT-PCR em tempo real e/ou RT-LAMP. IMUNOLÓGICO: resultado REAGENTE para IgM, IgA e/ou IgG realizado pelos seguintes métodos: Ensaio imunoenzimático (ELISA). Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos. Imunoensaio por eletroquimioluminescência (ECLIA). Imunoensaio por quimioluminescência (CLIA). PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.	
Por Critério Laboratorial em Indivíduo Vacinado contra Covid- 19	Indivíduo que recebeu a vacina contra covid-19 e apresentou quadro posterior de SG ou SRAG com resultado de exame: BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP. PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de imunocromatografia para detecção de antígeno.	
Por Critério Laboratorial em Indivíduo Assintomático	Indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame: BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP. PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de imunocromatografia para detecção de antígeno.	

Fonte: elaborado pelas pesquisadoras.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Instrumento para coleta de dados entrevistas com os profissionais de enfermagem

Identificação do Profissional

Nome: _____
 Data de Nascimento: ____ / ____ / _____ Idade: _____ Sexo: () Fem. () Masc.
 Ano de formação: _____
 Possui pós graduação? () Sim () Não
 Se sim, qual ?
 () “lato sensu”- especialização Qual especialidade? _____
 () mestrado () doutorado () pós doutorado
 Área de atuação atual: _____
 Tempo de atuação na área/especialidade: _____

Assistência de Enfermagem

- 1- Como é o fluxo do atendimento durante a pandemia ao paciente com quadro de sintomas respiratórios na sua unidade?
- 2- Quais são as orientações fornecidas aos pacientes da UPA em relação as medidas para prevenção da COVID-19?
- 3- Como é realizada a triagem dos pacientes suspeitos ou confirmados por COVID-19 na sua unidade?
- 4- Quais os equipamentos essenciais na sala de emergência para atendimento aos pacientes graves suspeitos ou confirmados para COVID-19?
- 5- Quais os EPI's disponíveis na sua unidade para atendimento aos pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19?
- 6- Descreva a ordem da paramentação dos EPI's para atendimento aos pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19?

- 7- Descreva a ordem da desparamentação dos EPI's após o atendimento ao paciente suspeito ou confirmado para COVID-19?
- 8- Quais informações você considera essenciais na anamnese dos pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19?
- 9- Quando você considera necessário comunicar ao médico a alteração dos parâmetros ventilatórios?
- 10- Quais são os cuidados implementados durante a pandemia ao paciente em PCR suspeito ou confirmado para COVID-19?
- 11- Como é realizado o transporte dos pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19 dentro da unidade?
- 12- Quais os principais cuidados de enfermagem realizado dentro da unidade a paciente com quadro suspeito ou confirmado para COVID-19?
- 13- Quais são os cuidados durante a pandemia com o paciente que foi a óbito com suspeita ou confirmação para COVID-19?

Apêndice 2 – Formulário de avaliação do instrumento pelo grupo de juízes.



Seção 1 de 5

Protocolo checklist: Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente suspeito ou confirmado de covid-19 em unidade de pronto atendimento.

+

Tt

Prezado (a)

Primeiramente, gostaríamos de agradecê-lo (a) por ter aceito o convite de participar como juiz (a) na avaliação de conteúdo do conjunto de itens para o desenvolvimento do protocolo do tipo checklist de assistência de enfermagem ao paciente suspeito ou confirmado de Covid-19 em unidade de pronto atendimento. Para iniciar a sua participação orientamos que realize a leitura do TCLE e após o aceite, na sequência proceder a avaliação do instrumento. Qualquer dúvida estamos à disposição no contato abaixo e, novamente, agradecemos o seu empenho para que possamos buscar a melhoria da assistência de enfermagem nas unidades de urgência e emergência do município de Bauru/SP.

Atenciosamente,
Letícia Pereira Orestes
Telefone: (14) 99183-1841
E-mail: l.orestes@unesp.br

E-mail *

E-mail válido

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

Após a seção 1 Continuar para a próxima seção

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar de um estudo, denominado: "Construção e Validação de Protocolo para Gestão do Cuidado a Pacientes Suspeitos e com Covid-19 em Unidade de Pronto Atendimento", que tem como objetivo elaborar e validar um protocolo assistencial de enfermagem para enfrentamento da Covid-19 em unidades de pronto atendimento. Para tanto, estamos construindo um instrumento tipo "checklist" com as ações necessárias para o atendimento dos casos de covid-19 nas unidades de pronto atendimento, visando contribuir para a organização e planejamento das atividades, bem como realização de assistência segura e qualificada. Caso você concorde em participar, sua participação consiste em avaliar se os itens do instrumento são pertinentes, representativos, compreensíveis, claro, útil e abrangente. O tempo estimado de resposta é de 30 minutos. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e também é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é totalmente voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. Nesta pesquisa os riscos são mínimos e você não terá nenhuma despesa. Será assegurada a manutenção do sigilo, anonimato e privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica (Item IV.3.e, da Resolução CNS nº. 466 de 2012). A divulgação dos resultados da análise será realizada sob forma de trabalhos científicos, com divulgação em eventos e periódicos científicos em âmbito nacional e internacional, e você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa. Em qualquer fase do estudo você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para eventuais dúvidas. A pesquisadora Leticia Orestes pode ser encontrada no telefone (14) 99183-1841. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, através dos telefone: (14) 3880-1609. Este trabalho não está vinculado a Prefeitura Municipal de Bauru e a Secretaria Municipal de Saúde, sendo estas isentas de quaisquer responsabilidades e ônus perante a execução da pesquisa, essas serão assumidas pelas pesquisadoras. Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar. Pesquisadoras: Leticia Pereira Orestes – Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu FMB-UNESP E-mail: l.orestes@unesp.br Professora Associada Silmara Meneguim – Departamento de Enfermagem da FMB. Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu Endereço: na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Horário de funcionamento: de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:00. Telefone: (14) 3880- 1608 / 3880-1609

Assinale: *

Seção 3 de 5

Identificação dos juízes (especialista)

Descrição (opcional)

Nome *

Texto de resposta curta

Sexo *

☐ Feminino

☐ Masculino

Idade *

Texto de resposta curta

Formação Profissional *

Informe a sua formação (profissão)

Texto de resposta curta

Formação Acadêmica *

☐ Especialização Lato sensu ou Residência

☐ Mestrado

☐ Doutorado

☐ Pós doutorado

Possui especialização/residência em Urgência e Emergência? *

☐ Sim

☐ Não

Possui algum tipo de pesquisa na área de urgência e emergência ou na área de construção de instrumentos na saúde (artigos, dissertação, tese)? *

☐ Sim

☐ Não

Possui algum artigo publicado na área de urgência e emergência ou na construção de instrumentos? *

☐ Sim

☐ Não

?

Possui algum artigo publicado na área de urgência e emergência ou na construção de instrumentos? *

☐ Sim

☐ Não

Tempo de formação *

Texto de resposta curta

Atuação Atual *

Texto de resposta curta

Tempo de atuação na área de Urgência e Emergência (em anos) *

Texto de resposta curta

Após a seção 3 Continuar para a próxima seção ▼

Avaliação do Instrumento

A seguir, estão os itens que compõem o checklist do protocolo de assistência de enfermagem ao paciente suspeito ou confirmado de Covid-19, com quadros moderados a graves, em unidades de pronto atendimento, que tem como objetivo direcionar os profissionais durante os atendimentos, garantindo uma assistência de enfermagem planejada, integral, com qualidade e baseada em evidências científicas nestes serviços.

Para a construção do protocolo foram definidas 3 dimensões Organizacional; Biossegurança e Assistencial. A dimensão organizacional compreende as ações para organização, manutenção e controle das medidas de segurança no ambiente frente a Covid-19 e a dimensão biossegurança quanto ao uso das medidas de precaução pelos profissionais. A dimensão assistencial foi subdividida conforme os períodos da assistência, compreendendo a Avaliação inicial do paciente com ações para identificação do caso e os cuidados de enfermagem no atendimento inicial do paciente e as recomendações da vigilância epidemiológica; a Assistência aos casos moderados e graves com as ações e intervenções de enfermagem durante a permanência do paciente no serviço, e o ultimo Medidas nos desfechos prováveis com as medidas realizadas pela enfermagem nos desfechos prováveis do paciente com quadro moderado a grave.

Os itens compreendem as ações e cuidados de enfermagem específicos dos atendimentos de casos de Covid-19, e estão agrupados relacionados a cada etapa (momento) da assistência. A validação de conteúdo verifica se o protocolo mede exatamente que se propõe a medir, com precisão, por meio de um grupo de juízes especialistas na área.

Você deverá avaliar cada item quanto aos critérios: CLAREZA, PERTINÊNCIA, RELEVÂNCIA e ABRANGÊNCIA.

A CLAREZA dos itens trata-se da avaliação da redação, se o conceito pode ser bem compreendido e se expressa de modo adequado o que pretende mensurar.

A RELEVÂNCIA avaliar se o item representa o que está sendo mensurado.

A PERTINÊNCIA do conteúdo propõe avaliar se existe relação com os conceitos envolvidos e se é relevante para atingir os objetivos propostos.

A ABRANGÊNCIA avaliar se todos os itens relacionados ao que se deseja estudar, foram abordados.

Para a avaliação dos itens as respostas estão em escalas tipo Likert de quatro pontos, selecione o campo que considerar mais adequado de acordo com a sua avaliação.

Você também deverá avaliar cada item se está adequado aquela dimensão, caso não concorde você deverá indicar qual a dimensão que ele pertence conforme a sua avaliação.

Cada dimensão e item possui um espaço para indicar suas observações e/ou sugestões (alterações, inclusões ou exclusões), registre seu comentário quando houver.

Sua avaliação é extremamente importante para a construção do instrumento. Contamos com a sua colaboração!

Dimensão 1 - Se tiver alguma sugestão/observação escreva no campo abaixo

Dimensão 1: Organizacional	
Subcategorias	Itens
Medidas de segurança recomendadas ao ambiente:	1 - () Promover o distanciamento entre os pacientes, minimizar a circulação de pessoas e o cruzamento de pacientes com sintomas respiratórios e os demais pacientes.
	2 - () Priorizar a realização de exame radiológico do paciente, de forma que o mesmo não aguarde a realização em áreas comuns.
	3 - () Minimizar o contato do paciente com os demais pacientes, durante sua permanência na sala de emergência ou enfermaria e sala de observação, fechar cortinas, aumentar o distanciamento entre os leitos quando possível.

Texto de resposta longa

Item 1 - Se tiver alguma sugestão/observação escreva no campo abaixo

Dimensão 1: Organizacional	
Subcategoria	Item
Medidas de segurança recomendadas ao ambiente:	() Promover o distanciamento entre os pacientes, minimizar a circulação de pessoas e o cruzamento de pacientes com sintomas respiratórios e os demais pacientes.

Texto de resposta longa

Você concorda que o Item 1 pertence (está adequado) a Dimensão 1? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se você respondeu NÃO na pergunta acima, escreva em qual dimensão o Item 1 deveria estar de acordo com a sua avaliação.

Texto de resposta longa

Avalie a Clareza do Item 1: *

- ☐ Não claro
- ☐ Pouco claro - necessita de grande revisão
- ☐ Bastante claro - necessita de pequena revisão
- ☐ Muito claro

Avalie a Relevância do Item 1: *

- ☐ Não relevante
- ☐ Pouco relevante - necessita de grande revisão
- ☐ Bastante relevante - necessita de pequena revisão
- ☐ Muito relevante

Avalie a Pertinência do Item 1: *

- ☐ Não pertinente
- ☐ Pouco pertinente - necessita de grande revisão
- ☐ Bastante pertinente - necessita de pequena revisão
- ☐ Muito pertinente

Avalie a Abrangência do Item 1: *

- ☐ Não abrangente
- ☐ Pouco abrangente - necessita de grande revisão
- ☐ Bastante abrangente - necessita de pequena revisão
- ☐ Muito abrangente

Item 2 - Se tiver alguma sugestão/observação escreva no campo abaixo

Dimensão 1: Organizacional	
Subcategoria	Item
Medidas de segurança recomendadas ao ambiente:	(...) Priorizar a realização de exame radiológico do paciente, de forma que o mesmo não aguarde a realização em áreas comuns.

Texto de resposta longa

Você concorda que o Item 2 pertence (está adequado) a Dimensão 1? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se você respondeu NÃO na pergunta acima, escreva em qual dimensão o Item 2 deveria estar de acordo com a sua avaliação.

Texto de resposta longa

Avalie a Clareza do Item 2: *

- ☐ Não claro
- ☐ Pouco claro - necessita de grande revisão
- ☐ Bastante claro - necessita de pequena revisão
- ☐ Muito claro

Avalie a Relevância do Item 2: *

- ☐ Não relevante
- ☐ Pouco relevante - necessita de grande revisão
- ☐ Bastante relevante - necessita de pequena revisão

Apêndice 3 – Formulário de avaliação do instrumento pelo público-alvo.

Seção 1 de 4

Formulário avaliação público-alvo: Protocolo checklist para Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente suspeito ou confirmado de covid-19 em unidade de pronto atendimento.

Prezado (a)

Primeiramente, gostaríamos de agradecê-lo (a) por ter aceito o convite de participar na avaliação de conteúdo do conjunto de itens para o desenvolvimento do protocolo do tipo checklist de assistência de enfermagem ao paciente suspeito ou confirmado de Covid-19 em unidade de pronto atendimento. Para iniciar a sua participação orientamos que realize a leitura do TCLE e após o aceite, na sequência proceder a avaliação do instrumento. Qualquer dúvida estamos à disposição no contato abaixo e, novamente, agradecemos o seu empenho para que possamos buscar a melhoria da assistência de enfermagem nas unidades de urgência e emergência do município de Bauru/SP.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar de um estudo, denominado: “Construção e Validação de Protocolo para Gestão do Cuidado a Pacientes Suspeitos e com Covid-19 em Unidade de Pronto Atendimento”, que tem como objetivo elaborar e validar um protocolo assistencial de enfermagem para enfrentamento da Covid-19 em unidades de pronto atendimento.

Para tanto, estamos construindo um instrumento tipo “checklist” com as ações necessárias para o atendimento dos casos de covid-19 nas unidades de pronto atendimento, visando contribuir para a organização e planejamento das atividades, bem como realização de assistência segura e qualificada. Caso você concorde em participar, sua participação consiste em responder se os itens do instrumento são pertinentes e compreensíveis. O tempo estimado de resposta é de 20 minutos.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e também é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é totalmente voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. Nesta pesquisa os riscos são mínimos e você não terá nenhuma despesa. Será assegurada a manutenção do sigilo, anonimato e privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica (Item IV.3.e, da Resolução CNS nº. 466 de 2012). A divulgação dos resultados da análise será realizada sob forma de trabalhos científicos, com divulgação em eventos e periódicos científicos em

Seção 3 de 4

Identificação do participante



Descrição (opcional)

Nome *

Texto de resposta curta

Sexo *

☐ Feminino

☐ Masculino

Idade *

Texto de resposta curta



Formação Profissional *

Informe a sua formação (profissão)

Texto de resposta curta

Tempo de formação *

Texto de resposta curta

Formação Acadêmica *

- ☐ Graduação
- ☐ Especialização Lato senso ou Residência
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado
- ☐ Pós doutorado

Possui especialização/residência em
Urgência e Emergência?

*

☐ Sim

☐ Não

Tempo de atuação na área de Urgência e
Emergência (em anos)

*

Texto de resposta curta

Após

a

seção

3

Continuar para a próxima seção

Seção 4 de 4

Avaliação do Instrumento

A seguir, estão os itens que compõem o checklist do protocolo de assistência de enfermagem ao paciente suspeito ou confirmado de Covid-19, com quadros moderados a graves, em unidades de pronto atendimento, que tem como objetivo direcionar os profissionais durante os atendimentos, garantindo uma assistência de enfermagem planejada, integral, com qualidade e baseada em evidências científicas nestes serviços.

Para a construção do protocolo foram definidas 3 dimensões Organizacional; Biossegurança e Assistencial. A dimensão organizacional compreende as ações para organização, manutenção e controle das medidas de segurança no ambiente frente a Covid-19 e a dimensão biossegurança quanto ao uso das medidas de precaução pelos profissionais. A dimensão assistencial foi subdividida conforme os períodos da assistência, compreendendo a Avaliação inicial do paciente com ações para identificação do caso e os cuidados de enfermagem no atendimento inicial do paciente e as recomendações da vigilância epidemiológica; a Assistência aos casos moderados e graves com as ações e intervenções de enfermagem durante a permanência do paciente no serviço, e o ultimo Medidas nos desfechos prováveis com as medidas realizadas pela enfermagem nos desfechos prováveis do paciente com quadro moderado a grave. Os itens compreendem as ações e cuidados de enfermagem específicos dos atendimentos de casos de Covid-19, e estão agrupados relacionados a cada etapa (momento) da assistência. Sua participação consiste em avaliar cada item esta adequado e compreensível.

Item 1

Dimensão 1: Organizacional	
Subcategoria	Item
Medidas de segurança recomendadas ao ambiente:	(...) Promover o distanciamento entre os pacientes, minimizar a circulação de pessoas e de pacientes com sintomas respiratórios dos demais.

O Item 1 é adequado? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Em partes

O Item 1 é compreensível? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Em partes

Se você respondeu NÃO na pergunta acima,
justifique:

Item 2

Dimensão 1: Organizacional	
Subcategoria	Item
Medidas de segurança recomendadas ao ambiente:	(...) Priorizar a realização de exame radiológico do paciente, de forma que o mesmo não aguarde em áreas comuns (recepção, sala de espera, corredor).



O Item 2 é adequado? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Em partes

O Item 2 é compreensível? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Em partes

Se você respondeu NÃO na pergunta acima,
justifique:

Apêndice 4 – Carta convite para participação na pesquisa.

Carta Convite para Participação na Pesquisa: Juízes

Prezado (a)

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar como juiz (a) com expertise, na avaliação de conteúdo do conjunto de itens da pesquisa intitulada “Construção e Validação de Protocolo para Gestão do Cuidado a Pacientes Suspeitos e com COVID-19 em Unidade de Pronto Atendimento”. Para facilitar o seu trabalho orientamos primeiramente a realizar a leitura do TCLE, e na sequência proceder à avaliação do instrumento. Qualquer dúvida estamos à disposição nos contatos abaixo e, novamente, agradecemos o seu empenho para que possamos continuar vislumbrando um protocolo que possa auxiliar no controle da pandemia do novo coronavírus.

Para participar basta acessar o link: <https://forms.gle/KaQeTZqiv9x3BEAa7>.
Solicito a gentileza de confirmar o recebimento.

Atenciosamente

Letícia Pereira Orestes

E-mail: l.orestes@unesp.br

Telefone (14) 99183-1841.

Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu FMB-UNESP

Orientadora: Prof^a Associada Silmara Meneguín

Carta Convite para Participação na Pesquisa: Público-alvo

Prezado(a) colega enfermeiro(a)!

Sou Letícia Orestes, aluna do programa de mestrado em enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB - UNESP e preciso de sua ajuda!

Atuo no desenvolvimento de uma pesquisa intitulada “Construção e Validação de Protocolo para Gestão do Cuidado a Pacientes Suspeitos e com COVID-19 em Unidade de Pronto Atendimento”, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Silmara Meneguim, e devido a sua atuação na rede de urgência de Bauru/SP, venho convidá-lo a participar na avaliação de conteúdo pelo público-alvo do instrumento da pesquisa.

Ao aceitar o convite sua participação consistirá em avaliar se os itens do instrumento são adequados e compreensíveis. O tempo estimado de resposta é de 20 minutos. O prazo para a participação é de 15 dias úteis.

Para participar basta acessar o link: <https://forms.gle/QcZ9eJiUHKeexjcE9>

Qualquer dúvida estou a disposição no contato abaixo e, desde já, agradeço o seu empenho em contribuir com a proposição de um protocolo que possa auxiliar com a prática de enfermagem integral, segura e de qualidade.

Atenciosamente

Letícia Pereira Orestes

E-mail: l.orestes@unesp.br

Telefone (14) 99183-1841.

Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu FMB-UNESP

Orientadora: Prof^a Associada Silmara Meneguim

Apêndice 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para os participantes das entrevistas)

Você está sendo convidado (a) para participar de um estudo, denominado: “Construção e Validação de Protocolo para Gestão do Cuidado a Pacientes Suspeitos e com Covid-19 em Unidade de Pronto Atendimento”, que tem como objetivo elaborar e validar um protocolo para gestão do cuidado de enfermagem para enfrentamento da Covid-19 em unidades de pronto atendimento.

Para construir o protocolo além da revisão de literatura sobre o tema a experiência dos profissionais de enfermagem que atuam na unidade serão consideradas, assim com o intuito de conhecer a dinâmica dos atendimentos e cuidados prestados aos pacientes com Covid-19 no serviço, serão realizadas entrevistas por meio de um questionário. Sua participação consiste em responder as perguntas do questionário. O tempo estimado de resposta é de 15 minutos.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e também é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é totalmente voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. Nesta pesquisa os riscos são mínimos e você não terá nenhuma despesa. Será assegurada a manutenção do sigilo, anonimato e privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica (Item IV.3.e, da Resolução CNS nº. 466 de 2012). A divulgação dos resultados da análise será realizada sob forma de trabalhos científicos, com divulgação em eventos e periódicos científicos em âmbito nacional e internacional, e você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa.

Em qualquer fase do estudo você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para eventuais dúvidas. A pesquisadora Letícia Orestes pode ser encontrada no telefone (14) 99183-1841. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, através dos telefone: (14) 3880-1609.

Este trabalho não está vinculado a Prefeitura Municipal de Bauru e a Secretaria Municipal de Saúde, sendo estas isentas de quaisquer responsabilidades e ônus perante a execução da pesquisa, essas serão assumidas pelas pesquisadoras.

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

☐ Aceito

☐ Não aceito

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

Pesquisadoras: Letícia Pereira Orestes – Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu FMB-UNESP; E-mail:

lorestes@unesp.br.

Professora Associada Silmara Meneguim – Departamento de Enfermagem da FMB.

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – End.: Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. Tel.: (14) 3880-1608/3880-1609

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para os participantes do grupo de juízes)

Você está sendo convidado (a) para participar de um estudo, denominado: “Construção e Validação de Protocolo para Gestão do Cuidado a Pacientes Suspeitos e com Covid-19 em Unidade de Pronto Atendimento”, que tem como objetivo elaborar e validar um protocolo para gestão do cuidado de enfermagem para enfrentamento da Covid-19 em unidades de pronto atendimento.

Para tanto, estamos construindo um instrumento tipo “checklist” com as ações necessárias para o atendimento dos casos de covid-19 nas unidades de pronto atendimento, visando contribuir para a organização e planejamento das atividades, bem como realização de assistência segura e qualificada.

Caso você concorde em participar, sua participação consiste em avaliar se os itens do instrumento são pertinentes, representativos, compreensíveis, claro, útil e abrangente. O tempo estimado de resposta é de 30 minutos.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e também é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é totalmente voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. Nesta pesquisa os riscos são mínimos e você não terá nenhuma despesa. Será assegurada a manutenção do sigilo, anonimato e privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica (Item IV.3.e, da Resolução CNS nº. 466 de 2012). A divulgação dos resultados da análise será realizada sob forma de trabalhos científicos, com divulgação em eventos e periódicos científicos em âmbito nacional e internacional, e você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa.

Em qualquer fase do estudo você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para eventuais dúvidas. A pesquisadora Letícia Orestes pode ser encontrada no telefone (14) 99183-1841. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, através dos telefone: (14) 3880-1609.

Este trabalho não está vinculado a Prefeitura Municipal de Bauru e a Secretaria Municipal de Saúde, sendo estas isentas de quaisquer responsabilidades e ônus perante a execução da pesquisa, essas serão assumidas pelas pesquisadoras.

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

☐ Aceito

☐ Não aceito

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

Pesquisadoras: Letícia Pereira Orestes – Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu FMB-UNESP; E-mail:

lorestes@unesp.br.

Professora Associada Silmara Meneguim – Departamento de Enfermagem da FMB.

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – End.: Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. Tel.: (14) 3880-1608/3880-1609

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para os participantes do público-alvo)

Você está sendo convidado (a) para participar de um estudo, denominado: “Construção e Validação de Protocolo para Gestão do Cuidado a Pacientes Suspeitos e com Covid-19 em Unidade de Pronto Atendimento”, que tem como objetivo elaborar e validar um protocolo para gestão do cuidado de enfermagem para enfrentamento da Covid-19 em unidades de pronto atendimento.

Para tanto, estamos construindo um instrumento tipo “checklist” com as ações necessárias para o atendimento dos casos de covid-19 nas unidades de pronto atendimento, visando contribuir para a organização e planejamento das atividades, bem como realização de assistência segura e qualificada. Caso você concorde em participar, sua participação consiste em responder se os itens do instrumento são adequados e compreensíveis. O tempo estimado de resposta é de 20 minutos.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e também é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é totalmente voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. Nesta pesquisa os riscos são mínimos e você não terá nenhuma despesa. Será assegurada a manutenção do sigilo, anonimato e privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica (Item IV.3.e, da Resolução CNS nº. 466 de 2012). A divulgação dos resultados da análise será realizada sob forma de trabalhos científicos, com divulgação em eventos e periódicos científicos em âmbito nacional e internacional, e você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa.

Em qualquer fase do estudo você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para eventuais dúvidas. A pesquisadora Letícia Orestes pode ser encontrada no telefone (14) 99183-1841. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, através dos telefone: (14) 3880-1609.

Este trabalho não está vinculado a Prefeitura Municipal de Bauru e a Secretaria Municipal de Saúde, sendo estas isentas de quaisquer responsabilidades e ônus perante a execução da pesquisa, essas serão assumidas pelas pesquisadoras.

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

☐ Aceito

☐ Não aceito

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

Pesquisadoras: Letícia Pereira Orestes – Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu FMB-UNESP; E-mail:

lorestes@unesp.br.

Professora Associada Silmara Meneguim – Departamento de Enfermagem da FMB.

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – End.: Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. Tel.: (14) 3880-1608/3880-1609