

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 20/12/2023.



**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 sobrevida 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 as urgências, com objetivo de acolher e encaminhar pacientes com agravo agudo agilizando o atendimento para possibilitar sua sobrevida (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 as 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 as 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 norteado 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?

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 unidadesde 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>