



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LARISSA ALINE COSTA COELHO DE SOUZA

**CONTINUIDADE DO CUIDADO POR ENFERMEIROS A PACIENTES COVID-19
APÓS ALTA HOSPITALAR NA AMAZÔNIA PARAENSE**

BELÉM
2023

LARISSA ALINE COSTA COELHO DE SOUZA

Continuidade do cuidado por enfermeiros a pacientes covid-19 após alta hospitalar na Amazônia paraense

Dissertação de mestrado, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará.

O presente estudo faz parte do projeto multicêntrico “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com covid-19 em hospitais universitários brasileiros”, sob coordenação geral da dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico (EPOTENA).

Orientadora: prof.^a dr.^a Andressa Tavares Parente

Coorientadora: prof.^a dr.^a Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa

BELÉM
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C672 COELHO DE SOUZA, LARISSA ALINE COSTA.
Continuidade do cuidado por enfermeiros a pacientes covid-19 após alta hospitalar na Amazônia paraense / LARISSA ALINE COSTA COELHO DE SOUZA. — 2023.
69 f. : il. color.
- Orientador(a): Prof^a. Dra. Andressa Tavares Parente
Coorientação: Prof^a. Dra. Maria Fernanda Baeta Neves
Alonso da Costa
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belém, 2023.
1. cuidados de transição. 2. continuidade da assistência. 3. covid-19. 4. alta do paciente. I. Título.

CDD 610.734

Larissa Aline Costa Coelho

O enfermeiro e a continuidade no cuidado de pacientes recuperados de covid-19 na Amazônia paraense

Dissertação de mestrado, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará.

O presente estudo faz parte do projeto multicêntrico “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com covid-19 em hospitais universitários brasileiros” sob Coordenação geral: dr.^a Alacoque Lorenzini Erdmann.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico (EPOTENA).

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andressa Tavares Parente

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa

Data da apresentação: 09/11/ 2023

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Andressa Tavares Parente (Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa (Coorientadora)

Prof.^a Dr.^a Glenda Roberta Oliveira Naif Ferreira (Avaliadora Interna)

Prof.^a Dr.^a Márcia Helena Machado Nascimento (Avaliadora Externa)

Conceito: Aprovada

AGRADECIMENTOS

A Deus, a Nossa Sr.^a de Nazaré e a Nossa Sr.^a das Graças, por terem concedido saúde e força para superar todas as dificuldades, pois foram muitos obstáculos, ao longo desta trajetória, tentando conciliar o curso com as vidas profissional e pessoal.

A minha mãe e avó Maria Amélia Oliveira Coelho, que, desde criança, depositou em mim fé. Hoje, vivo a realização dos mais lindos sonhos. Amo-te, mãe, e nada e nenhuma conquista da minha vida seria possível sem você.

Ao meu marido Paulo José Azevedo Coelho de Souza, incansável em nunca me deixar desistir nos dias em que pensei que não daria conta. Você foi e é o pilar que me segura, que me ampara e que me acolhe nos momentos de necessidade; você é o carinho que me abriga e é o amor que me sustenta. Amo-te!

À prof.^a dr.^a Andressa Tavares Parente, pela orientação, confiança e perseverança. Agradeço-lhe, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho; seu suporte e sua paciência fizeram todo o diferencial para que eu tivesse conseguido chegar a este grande momento. Que Deus lhe abençoe sempre e que preserve esta professora ímpar, maravilhosa, carinhosa e humana. Admiro-lhe imensamente.

À prof.^a dr.^a Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, por compartilhar de conhecimentos tão ricos e tão importantes à construção e à lapidação desta dissertação. Meus eternos agradecimento e admiração.

À amiga Kely da Silva Barros, por me socorrer em incontáveis vezes, sempre com um carinho avassalador, com um abraço apertado e com uma solução possível. Amiga, que Deus te abençoe e que te preserve, como ser humano incrível que você é. Tens minhas eternas gratidão e admiração.

À amiga do coração Bruna Rafaela Leite Dias. Sem você, eu não teria nem começado a escrever meu projeto, quando abriram as inscrições para o processo seletivo do programa. Obrigada por me ajudar, por me orientar, por me aconselhar; você é uma anja linda na minha vida. Gratidão a Deus, por ter te conhecido. Rezo sempre por sua felicidade, por sua saúde e por seu sucesso, amiga.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, deixo meu muito obrigado!

“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso!
Não se apavore nem desanime, pois o Senhor o seu
Deus, estará com você por onde você andar”

Josué 1:9

RESUMO

Objetivo: conhecer as estratégias dos enfermeiros para a continuidade dos cuidados a pacientes recuperados da covid-19, pós-alta hospitalar, em um hospital universitário de referência na Amazônia paraense. **Método:** estudo descritivo qualitativo, parte de um projeto multicêntrico, que investigou a realidade de dez instituições do território brasileiro. Realizou-se entrevista a enfermeiros que trabalharam em setores clínicos de atendimento a pacientes com covid-19 no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUUJB), em Belém (PA), no período de dezembro de 2021 a maio de 2022. As entrevistas foram transcritas e foram submetidas à análise de conteúdo, de Bardin, com apoio do *software* livre IRAMUTEQ. **Resultados:** foram entrevistados 15 enfermeiros (12 mulheres e três homens), com tempo médio de experiência de um ano e nove meses no setor de pacientes com covid-19. Realizou-se três análises com o IRAMUTEQ: similitude; nuvem de palavras; e classificação hierárquica descendente (CHD). As palavras que se apresentaram com maior força foram: paciente e cuidado. A partir da CHD, emergiram duas categorias que nortearam a discussão: a primeira categoria tratou da admissão e cuidados na internação do paciente com covid-19 no ambiente hospitalar, na qual destacaram-se: testagem rápida ou laboratorial para covid-19 positiva; oxigenoterapia; controle de sinais vitais; curativos; entre outros aspectos; a segunda, aborda a alta hospitalar e a continuidade do cuidado a pacientes recuperados da covid-19, demonstrando que o processo de alta é uma decisão médica, e, após este processo, a Enfermagem assume os cuidados e as orientações em domicílio, encaminhando os sujeitos preferencialmente ao ambulatório da instituição. **Conclusão:** foi possível compreender que o enfermeiro identifica a necessidade de transição do cuidado e as condições clínicas, que demandam cuidados no pós-alta, porém ainda não há uma prática estruturada de cuidado de transição na instituição.

Descritores: Cuidados de transição; Continuidade da assistência ao paciente; covid-19; Alta do paciente.

ABSTRACT

Objective: to understand nurses' strategies for continuing care for patients recovered from Covid-19, post-discharge, in a reference university hospital in the Amazon of Pará. **Method:** qualitative descriptive study, part of a multicenter project, which investigated the reality of ten institutions in Brazilian territory. Interviews were carried out with nurses who worked in clinical sectors caring for patients with Covid-19 at the João de Barros Barreto University Hospital (HUJBB), in Belém (PA), from December 2021 to May 2022. The interviews were transcribed and submitted to content analysis by Bardin, with the support of the free software IRAMUTEQ. **Results:** 15 nurses were interviewed (12 women and three men), with an average experience of one year and nine months in the Covid-19 patient sector. Three analyzes were carried out with IRAMUTEQ: similarity; word cloud; and descending hierarchical classification (CHD). The words that appeared most strongly were: patient and care. From the CHD, two categories emerged that guided the discussion: the first category dealt with admission and care during hospitalization of patients with Covid-19 in the hospital environment, in which the following stood out: rapid or laboratory testing for positive Covid-19; oxygen therapy; control of vital signs; dressings; among other aspects; the second, addresses hospital discharge and the continuity of care for patients recovered from Covid-19, demonstrating that the discharge process is a medical decision, and, after this process, Nursing assumes care and guidance at home, directing patients subject preferably to the institution's outpatient clinic. **Conclusion:** it was possible to understand that the nurse identifies the need for transition of care and the clinical conditions that require post-discharge care, but there is still no structured transition care practice in the institution.

Descriptors: Transitional care; Continuity of patient care; Covid-19; Patient discharge.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Tema de estudo	10
1.2 Problema de pesquisa	12
1.3 Justificativa.....	13
1.4 Objetivos	15
1.4.1 Objetivo geral	15
1.4.2 Objetivos específicos.....	15
2 REVISÃO CONCEITUAL DA LITERATURA	16
2.1 A pandemia da covid-19	16
2.2 A pandemia da covid-19 no contexto amazônico.....	18
2.3 Processo de alta do paciente recuperado de covid-19	22
2.4 O papel do enfermeiro na continuidade do cuidado	24
2.5 Panorama do enfermeiro de ligação no mundo	27
3 MÉTODO	29
3.1 Tipo de estudo	29
3.2 Local de estudo	29
3.3 Participantes do estudo	30
3.3.1 Critérios de inclusão	30
3.3.2 Critérios de exclusão	30
3.4 Instrumento e procedimentos de coleta de dados	31
3.5 Análise de dados	32
3.6 Aspectos éticos	33
3.6.1 Projeto Multicêntrico	33
3.6.2 Riscos éticos	34
4 RESULTADOS	35
4.1 Características dos participantes	35
4.2 Análise lexical.....	35
4.3 Tratamento de resultados e inferências, segundo a análise de conteúdo de bardin	37
4.3.1 Categoria 1 – Admissão e cuidados na internação do paciente com covid-19 no ambiente hospitalar	37

4.3.2 Categoria 2 - Alta hospitalar e continuidade do cuidado ao paciente recuperado da covid-19.....	38
5 DISCUSSÃO	42
6 CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS	47
ANEXOS	55
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	56
ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DE VOZ.....	59
ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	61
ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR	62
ANEXO E – TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR	63
ANEXO F – DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO	64
ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	65

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tema de estudo

O novo Coronavírus, denominado *Sars-cov-2*, causador da doença covid-19, surgiu em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan (China), alastrando-se rapidamente pelos continentes. Entre humanos, sua transmissibilidade decorre de gotículas e de aerossóis contaminados, a partir do contato com indivíduos e com objetos contaminados, e seu período de incubação varia de quatro a 14 dias. O indivíduo contaminado poderá ou não apresentar sintomas. Quando estes estão presentes, são dos mais comuns: febre, tosse e dispneia, evoluindo a problemas mais graves, como pneumonia, em algumas circunstâncias (Estevão, 2020).

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a pandemia da covid-19. O Ministério da Saúde (MS) recebeu a primeira notificação de um caso confirmado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020 (Brasil, 2021).

Atualmente, o Brasil possui mais de 37 milhões de casos confirmados e mais de 700 mil óbitos. No cenário amazônico brasileiro, as especificidades loco-regionais do território produziram sérios problemas sanitários e de saúde pública, que culminaram na interiorização da doença, em sua passagem de áreas urbanas a rurais. Na Região Norte, assumiram destaque os seguintes estados da Amazônia brasileira, respectivamente: Pará, Amazonas, Amapá e Tocantins (Brasil, 2023; Rocha, 2020; Rodrigues, 2020).

Dessa forma, os líderes governamentais se mobilizaram para tentar diminuir a contaminação no mundo, decretando medidas, como distanciamento social, uso obrigatório de máscaras e educação em saúde. Todavia, mesmo com todas as medidas, instaurou-se uma crise sanitária no país e o vírus *Sars-cov-2* continuou a contaminar a população, tornando-se responsável por milhares de casos de internação hospitalar em enfermarias e em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (Crispim *et al.*, 2020; Ribeiro *et al.*, 2021).

Para atender a esta grande demanda de usuários por serviços, o Sistema Único de Saúde (SUS) se utilizou de diversas estratégias, com o objetivo de fornecer atendimento à população acometida pela doença, como ampliação de leitos, criação

de hospitais de campanha e divulgação de informações em mídias sociais, entre outros.

Antes da pandemia, já se praticavam cuidados em Redes de Atenção à Saúde (RAS), constituídas por pontos de serviços nos diferentes níveis de complexidade, para atender às necessidades em saúde da população, promovendo a integralidade e o cuidado continuado a pacientes, inclusive àqueles que se recuperaram da covid-19, após a alta hospitalar (Brasil, 2020a).

Apesar de a Organização Mundial de Saúde ter declarado oficialmente o fim da pandemia da covid-19 em maio de 2023, a doença continua a moldar o cenário epidemiológico global. Tendo em vista que a condição pós-covid-19 ou covid longa pode afetar pacientes até três meses, após seu início infeccioso, gerando sintomas e sequelas, mesmo após a alta hospitalar, é importante destacar a continuidade do cuidado, durante o processo de alta dos pacientes em ambientes hospitalares acometidos com a patologia (World Health Organization, 2022, 2023; Lopez-Leon *et al.*, 2021).

Durante a pandemia, muitos pacientes de covid-19 necessitaram de internação. O Brasil teve uma taxa de internação hospitalar de 67,27 para cada dez mil habitantes no período de abril de 2020 a junho de 2021, perfazendo um grande conjunto de pacientes com potencial de necessidade por cuidados posteriores à alta hospitalar (Brasil, 2022).

A continuidade do cuidado consiste em planejar a alta e em encaminhar o paciente para o domicílio e acompanhar sua condição de saúde, seja de forma presencial ou remota, seja de maneira on-line, seja por telefone. É uma estratégia fundamental para qualificar os serviços e para efetivar a comunicação entre os níveis de complexidade hospitalar e primário. Em países como Espanha, Portugal e Canadá, essa função é realizada por enfermeiros — os denominados enfermeiros de ligação ou de enlace (Aued *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2019, 2020a, 2020b; Martins *et al.*, 2018).

Por meio da continuidade do cuidado, pode-se melhorar o prognóstico, a recuperação, a qualidade de vida do paciente, a prevenção de agravos relacionados à internação hospitalar, as reinternações não planejadas (vistas como falha da equipe de atendimento), as quais podem acarretar grandes prejuízos financeiros para as instituições (Ghenó; Weis, 2021).

No que diz respeito às reinternações não planejadas, é possível gerenciar este indicador, que reflete o desempenho e a qualidade dos serviços prestados ao usuário,

através do planejamento de alta, o qual faz parte da continuidade do cuidado. Essa também pode estar representada pela assistência realizada ao paciente e/ou à família no domicílio, que inclui troca de curativos, verificação de sinais vitais, investigação precoce de complicações, prevenção, promoção, intervenções com equipe multidisciplinar, entre outros (Ghenó; Weis, 2021).

A equipe de Enfermagem, sendo a maior categoria de profissionais de saúde no Brasil, teve um papel de extrema importância e enfrentou diversos desafios, durante a pandemia da covid-19; especialmente o enfermeiro, que se envolveu em cenários, como os de gestão, de vigilância epidemiológica, de assistência direta a pacientes e de realização de pesquisas científicas, por exemplo. Na atenção primária, é o responsável pelo acompanhamento dos usuários, com base nos programas do Ministério da Saúde, identificando casos suspeitos e grupos vulneráveis à covid-19, realizando classificações de risco e testes rápidos, incentivando à vacinação e prestando orientações, relacionadas a cada caso clínico (Araújo; Comassetto, 2021; Jacob *et al.*, 2020; Lima *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021).

Entre as orientações, são abordados assuntos, como higienização e lavagem das mãos, momento correto para utilizar o álcool em gel, importância do isolamento social e de evitar aglomerações, tipos de máscaras e maneira correta de manuseá-las (Araújo; Comassetto, 2021; Jacob *et al.*, 2020; Lima *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021).

Em nível hospitalar, as orientações supracitadas também se aplicam e são repassadas aos pacientes, todavia existem outras recomendações e protocolos, como: admissão de pacientes em diferentes setores; restrições de visitas e de acompanhantes (mantendo somente um acompanhante regular, assintomático e externo a grupos de risco); e realização de cuidados na internação e na alta hospitalares, a exemplo de monitoramento remoto, de teleconsultas, entre outros (Lima *et al.*, 2021; Sangoi *et al.*, 2020).

1.2 Problema de pesquisa

A pandemia da covid-19 gerou um impacto devastador nos serviços públicos de saúde nas diferentes regiões brasileiras. O acesso a estes serviços, que já era desigual, dadas as diferentes culturas e os distintos perfis epidemiológicos, que remetem à heterogeneidade e à miscigenação da população, bem como às

desigualdades sociais e econômicas que caracterizam a sociedade nacional há muitos anos, fez emergir o papel dos determinantes sociais no processo, os quais compuseram elementos importantes no estabelecimento da crise sanitária trazida pela pandemia, como problema de saúde pública (Barberia; Gómez, 2020; Marcolino *et al.*, 2021).

Estima-se que 19,14% dos pacientes contaminados pelo vírus *Sars-cov-2* precisarão de internação hospitalar, sendo que, destes, 5% demandarão leitos em Unidades de Terapia Intensiva (Do Vale *et al.*, 2020). Apesar de as consequências físicas da enfermidade não serem completamente conhecidas, sabe-se que alguns pacientes necessitarão de ventilação mecânica, podendo sofrer efeitos colaterais, que necessitarão de cuidados posteriores à alta hospitalar, condição atualmente denominada pós-covid-19 ou covid longa, com implicações e sequelas tardias de até 3 meses, após o acometimento da doença (Graça *et al.*, 2020; Lopez-Leon *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2018; World Health Organization, 2021).

Dessa forma, conformando a relação entre a pandemia da covid-19 e a importância da continuidade do cuidado aos pacientes, após o acometimento da doença, muitos usuários necessitam de internação e podem se submeter a diversas complicações em recuperações de longo prazo, o que pode impactar diretamente a sobrevivência, os aspectos prognósticos, o acesso à informação, bem como a qualidade de vida, durante todo o processo de recuperação, após a alta hospitalar, estabelecendo um problema, caracterizado pelo baixo acesso a este serviço ou, mesmo, pela inexistência deste acompanhamento e pela ausência na realização de referências e de contrarreferências adequadas (Benicio; Nascimento, 2015; Costa *et al.*, 2019; Do Vale *et al.*, 2020; Martins, 2019; Santos, 2021).

Diante do contexto descrito, elaborou-se a seguinte pergunta norteadora: quais estratégias os enfermeiros realizam para a continuidade do cuidado de pacientes recuperados da covid-19, após a alta hospitalar?

1.3 Justificativa

No cenário mundial, a doença teve mais de 771 milhões de casos acumulados e gerou mais de seis milhões de óbitos. A região das Américas se tornou o epicentro da pandemia da covid-19 e, mesmo com o seu término recente, totalizou mais de 193

milhões de casos confirmados, desde seu início, com destaque para a América Latina e para o Caribe, especialmente o Brasil, a Colômbia e a Argentina (Barberia; Gómez, 2020; Cinerman *et al.*, 2020; World Health Organization, 2023).

O Brasil chegou a ocupar o terceiro lugar mundial em número total de casos e o segundo, em número de mortes, em 2022. Dados de outubro de 2023 colocam o país como o sexto ranqueado, quanto ao número de total de casos confirmados, porém ainda como o segundo, em número de mortes relacionadas à doença, atrás dos Estados Unidos da América (World Health Organization, 2023).

O país teve 337.849.919 casos acumulados e 706.142 óbitos confirmados — 1,9% de letalidade. Segundo dados do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde Pública do estado do Pará, a Região Norte do país computa 2.920.251 casos e 51.798 mortes. No monitoramento da covid-19 no estado do Pará, foram registrados 885.252 casos, com 19.160 óbitos. Na cidade de Belém, houve 159.473 casos acumulados e 5.479 mortes (Brasil, 2023a, 2023b).

Sabendo-se que o país teve uma taxa de internação hospitalar de 67,27 para cada dez mil habitantes no período de abril de 2020 a junho de 2021, relacionada à pandemia, ou seja, pacientes com potencial necessidade de cuidados posteriores à alta hospitalar, fazendo-se necessário realizar a continuidade do cuidado e organizar o serviço na perspectiva da criação de estratégias e de protocolos de alta bem definidos e estruturados, conduzidos por enfermeiros, contribuindo na prevenção e na promoção à saúde.

O planejamento de alta hospitalar e a continuidade do cuidado incluem orientações a pacientes e a familiares/cuidadores, a serem realizadas no domicílio. Em algumas nações do mundo, como Canadá, Portugal e Espanha, tem-se o chamado enfermeiro de enlace, responsável por coordenar o cuidado na transição entre o ambiente hospitalar e a atenção primária, porém esta prática ainda não é comum no Brasil (Costa *et al.*, 2019, 2020a).

Sabe-se que os indivíduos que se recuperaram da covid-19 são vulneráveis e, muitas vezes, apresentam sequelas da doença e da internação hospitalar, podendo necessitar de cuidados específicos, após a alta hospitalar, até três meses, após o seu acometimento. Nesse sentido, os pacientes que receberam visitas domiciliares e acompanhamento ambulatorial, após a alta hospitalar, tiveram diminuição das readmissões (Bowles *et al.*, 2021; Lopez-Leon, 2021; Organização Mundial da Saúde, 2023).

Dessa forma, os fatores determinantes que este estudo propõe são relevantes no processo de saúde da sociedade de usuários acometidos pela covid-19 e no esclarecimento dos profissionais de saúde acerca do tema, o que pode contribuir de maneira ímpar nas diminuições de reinternações, de custos hospitalares e de complicações da doença (Costa *et al.*, 2020; Gordon *et al.*, 2020).

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Conhecer as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da covid-19, após a alta hospitalar, em um hospital universitário de referência da Amazônia paraense.

1.4.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos deste estudo incluem:

- Analisar os cuidados prestados por enfermeiros, durante a hospitalização de pacientes acometidos pela covid-19;
- Identificar os cuidados prestados na alta hospitalar para a continuidade do cuidado na atenção primária;

2 REVISÃO CONCEITUAL DA LITERATURA

2.1 A pandemia da covid-19

Os coronavírus pertencem à ordem *Nidovirales* e à família *coronaviridae*, possuem RNA de sentido positivo e têm entre 60 e 140 nm de diâmetro. Visualizados sob microscopia eletrônica, esses organismos apresentam formatos circulares e projeções semelhantes a uma “coroa solar” em sua superfície. Por cerca de 60 anos, foram conhecidos por ocasionar infecções respiratórias em seres humanos e em animais (Duarte, 2020; Medeiros, 2020).

Através da cultura de vírus de pacientes com resfriados comuns, os coronavírus foram descritos pela primeira vez por Tyrell e Bynoe, em 1966. Essa subfamília de vírus compreende os gêneros alfa, beta, gama e delta, sendo que os CoV alfa e beta são responsáveis por infectar os seres humanos. Entretanto, os alfa-coronavírus originam infecções com sintomas discretos ou, mesmo, inexistentes, enquanto os beta-coronavírus são agressivos e de maior fatalidade (Lima; Sousa; Lima, 2020).

Até 2019, foram identificadas seis espécies de CoV, responsáveis por provocar doenças em seres humanos, sendo quatro espécies relacionadas a quadros leves de resfriados e de infecções respiratórias, com alta predominância: 229E; NL63; OC43; e HKU1. As duas espécies restantes, *severe acute respiratory syndrome coronavirus (SARS-CoV)* e a *Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)*, causam quadros graves e trazem risco de vida, por meio de insuficiência respiratória (Lima; Sousa; Lima, 2020).

Entre 2002 e 2003, o *SARS-CoV* foi responsável por um surto originado da China, causador da síndrome respiratória aguda grave (SRAG). A epidemia se espalhou rapidamente pelos continentes e acarretou mais de 8.000 infecções, tendo 10% de mortalidade, aproximadamente. Já a covid-19, após ser declarada como pandemia, pela Organização Mundial da Saúde, em 11 de março de 2020, causou 10.000 casos em um mês, ou seja, dez vezes mais do que *SARS-CoV* em um quarto do tempo (Khalil; Khalil, 2020).

Após 18 anos deste episódio de manifestação da *SARS-CoV*, segundo a Organização Mundial da Saúde, em 31 de dezembro de 2019, foram descritos os

primeiros casos de uma doença, então causada por um agente desconhecido, na cidade de Wuhan, na China. Posteriormente, teve-se conhecimento de que se tratava de um novo CoV, batizado de *Severe Acute Respiratory Syndrome-associated to Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), agente causador da doença infectocontagiosa covid-19 (Brito *et al.*, 2020).

SARS-CoV-2, nome recomendado pelo comitê internacional de taxonomia viral, é um β -coronavírus, do subgênero *Sarbecovirus* e da subfamília *orthocoronavirinae*. Pressupõem-se que o novo CoV se originou em um mercado de frutos do mar de Wuhan (Brito *et al.*, 2020; Duarte, 2020; Nogueira; Silva, 2020).

Estudos especulam sobre transmissões de morcegos para pangolins e, em seguida, desses hospedeiros intermediários para o ser humano. Ainda, pesquisas apontam o morcego como principal reservatório natural de diversas espécies de CoV (Brito *et al.*, 2020; Duarte, 2020; Nogueira; Silva, 2020).

A covid-19 apresenta grandes potenciais de disseminação e de propagação. Após o primeiro caso na China, outros países e territórios começaram a relatar ocorrências do novo coronavírus, atingindo 185 países em apenas três meses. Em abril de 2020, havia um total de 2.397.216 casos confirmados em cerca de 213 países (BRITO *et al.*, 2020). No Brasil, o primeiro caso de covid-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 (Oliveira *et al.*, 2020).

A covid-19 é transmitida através de gotículas contaminadas de secreções da orofaringe, seja pela inalação, seja pelo contato direto, através de superfícies ou objetos infectados, em que o vírus permanece contaminável por 72 horas, seja pela via fecal-oral. O período de incubação varia de quatro a 14 dias e o infectado pode ou não manifestar sinais e sintomas. A transmissão ocorre, mesmo que a pessoa não manifeste sinais e sintomas, ou sendo pré-sintomática ou apresentando sintomas leves (Estevão, 2020).

A infecção afeta geralmente o trato respiratório superior, todavia o sistema respiratório inferior pode ser alcançado e comprometido. O quadro clínico é semelhante ao de outras viroses respiratórias, podendo variar de um simples resfriado a uma pneumonia grave, porém. Febre, tosse, dispneia, mialgia e fadiga são os sintomas mais frequentes, e ainda podem surgir secreções respiratórias, dor de cabeça, hemoptise e diarreia. As complicações da infecção podem levar à SRAG e a lesão cardíaca ou renal, a infecção secundária e a choque (Estevão, 2020; Xavier *et al.*, 2020).

A partir disto — e da alta taxa de transmissibilidade e das poucas informações científicas acerca do novo vírus e do seu quadro clínico amplo —, alguns grupos populacionais são considerados mais vulneráveis ao agravo da covid-19, como idosos, pessoas com doenças crônicas ou imunossuprimidas, profissionais de saúde, gestantes e recém-nascidos, os quais apresentavam elevados índices de letalidade (Guedes *et al.*, 2020; Nogueira *et al.*, 2020).

2.2 A pandemia da covid-19 no contexto amazônico

O extenso território brasileiro, em conjunto com os diferentes contextos histórico, político e social dos seus diversos espaços geográficos, resulta em populações com necessidades e com realidades distintas umas das outras.

Nesse sentido, a Amazônia Legal, assim denominada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da Lei n.º 1.806/1953, corresponde a 59% do território brasileiro, foi geograficamente dividida nos intuitos geopolíticos de organizar e de planejar o desenvolvimento socioeconômico da região (Brasil, 2020a, 2020b).

A Pan-Amazônia, termo utilizado para descrever a delimitação territorial que vai além do Brasil, distribui-se por mais oito países: Peru, Bolívia, Colômbia, Venezuela, Equador, Guiana, Guiana Francesa e Suriname. O Brasil detém 64% do território pan-amazônico (Brasil, 2020a, 2020b; Santos; Salomão; Veríssimo, 2021).

A Amazônia Legal é dividida em duas partes e é composta por nove estados: Amazônia Ocidental, que compreende Amazonas (AM), Acre (AC), Rondônia (RO) e Roraima (RR); e Amazônia Oriental, que inclui Pará (PA), Maranhão (MA), Amapá (AP) e Mato Grosso (MT) (Brasil, 2020a, 2020b).

A população da Amazônia Legal aumentou, ao longo dos anos, tendo sido estimada em 28,1 milhões de habitantes em 2020, equivalente a 13% da população brasileira. O estado do Pará é o mais populoso, com 8,8 milhões de habitantes (Brasil, 2020a, 2020b; Santos; Salomão; Veríssimo, 2021).

Mediante o exposto, as especificidades locais/regionais do território amazônico brasileiro exacerbaram os problemas sanitários e de saúde pública nacional com o advento da pandemia da covid-19, que culminaram na passagem da doença das

regiões urbanas para as rurais, ocorrendo o que se denominou interiorização da covid-19 (Muniz, 2021).

A dicotomia entre áreas rurais e urbanas marcou um ponto crucial na transmissão do vírus *Sars-CoV-2*, pois um quarto da população amazônica vive em área rural, a qual possui infraestrutura precária e índice de desenvolvimento humano entre os mais baixos do país, necessitando utilizar a rede hidrográfica para locomoção, através de embarcações, no intuito de ter acesso a serviços de saúde, por exemplo, bem como ao trabalho (venda de pescados, produtos regionais etc.) e ao comércio urbano, fonte de sustento financeiro deste contingente (Castro *et al.*, 2020; Muniz, 2021; Orellana *et al.*, 2020; Ramalho *et al.*, 2020).

Dessa forma, as medidas de distanciamento social à população local foram dificultadas, apesar dos auxílios financeiros providos pelo estado às famílias de baixa renda. O impacto da pandemia de covid-19 possuiu diferentes desdobramentos nesta sociedade, por fatores como carência de saneamento básico, falta de acesso a serviços de saúde — uma vez que estão concentrados em grandes cidades —, precariedade de transporte, baixa escolaridade, características demográficas, sociais, econômicas, culturais, entre outros, que formaram vulnerabilidades e facilitaram a propagação do vírus (Castro *et al.*, 2020; Muniz, 2021; Ramalho *et al.*, 2020).

Na pandemia da covid-19, as regiões de maior incidência da enfermidade foram as da Região Norte, com destaque para os seguintes espaços da Amazônia brasileira: Amazonas (Manaus, principalmente), Amapá (Macapá, principalmente) e Pará (Belém, principalmente). A cidade de Manaus (AM) se tornou um dos epicentros da pandemia no Brasil, que evoluiu por longo tempo com elevados números de novos casos e de mortes e com excesso de mortalidade geral, mormente na população de idosos — pessoas com idade maior ou igual a 60 anos (Orellana *et al.*, 2020).

As populações tradicionais da Amazônia, como ribeirinhos, agroextrativistas, povos indígenas e quilombolas, tiveram diferentes desdobramentos, durante a pandemia da covid-19, devido, por exemplo, a distâncias físicas e ao menor número de acesso a leitos de internação e a Unidades de Terapia Intensiva para os doentes. Portanto, as distintas disposições socioespaciais tornaram o controle da pandemia na Amazônia brasileira ainda mais difícil, especialmente na região paraense, que enfrentou casos de subnotificação, faltas de exames para a população e dificuldades territoriais entre as cidades (Rocha *et al.*, 2021; Rodrigues; Rodrigues, 2020). Tal foi o caso das famílias ribeirinhas, por exemplo, habitualmente numerosas e compostas

de um chefe provedor idoso (pertencente a uma população vulnerável e de risco para a covid-19, segundo o Ministério da Saúde), gerando impacto econômico. Além disso, as condições de higiene tendiam à precariedade, em função do costume de uso da água do rio para consumo, para lavagem de alimentos, para cocção, para higiene, entre outros. Na Amazônia Central, ribeirinhos chegam a se deslocar cerca de 2,8 vezes por semana para áreas urbanas, por isso, nessas circunstâncias, medidas como o *lockdown* imediato seria a forma mais eficiente de conter o contágio (Castro *et al.*, 2020; Ramalho *et al.*, 2020).

Segundo estudo de Rodrigues *et al.* (2021), a infecção pelo *Sars-CoV-2* atingiu rapidamente mais de 70% da população indígena. Os pontos de vulnerabilidade destacados foram condições geográficas, biológicas, falta de políticas públicas, acesso restrito a serviços de saúde e a ausência de distanciamento social por motivos culturais. Sabe-se de que o distanciamento social é uma medida eficaz para evitar a disseminação do vírus, havendo a necessidade de melhoria e de efetivação das políticas públicas (Ramalho *et al.*, 2020; Sá, 2021).

Agravando a situação de saúde, frente à pandemia de covid-19 desta população amazônica, o surgimento de novas variantes do *SARS-CoV-2* contribuiu para os aumentos da transmissibilidade, da morbidade e da mortalidade no mundo. Tal situação atingiu os povos indígenas brasileiros em particular, os quais possuem maior vulnerabilidade às infecções parasitárias e respiratórias, devido as suas especificidades (Benito *et al.*, 2021; Fundação Oswaldo Cruz, 2021; Michelon, 2021; Silva; William, 2021).

Há mutações genéticas virais, que não geram repercussões clínicas para o hospedeiro, enquanto outras são importantes dos pontos de vista clínico e epidemiológico. A Organização Mundial da Saúde classifica estas novas variantes, provenientes de mutações genéticas do vírus, em: variante de preocupação (do inglês *variant of concern* (VOC)); e variantes de interesse (do inglês *variant of interest* (VOI)) (Benito *et al.*, 2021; Khandia *et al.*, 2022; Michelon, 2021; Sgorlon-Oliveira *et al.*, 2022).

Para compor uma nomenclatura que evitasse estigmatizações, foram utilizadas denominações provenientes do alfabeto grego, sendo assim, dentro do grupo *variant of concern* (VOC) estão as variantes: Alfa (B.1.1.7), com origem no Reino Unido; Beta (B.1.351), com origem na África do Sul; Gama (B.1.1.28.1), com origem no Brasil (Manaus); Delta (B.1.617.2), com origem na Índia; e Ômicron (B.1.1.529), com origem

na África do Sul. As variantes do grupo VOI são: Eta (B.1.525), com origem indeterminada; Épsilon (B.1.427), com origem nos Estados Unidos da América; Zeta (B.1.1.28.2), com origem no Brasil (Rio de Janeiro); Teta (B.1.1.28.3), com origem no Japão e nas Filipinas; Iota (B.1.526), com origem nos Estados Unidos da América; Kapa (B.1.617.1), com origem na Índia; e Lambda (C.37), com origem no Peru (Benito *et al.*, 2021; Khandia *et al.*, 2022; Michelon, 2021; Sgorlon-Oliveira *et al.*, 2022).

Mediante o exposto, o Brasil possui duas variantes com origem em seu território: Gama e Zeta. A Gama proporcionou maiores repercussões clínica e epidemiológica, alastrando-se por 75% do território nacional em dois meses, a partir de sua origem, localizada no estado do Amazonas, mais especificamente em Manaus. Tal variação possui alterações genéticas importantes, que fornecem maiores virulência, patogenicidade e chances de reinfecção, tornando a cidade em questão um epicentro nacional da enfermidade por longo tempo, ocasionando colapsos relevantes nos serviços de saúde de atendimento à população por ela acometida (Benito *et al.*, 2021; Khandia *et al.*, 2022; Michelon, 2021; Sgorlon-Oliveira *et al.*, 2022).

O Amazonas concentrou o maior número de mortes de indígenas por covid-19 em janeiro de 2021. Dados mostram que, em determinado período, 81 pacientes deste agrupamento receberam alta, enquanto 211 evoluíram a óbito por covid-19 e por Síndrome Respiratória Aguda Grave. Segundo dados de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, há 817.963 pessoas indígenas no Brasil, 20 mil dos quais são residentes no Amazonas, representando apenas 0,4% da população total, logo a morte de indivíduos desta população, pela pandemia, gera perdas irreversíveis de vidas, de culturas e de saberes únicos (Fundação Oswaldo Cruz, 2021; Silva; William, 2021).

Entre os fatores envolvidos no surgimento de novas variantes do SARS-CoV-2 estão o descumprimento total ou parcial das normas sanitárias, das medidas de distanciamento social e do uso de máscaras, bem como a higiene inadequada das mãos com água e sabão ou sua não realização, a falta do uso de álcool 70° GL, as faltas de etiqueta para espirro e para tosse, a realização de aglomerações sociais persistentes, a não vacinação adequada da população, entre outros (Fundação Oswaldo Cruz, 2021; Silva; William, 2021).

2.3 Processo de alta do paciente recuperado de covid-19

Durante os processos de admissão e de internação do paciente acometido por covid-19 em enfermarias, ao seu quadro de melhora e à conseqüente alta hospitalar, há diversas assistências realizadas, a fim de uma boa recuperação do agravo. Tão importante quanto admitir um paciente à enfermaria é realizar sua adequada alta hospitalar.

Dessa forma, com o advento da pandemia, diversas instituições, como Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e hospitais públicos e privados criaram protocolos e manuais para orientar os profissionais de saúde sobre como proceder na alta de pacientes acometidos pela covid-19.

Em setembro de 2020, o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde, disponibilizou um plano de ação emergencial para covid-19, com orientações de alta e de higienização de pertences. As orientações em destaque no documento são voltadas a acompanhantes de pacientes convalescentes ou ainda acometidos pela doença: se o acompanhante apresentar febre ou sintomas respiratórios, não deve ir ao hospital; todos devem realizar higiene das mãos e utilizar máscara, ter sua temperatura verificada na entrada do estabelecimento; proibição à visita de outros pacientes em leitos diferentes; acompanhantes e visitantes devem permanecer o menor tempo possível em áreas comuns (em refeitórios, por exemplo); evitar aglomeração nas salas de recepção; e realização de higienização de pertences (Brasil, 2020a).

Após o estabelecimento da cura do paciente acometido por covid-19, o documento ressalta a importância da continuidade das práticas de prevenção recomendadas, como uso de máscaras, higienização de mãos, evitar aglomerações etc. (Brasil, 2020a).

Documentos mais recentes apontam os principais critérios levantados para verificação de pacientes que receberem alta da enfermidade, conforme a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2022):

Estabilidade hemodinâmica, boa aceitação de dieta via oral ou enteral, paciente afebril há 24 horas, ausência de uso de oxigênio suplementar por tempo mínimo de 24 horas com saturação mínima de maior ou igual a 92% após criteriosa avaliação médica, frequência respiratória menor ou igual a 24 ipm, em situações específicas (dependência de oxigenoterapia) considerar oxigênio domiciliar após criteriosa avaliação (Brasil, 2022, p. 41).

Já o documento do Hospital de Clínicas, vinculado à Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), de 06 de abril de 2021 considera que “[...] em casos de dúvida quanto à fase evolutiva da doença a realização de uma nova tomografia para análise comparativa deve ser considerada” (Brasil, 2021, p.104), para que o profissional médico em acompanhamento do caso chegue a conclusões mais precisas.

Além disso, o documento faz observações a estes pacientes, quanto a alguns sinais de alerta, como febre e dispneia, bem como no tocante a situações e a cuidados, em que será necessário realizar o isolamento domiciliar.

Semelhantemente, porém com mais especificações, o documento da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2022) traz recomendações sobre os sinais de alerta, após a alta, que demandam reavaliação médica:

Febre por mais de 4 dias ou ressurgimento da febre após período febril, dificuldade para respirar, dor no tórax, confusão mental ou sonolência excessiva, prostração, queda do estado geral ou sinais de piora e saturação de oxigênio menor que 94% quando oxímetro disponível (BRASIL, 2022, p. 41).

As orientações gerais a pacientes com ou sem sintomas respiratórios, após sua alta hospitalar, incluem: manutenção da etiqueta respiratória; não frequentar locais públicos e/ou fechados; monitorar sinais e sintomas; manter ambiente domiciliar arejado; evitar contato com populações que fazem parte de algum grupo de risco; utilização preferencial de máscara cirúrgica descartável (Brasil, 2022).

Com relação aos encaminhamentos de pacientes acometidos por covid-19, porém com alta hospitalar, cujos quadros clínicos evoluíram para pneumonia, que utilizaram máscara inalante, oxigenoterapia ou que foram submetidos à ventilação mecânica, recomenda-se a condução destes a ambulatórios da instituição, para acompanhamento e para seguimento do tratamento. Os usuários que apresentaram quadros leves de covid-19 devem ser encaminhados ao ambulatório da instituição ou a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (Brasil, 2022).

Pacientes que necessitarão de acompanhamento, após a alta hospitalar, ou seja, a continuidade do cuidado, podem apresentar diversas sequelas, tais como

alterações funcionais, motoras, tomográficas, de natureza emocional/mental, metabólicas, entre outras (Graça *et al.*, 2020).

Para este público, o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), vinculado à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), desenvolveu, em junho de 2020, rotinas de atendimento e de acompanhamento (Graça *et al.*, 2020).

O serviço foi organizado para atender presencialmente esta população no 2º, no 3º, no 6º e no 12º meses posteriores à alta hospitalar. Os aspectos avaliados foram: comorbidades; sintomas pregressos e atuais; complicações; tratamento; solicitação de exames laboratoriais (hemograma, LDL, ferritina, PCR, função renal e hepatograma); prova de função respiratória; tomografia computadorizada para pacientes com persistência de sintomas; e equipe de psiquiatria para demandas psicológicas. O presente estudo não analisou estes pacientes, especificamente, e sugere estudos mais aprofundados no futuro (Graça *et al.*, 2020).

2.4 O papel do enfermeiro na continuidade do cuidado

A continuidade do cuidado consiste em planejar a alta, em encaminhar o paciente ao domicílio e acompanhar sua condição de saúde. É uma estratégia fundamental para a qualidade dos serviços prestados e um momento oportuno para que ocorra a comunicação entre os níveis de atenção hospitalar e primária (Costa *et al.*, 2019, 2020, 2020; Gheno; Weis, 2021; Martins *et al.*, 2018).

Entre os benefícios da realização da continuidade do cuidado se encontram: melhora da qualidade e otimização do atendimento; diminuição de custos financeiros aos serviços de saúde, públicos ou privados; diminuição de internações evitáveis; diminuição de riscos de hospitalização; promoção da integralidade do cuidado; entre outros (Cechinel-Peiter *et al.*, 2021; Gheno; Weis, 2021; Martins *et al.*, 2018).

O Ministério da Saúde recomenda a realização do Plano de Cuidado Integrado (PCI), estratégia direcionada a pacientes acometidos por covid-19, que receberam cuidado e alta hospitalares, o qual destaca que estes necessitam realizar a transição entre os cuidados da atenção hospitalar e da atenção primária à saúde. Ainda que o PCI não defina um profissional de saúde específico para a realização do acompanhamento de seus pacientes-fim, a Enfermagem, sendo protagonista na gestão e no gerenciamento de cuidados, por meio da sua Sistematização da

Assistência de Enfermagem (SAE), poderia perfeitamente realizar este tipo de atividade (Brasil, 2021; Cechinel-Peiter *et al.*, 2021).

As informações que devem ser coletadas por este instrumento incluem: dados de identificação, como nome, data de nascimento, nome da Unidade Básica de Saúde, etc.; alergias medicamentosas específicas dos pacientes; dados de internação, como data de internação, data de alta hospitalar, tempo de internação, presença em enfermaria e/ou em Unidade de Terapia Intensiva, com uso de ventilação mecânica ou não, por exemplo, entre outros; construção de diagnóstico multiprofissional, durante a internação; e exames completos realizados, com seus resultados (Brasil, 2021).

Como mencionado, em países como Espanha, Portugal e Canadá, a continuidade do cuidado já é realizada por enfermeiros, sendo bastante bem organizada. Nesses países, esses profissionais são denominados **enfermeiros de enlace** ou **enfermeiros de ligação**, e desempenham atividades específicas, sendo responsáveis por coordenar o cuidado e a transição do ambiente hospitalar para a atenção primária (Costa *et al.*, 2019, 2020).

Segundo Batista (2019), a continuidade do cuidado é um desafio para as sociedades contemporâneas e, no Brasil, essa prática ainda é incipiente — na verdade, o cuidado é descontinuado, pelas fragilidades de integração e de articulação entre os diferentes níveis de complexidade nas Redes de Atenção a Saúde do Sistema Único de Saúde, acarretando a não realização das contrarreferências dos pacientes, a exemplo da comunicação ruim ou inexistente entre as atenções hospitalar e primária, por exemplo (Costa *et al.*, 2019, 2020; Martins *et al.*, 2018).

Em Portugal, a continuidade do cuidado é feita pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), mais precisamente pela Rede Nacional de Atenção Continuada Integrada (RNCCI), resultante de uma política específica de contemplação e de padronização deste tipo de serviço no país. A rede portuguesa conta com a articulação de diferentes serviços e níveis de complexidade e densidades tecnológicas, para contemplar todos os tipos de cuidados continuados, como internação, reabilitação, cuidados paliativos, ambulatório, hospital e as chamadas equipes da casa (*home teams*) (Batista, 2019; Martins *et al.*, 2018; Oliveira, 2018).

Além disso, a Rede Nacional de Atenção Continuada Integrada conta com a Equipe de Gestão de Altas (EGA), multiprofissional, composta por um enfermeiro, um médico e um assistente social, no mínimo.

Estudo de Martins *et al.* (2018), realizado em 15 hospitais públicos de Portugal, com enfermeiros da Equipe de Gestão de Altas que exerciam funções de ligação para a identificação dos cuidados domiciliares, após a alta hospitalar, identificou que há uma avaliação feita pela equipe multiprofissional, geralmente composta por médicos e enfermeiros (47,7%) ou exclusivamente por médicos (8,75%). Esses profissionais observam alguns critérios, considerados de risco para a alta do paciente: “[...] pacientes que residem sozinhos, dependência para autocuidado, múltiplas úlceras por pressão, vítimas de abuso ou negligência, histórico de queda e doenças crônicas agudas” (Martins, 2018, p. 3). A comunicação e a troca de informações, pelos enfermeiros e pelos demais profissionais, é através de impresso próprio das instituições e de telefone.

A realização do planejamento de alta hospitalar é feita pelo enfermeiro em 70,1% dos casos, o que consiste da verificação do paciente, consoante necessidades futuras de cuidado continuado, que preferencialmente se inicia nas primeiras 48 horas de internação do indivíduo (Martins *et al.*, 2018).

Fazem parte da avaliação inicial o exame físico, a coleta de dados do prontuário e a entrevista. Nessa, são abordados aspectos, como: motivo da internação; históricos pessoal e familiar; hábitos; medicamentos em uso; graus de dependências motora e funcional; risco de queda; alimentação; treinamento do cuidador principal; prevenção de complicações; e condições de moradia (Martins *et al.*, 2018).

Estudo realizado em Madrid (Espanha) objetivou conhecer o perfil da Enfermeira Hospitalar de Enlace na perspectiva da continuidade do cuidado. Nessa modalidade, os principais papéis do enfermeiro incluem realizar buscas ativas, avaliar o paciente, a partir da internação, e verificar necessidade de continuidade do cuidado no pós-alta hospitalar, por meio de coletas de dados clínicos e sociais, como aspectos físicos, funcionais, de cognição, saúde mental, risco social etc. (Costa *et al.*, 2019).

Antes da alta, é preparado um documento denominado **Prealta**, por este enfermeiro. Nesse modelo de serviço, há a comunicação entre as atenções hospitalar e primária, mediado pela plataforma eletrônica **Enfermeira da Atenção Primária**, responsável por realizar a continuidade do cuidado na atenção primária, com atuação no Programa de Atenção Domiciliar e Equipe de Suporte (PADES) (Costa *et al.*, 2019).

2.5 Panorama do enfermeiro de ligação no mundo

A função do enfermeiro de ligação, também conhecido como enfermeiro de enlace ou enfermeiro de transição do cuidado, é proporcionar a coordenação dos cuidados com saúde de pacientes, durante a transição entre diferentes níveis de atendimento ou instituições de saúde. Embora a função possa ser realizada em diferentes graus em diversos países, é importante notar que os títulos e as responsabilidades dos profissionais de saúde podem variar amplamente de uma nação para outra.

O surgimento da enfermeira de enlace ocorreu por volta de 1960 no Canadá, com o objetivo inicial de estender os cuidados realizados na internação hospitalar para os domicílios e evitar as readmissões. À passagem do tempo, o país adotou a função do enfermeiro de ligação para melhorar a coordenação dos cuidados em saúde, especialmente para pacientes com condições crônicas. As províncias e os territórios canadenses podem ter abordagens ligeiramente diferentes, em relação a esta função, mas ela é geralmente reconhecida como importante para melhorar a qualidade da assistência (Hesselink *et al.*, 2012).

Nos Estados Unidos da América, enfermeiros de ligação desempenham papel fundamental na transição de cuidados, especialmente em pacientes que estão sendo transferidos do hospital para a atenção domiciliar ou para instalações de cuidados de longo prazo. Eles ajudam a garantir que as informações e os planos de cuidados sejam comunicados de forma eficaz entre os diferentes níveis de atendimento. A Associação Americana de Enfermeiros de Ligação (*Association of Nurse Care Coordinators* — ANCC) e a Associação Nacional de Enfermeiros de Ligação (*National Association of Care Coordination* — NACCM) são organizações que apoiam esta função (Naylor *et al.*, 2012).

Há a presença deste profissional também em países como Reino Unido, o qual possui o *Royal College of Nursing* (RCN), organização que fornece orientação e recursos relacionados à função. Outros países que possuem este profissional são Austrália e Suécia — essa possui a Associação Sueca de Enfermeiros (*Swedish Nurses' Association* — SNA) (Cummings *et al.*, 2016; Halcomb; Salamonsom, 2012).

Entre as funções dos enfermeiros de enlace ao redor do mundo se destacam: coordenação da transição; avaliação de necessidades do usuário; educação do paciente e da sua família; defesa dos interesses do paciente; comunicação entre

diferentes equipes de saúde, incluindo distintas áreas profissionais, como médicos, terapeutas, assistentes sociais, entre outros; estabelecimento de metas para redução de readmissões hospitalares; e avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-qualitativo, que atende aos critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). Essa pesquisa faz parte de um projeto multicêntrico, o qual inclui o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), referência local no tratamento de doenças transmissíveis e habilitado a ofertar assistência a pacientes acometidos pela covid-19 em Belém (PA), conforme Portaria n.º 1.245, de 18 de maio de 2020.

3.2 Local de estudo

As informações presentes nesta investigação foram extraídas do Hospital Universitário João de Barros Barreto, de Belém (PA), instituição de alta complexidade, o qual oferta serviços de assistência, de ensino e de pesquisa e faz parte do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará (UFPA). A instituição conta com 218 leitos, 63 consultórios, sete salas de cirurgia e uma unidade de terapia intensiva cadastrados no Ministério da Saúde.

Na área assistencial, o HUJBB fornece consultas e internação em diversas especialidades, como clínica médica, pneumologia, infectologia, pediatria, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia de cabeça e pescoço, endocrinologia, cardiologia, gastroenterologia, neurologia e urologia.

A instituição segue o modelo de gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei n.º 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com o objetivo de prosseguir no processo de recuperação de hospitais universitários federais, bem como firmar parcerias com universidades, aperfeiçoar serviços de atendimento à população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), e promover ensino e pesquisa nas unidades filiadas (Caracciolo, 2020).

Com o advento da pandemia da covid-19, o Hospital Universitário João de Barros Barreto necessitou organizar seus espaços físicos, prioritariamente as

Unidades de Terapia Intensiva, e seu corpo de profissionais/equipe, fazendo inclusive contratações temporárias para atender às demandas de indivíduos acometidos pela enfermidade. Esse tipo de serviço, frente à pandemia, foi regulamentado pela Portaria n.º 1.245/2020, a qual regula e habilita leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulto tipo II e pediátrico tipo II - covid-19, bem como estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo Coronavírus (covid-19), a ser disponibilizado ao estado e aos municípios do Pará (Brasil, 2020a).

Com informações pregressas de participantes do projeto multicêntrico, ao qual o presente estudo está vinculado, selecionou-se três enfermarias, que ficaram responsáveis pelo atendimento de pacientes com covid-19; os espaços são nomeados como clínicas e são: Clínica Médica, Clínica de Pneumologia, Clínica de Doenças Infeciosas e Parasitárias (DIP).

3.3 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram profissionais enfermeiros, que trabalhavam nas clínicas exclusivas de pacientes acometidos por covid-19, durante a pandemia.

Inicialmente, foram abordados 17 enfermeiros, porém dois finalizaram seus períodos contratação emergencial do Hospital Universitário João de Barros Barreto e não tiveram disponibilidade para participar do estudo.

3.3.1 Critérios de inclusão

Enfermeiros de unidades de internação e aqueles que atuaram em ambientes de cuidado a pacientes com covid-19 nos últimos seis meses, porém foram demitidos.

3.3.2 Critérios de exclusão

Enfermeiros que não estiveram em férias ou licença médica e que atuaram em unidades de terapia intensiva, em centros cirúrgicos e em setores de triagem de

urgência e emergência de casos de confirmação e/ou de suspeita de covid-19, uma vez que as altas hospitalares nestas unidades são internas.

3.4 Instrumento e procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, a pesquisadora realizou um treinamento para a realização das entrevistas, com pesquisadores que já fazem parte do projeto multicêntrico. Tal incluiu dois dias de observação e de acompanhamento *in loco* no Hospital Universitário João de Barros Barreto, com quatro entrevistas, acompanhado de treinamento na modalidade on-line, via *Google Meet*, com duas entrevistas.

A coleta de dados foi feita por um formulário, na forma de roteiro de entrevista, que continha perguntas abertas, acerca da continuidade dos cuidados a pacientes acometidos pela covid-19, após a alta hospitalar, e perguntas fechadas, para as caracterizações pessoal e profissional, quanto ao perfil sociodemográfico (APÊNDICE C). As amostras foram aleatórias e representativas por conveniência, tendo sido realizadas no período de dezembro de 2021 a maio de 2022.

O passo a passo da realização das entrevistas incluiu:

- 1) Seleção de participantes - A pesquisadora entrou em contato com a chefia de enfermagem da instituição e solicitou a indicação de nomes e de contatos de enfermeiros das unidades de interesse, para realização de entrevista a distância e/ou presencial. Em ambos os casos, foram considerados os critérios de inclusão e de exclusão;
- 2) Abordagem aos participantes - Via correio eletrônico e/ou *WhatsApp* e/ou presencial, houve um contato prévio, mediado por um texto ou fala padronizada para o primeiro contato, apresentando a pesquisa e os seus objetivos; consecutivamente, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização de Gravação de Voz; mediante o aceite em participar da pesquisa, foi realizado o agendamento da entrevista, conforme disponibilidade do entrevistado.
- 3) Realização da entrevista: a entrevistadora se organizou antecipadamente para realizar a gravação do áudio da entrevista. À sequência, realizou a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) na íntegra (ANEXO A) e confirmou o aceite voluntário de participação na pesquisa. Após, o início da

gravação foi comunicado e houve as aplicações do questionário de caracterização e do roteiro de entrevista. Nas entrevistas presenciais, pesquisador e entrevistado se direcionaram a um local do hospital, que proporcionasse um ambiente de maior privacidade e silêncio.

3.5 Análise de dados

Os dados do roteiro de entrevista foram analisados na perspectiva da técnica de análise de conteúdo, de Bardin, com apoio do *software* livre *Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) versão 0.7 alfa 2, que permite gerenciar e tratar textos de questionários abertos, possibilitando sua compreensão lexicométrica, e que confere maior confiabilidade a resultados de pesquisas qualitativas (Souza *et al.*, 2018; Sousa *et al.*, 2020).

A análise de Bardin possui finalidade teórica e/ou pragmática, que inclui três etapas no processo metodológico, dentro de uma perspectiva de organização de análise.

A etapa inicial é a da pré-análise, que consiste de momentos de sistematização, de organização das ideias iniciais e de constituição do *corpus*, levando-se em consideração alguns critérios, como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Bardin, 2010; Borges, 2020).

A segunda etapa é a exploratória, a qual se caracteriza pela administração sistemática das decisões traçadas na etapa de pré-análise.

A terceira e última etapa é o tratamento dos resultados, e inclui codificação, inferência e interpretação, buscando seus significados e sua validação. A codificação tem o objetivo de transformar os dados brutos do texto em uma representação dos dados previamente analisados (Bardin, 2010; Borges, 2020; Tauffer *et al.*, 2019).

O *software Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) foi criado por Pierre Ratinaud, sendo mantido na língua francesa até 2009, posteriormente contemplando outros idiomas. O programa começou a ser utilizado no Brasil em 2013 e usa da linguagem Python e de certos recursos do *software* R (Souza *et al.*, 2018).

O *Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) é uma ferramenta de processamento dos dados — não,

um método de pesquisa — e tem, como finalidade, tornar seus resultados em instrumentos de exploração, auxiliando no gerenciamento e na recuperação de dados qualitativos. O aplicativo produz vários de tipos de análises, como Classificação Hierárquica Descendente (CHD), textuais clássicos, de especificidade, similaridade e nuvem de palavras (Souza *et al.*, 2018).

Com relação às vantagens de se utilizar o *Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) , essas incluem: auxílios na organização dos dados e na separação de informações; eficiência do processo; facilidade em localizar textos; agilidade na codificação; entre outras (Souza *et al.*, 2018).

3.6 Aspectos éticos

Serão respeitados os princípios bioéticos, tendo por base a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas sobre aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

3.6.1 Projeto multicêntrico

A presente dissertação faz parte do projeto de pesquisa multicêntrico *Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com covid-19 em hospitais universitários brasileiros*, que teve lugar em dez instituições — sendo oito da rede Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) —, distribuídas ao longo do território brasileiro e contando com diferentes realidades geográficas, políticas e sociais.

O projeto foi aprovado na Chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit n.º 07/2020 - Pesquisas para enfrentamento da covid-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves (Processo n.º 402392/2020-5), e seu edital de chamada pública foi o de n.º 005/2020 - Adesão da FAPESC MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit n.º 07/2020.

Para a realização da pesquisa em âmbito local — o município de Belém (PA) —, a partir da instituição Universidade Federal do Pará, o CEP aprovado foi o de n.º 66.075-110.

3.6.2 Riscos éticos

Os participantes do estudo foram orientados sobre os objetivos e sobre a metodologia da pesquisa, bem como sobre o fato de que poderiam optar em acordar com os termos, sendo livre a sua participação, bem como que poderiam solicitar seu desligamento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer dano, respeitando sua disponibilidade, sua opinião e sua autonomia.

Foram informados, ainda, quanto à confidencialidade e à privacidade de informação, pois os dados utilizados não continham identificação nominal, sendo organizados por códigos alfanuméricos e arquivados, pelos pesquisadores responsáveis, por um período de até cinco anos, sendo utilizados exclusivamente para uso científico, para publicações e para apresentações, durante este período, a contar da data de publicação dos resultados.

Para manter o sigilo dos participantes, foi utilizado o código “ENF.”, de enfermeiro, para identificação da função, seguido do número de ordem de preenchimento do formulário (ex.: ENF. 1, ENF. 2, ENF. 3, etc.).

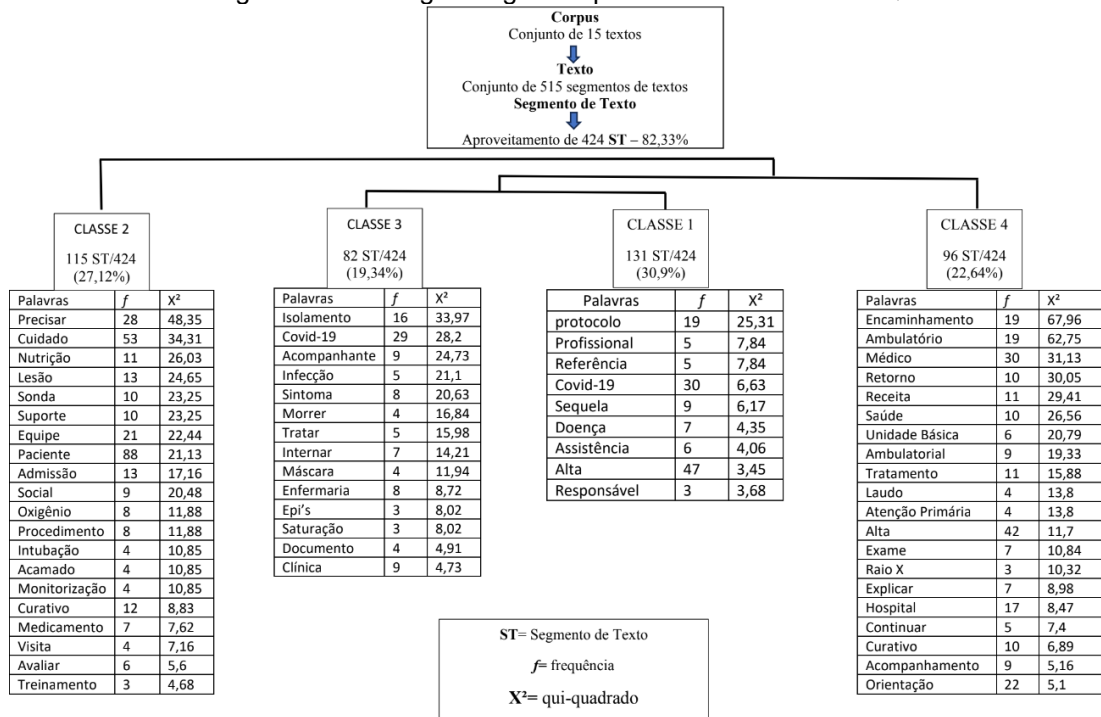
4 RESULTADOS

4.1 Características dos participantes

Foram realizadas 15 entrevistas a profissionais em Enfermagem. A média de idade dos(as) participantes foi de 39 anos, com predominância do sexo feminino: 12 mulheres e três homens. O tempo de trabalho total em Enfermagem foi de cinco anos, enquanto o tempo de trabalho no setor com pacientes covid-19 foi de um ano e nove meses. Entre os(as) participantes, sete enfermeiros(as) trabalhavam no período matutino; seis, no matutino e vespertino; e dois(duas), no noturno. Todos(as) os(as) entrevistados(as) possuíam jornada de trabalho de 36 horas semanais.

4.2 Análise lexical

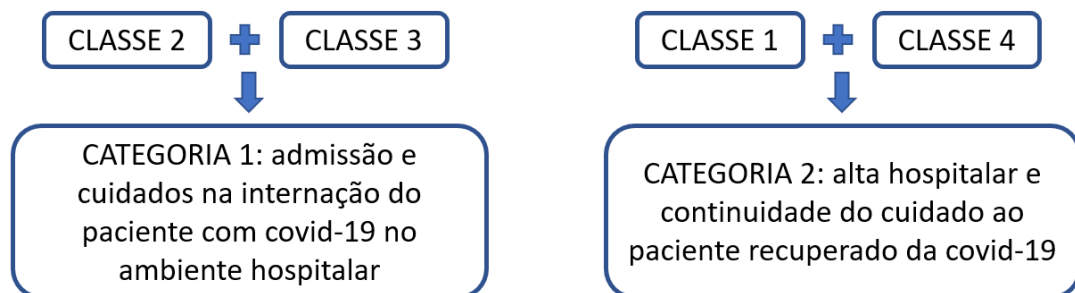
Com a utilização do *software Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), foi gerado um *corpus* textual, a partir dos 15 textos das entrevistas, separados em 515 segmentos de texto, com aproveitamento de 424 (82,33%), tendo ponto de corte do qui-quadrado ≥ 5 e significância estatística de $p \leq 0,01$, resultando no dendrograma demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Dendograma gerado pelo *software* IRAMUTEQ

Fonte: elaboração própria

Com a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *software*, foi possível identificar quatro classes, e com a leitura, com a interpretação e com a contextualização do corpus textual, foi realizada a união das classes, gerando duas categorias. As classes 2 e 3 originaram a categoria “admissão e cuidados na internação do paciente com covid-19 no ambiente hospitalar”, enquanto as classes 1 e 4 originaram a categoria “alta hospitalar e continuidade do cuidado ao paciente recuperado da covid-19” (Figura 2).

Figura 2 – Organização das classes que originaram as categorias



Fonte: elaboração própria

4.3 Tratamento de resultados e inferências, segundo a análise de conteúdo de bardin

4.3.1 Categoria 1 – Admissão e cuidados na internação do paciente com covid-19 no ambiente hospitalar

Entre os cuidados na admissão do paciente com covid-19 no hospital em estudo foram destacados: realização de teste rápido como critério inicial para admissão — mediante resultado positivo, o processo de internação era realizado; a equipe de Enfermagem era a primeira a ter contato com os usuários positivados e responsável por acolher, por realizar anamnese e por dar orientações pertinentes ao quadro sintomatológico da doença; promoção de educação em saúde, quanto à importância da utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), por parte dos profissionais e dos pacientes que ficaram em isolamento.

“[...] teste rápido e se der positivo fica com a gente se tiver aguardando pcr né que demora de 2 a 3 dias ele fica com a gente até sair o resultado, se for detectável ele fica aos nossos cuidados aqui (..) né se for pacientes que não tenham nenhuma comorbidade eles ficam de 10 a 14 dias e se tiver comorbidade até 21 dias [...]” (informação verbal de ENF. 15).

“[...] então quando paciente chegava ele era recebido primeiro pela equipe de enfermagem (...) a gente sempre orientava eles pra ficarem de olho pois poderiam ocorrer a falta de ar, febre entre outros sintomas [...]” (informação verbal de ENF. 13).

Ainda, foi levantado o problema das insuficiências infraestrutural e material da instituição na pandemia, havendo a adaptação de diversos setores ao atendimento da grande demanda de usuários acometidos pela doença em foco.

“[...] entre outras coisas que a gente tentava proporcionar de acordo com o que a gente tem no setor de acordo com o que o hospital disponibiliza porque nós temos falta de muita estrutura, faltam muitas coisas [...]” (informação verbal de ENF. 7).

Após o paciente ser admitido, evoluíam os cuidados de internação da equipe. Um dos critérios para o tempo de internação, além da resposta clínica de melhora de sintomas e dos exames, era a presença de comorbidades: quanto mais comorbidades havia no paciente, maior seria o tempo previsto de sua internação.

Durante a hospitalização, o paciente não teve direito ao acompanhante, logo os enfermeiros realizaram cuidados, relacionados ao monitoramento de visitas no leito, à anamnese, ao controle de sinais vitais, à administração de medicamentos, à avaliação da função respiratória (principalmente, aos que estavam em uso de oxigenoterapia), ao emprego de medidas de alívio do desconforto respiratório — aos pacientes com traqueostomia, eram ofertadas higienizações e orientações — e à adaptação de espaços para pacientes entubados em enfermarias, pela insuficiência de leitos em unidades de terapia intensiva.

Também eram ofertados cuidados com as alimentações oral, enteral e nasoenteral, bem como havia incentivos à mobilidade em momento oportuno, no que tange à deambulação. Ademais, havia realização de curativos aos pacientes que apresentavam lesões por pressão e mudanças regulares de decúbito destes. Mediante necessidades, a equipe de Enfermagem acionava a multiprofissional, podendo contar com apoios das seguintes categorias profissionais: Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Medicina.

“[...] na alimentação se é uma necessidade de passagem de sonda né tanto nasoenteral quanto sonda vesical tá agilizar a parte de administração de medicamentos oxigenoterapia [...] verificação da saturação de oxigênio [...]” (informação verbal de ENF. 9).

“[...] então nós recebíamos pacientes de todos os níveis de gravidade na enfermaria, pacientes em cuidados mínimos precisando só de suporte básico com oxigênio até pacientes em cuidados intensivos já necessitando de uma intubação [...]” (informação verbal de ENF. 1).

“[...] tinha todos os cuidados com relação aos epi ao uso de epi o hospital chegou a oferecer todo o uso mesmo o face shield capote impermeável [...]” (informação verbal de ENF. 6).

4.3.2 Categoria 2 - Alta hospitalar e continuidade do cuidado ao paciente recuperado da COVID-19

No local em estudo, não foi estabelecido um protocolo de alta para o público-alvo. A alta hospitalar dos pacientes recuperados da COVID-19 se deu, através de conduta médica, decisão após a qual os(as) enfermeiros(as), em conjunto com a equipe de Enfermagem, procediam às recomendações e às orientações, relacionadas aos cuidados no domicílio: realização de curativos; manutenção de limpeza da

traqueostomia; uso correto do tratamento farmacológico; uso de máscara; lavagem de mãos; incentivo à continuidade do isolamento social; etc.

“[...] não foi criado um protocolo pra esse paciente que estava saindo de alta de uma internação covid_19 [...] quem realiza o plano de alta é o médico eu só posso dar alta a parte de enfermagem se ele der alta [...]” (informação verbal de ENF. 7).

“[...] na alta hospitalar na verdade quem libera a alta libera o sumário de alta e os cuidados por exemplo com relação à medicação que vai ser administrada é o próprio médico ou residente, como a gente é um hospital escola [...] olha eu tô com previsão de alta pra aquele paciente [...] aí se tem curativo bora ensinar a fazer curativo [...]” (informação verbal de ENF. 6).

“[...] pacientes que vieram com muitas sequelas pacientes que vieram com lesões por pressão pacientes traqueostomizado então assim a gente tinha todo esse cuidado de fazer os cuidados de enfermagem de fazer as orientações preparar o paciente para ir para casa [...]” (informação verbal de ENF. 4).

Com relação à continuidade dos cuidados, a rotina era encaminhar os pacientes para acompanhamento no ambulatório da própria instituição, feito para esta finalidade, no qual eram realizados exames de rotina, identificações de sequelas e tratamentos médicos, conforme as necessidades. O contato com a atenção primária era feito apenas em situações específicas, nas quais se recorria a serviços de Assistência Social ou a sistemas de informação de regulação, objetivando fornecer o resumo de alta do paciente.

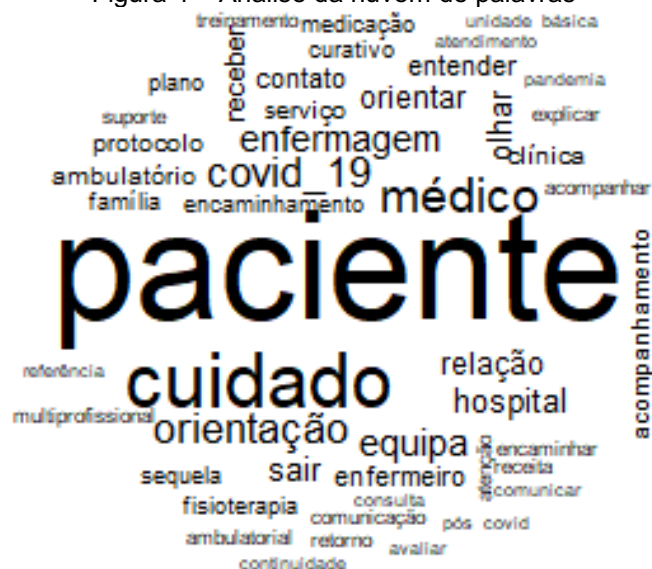
“[...] a gente nunca realizou contato com a atenção primária na contrarreferência desse paciente ele recebia alta hospitalar e não era encaminhado pra uma unidade básica de saúde ele era referenciado pro caso necessitasse para o ambulatório de acompanhamento pós-covid que o próprio hospital montou [...] a gente tem um bom suporte lá de serviço social [...] quando a gente percebe [...] que não está a gente aciona e eles vem por exemplo assim quando o paciente é acamado não anda ou usa cadeira de rodas ai eles já acionam a ambulância pra levar o paciente pra casa [...]” (informação verbal de ENF. 3).

“[...] existe um programa dentro do hospital que acompanha esses pacientes que sai de alta com lesões, vai o pessoal fazer o curativo e acompanhamento [...] nós temos um sistema de regulação no hospital então só enfermeiros da regulação fazem essa coisa com as unidades básicas [...]” (informação verbal de ENF.1).

Outra fonte de resultados inclui a análise de similitude. Na sua representação, é possível observar que a palavra “paciente” é o centro dos depoimentos coletados e,

apresentou no centro das palavras utilizadas pelos(as) participantes do estudo, bem como teve o maior quantitativo em seus discursos. Na nuvem, quanto maior é o tamanho da palavra, maior é a sua frequência nas falas dos(as) entrevistados(as).

Figura 4 – Análise da nuvem de palavras



Fonte: elaboração própria

A nuvem reforça a ideia de que o usuário é pensado, pelos(as) profissionais, do início ao fim da assistência hospitalar, além de incluir a identificação da necessidade de continuidade do cuidado, representado por palavras, como “ambulatorio”, “protocolo”, “encaminhamento”, “acompanhar”, “referência”, “sequela”, “ambulatorial”, “continuidade”, “pós-covid” e “encaminhar”.

5 DISCUSSÃO

A admissão de pacientes com covid-19 em hospitais representa um desafio complexo a profissionais de saúde e a gestores hospitalares em todo o mundo, devido às características únicas da doença e às necessidades especiais destes pacientes. As faltas de recursos e de infraestrutura adequados para atender à grande demanda de usuários em processo de adoecimento foi uma realidade vivenciada, havendo insuficiências de leitos hospitalares e de unidades de terapia intensiva e revelando que muitos sistemas de saúde estavam despreparados para lidar com demandas repentinas.

Mesmo em áreas desenvolvidas, como a cidade de Nova York, houve escassez de leitos e de ventiladores mecânicos em hospitais, especialmente durante os picos da pandemia. A falta de infraestrutura também incluiu insuficiências de equipamentos de proteção individual e de testes-diagnósticos, o que colocou em risco a segurança dos(as) profissionais em saúde e dificultou a identificação precisa de casos (Komplas *et al.*, 2020; Richarson *et al.*, 2020).

A hospitalização destes pacientes implica uma abordagem multidisciplinar, com focos na gestão de sintomas, na prevenção de complicações e no apoio emocional. Entre os cuidados essenciais a serem proporcionados a pacientes hospitalizados com covid-19 estão: manejos clínico e respiratório (como oxigenoterapia e frequência respiratória); controle de infecção; gestão de complicações; apoio psicológico; comunicação; colaboração multidisciplinar; e educação do paciente e do familiar (Brasil, 2022; Grieco *et al.*, 2020; Komplas *et al.*, 2020; Sarnecki *et al.*, 2020).

Ainda, tão importante quanto admitir um paciente na enfermaria é realizar sua adequada alta hospitalar. Nesse sentido, os principais critérios levantados para verificação de pacientes acometidos por covid-19 que receberem alta foram: sinais vitais nos parâmetros de normalidade, incluindo nível de saturação de oxigênio mínima de 92%; sugestão de uso de oxigenoterapia em ambiente domiciliar aos pacientes; e evolução do usuário na alimentação por via oral (Brasil, 2022).

O Ministério da Saúde recomenda a realização do “Plano de Cuidado Integrado” (PCI) para pacientes acometidos por covid-19, que receberam alta hospitalar, destacando que estes necessitam realizar a correta transição da atenção hospitalar para a atenção primária à saúde. Apesar de não haver profissionais de saúde específicos para a realização do acompanhamento do paciente-alvo deste

plano, o profissional em Enfermagem poderia realizar a gestão e o gerenciamento do cuidado continuado a estes usuários, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (Brasil, 2021).

Em estudo feito no estado do Paraná, houve a implementação de um Serviço de Gestão de Altas em um Hospital de Clínicas, cuja gestão foi atribuída a um enfermeiro de ligação, responsável por conduzir o planejamento da alta hospitalar e a integração entre as redes hospitalar e de atenção primária, por meio de um sistema denominado ‘*e-saúde*’, que incluía as contrarreferências do usuário e o seu acompanhamento. Esse serviço proporcionou melhorias na qualidade da assistência e reduções nos números de reações adversas e de reinternações. Porém, os autores destacam desafios a serem enfrentados, como a falta da institucionalização do plano de alta hospitalar, situação também identificada no cenário do presente estudo (Bernardino *et al.*, 2021).

Como mencionado, a continuidade do cuidado é um desafio para as sociedades contemporâneas, inclusive no Brasil, em que a prática ainda é incipiente e o cuidado é descontinuado, na verdade, pelas fragilidades de integração e de articulação entre os diferentes níveis de complexidade das redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde — exemplificada na má comunicação (inexistente?) entre as atenções hospitalar e primária —, acarretando atendimentos deficitários e recorrentes aos pacientes em geral (Batista, 2019; Costa *et al.*, 2019; Martins, 2018).

Na realidade de Belém (PA), não há enfermeiros(as) de ligação. Apesar disso, através da análise das entrevistas, é possível identificar a ocorrência de uma continuidade nos cuidados, por parte da equipe, desvelando a necessidade de acompanhamento em nível de atenção primária — ou cuidados domiciliares —, através de estratégias, como o encaminhamento ao ambulatório e/ou os acionamentos do serviço social, para contato com a atenção primária, ou do sistema de informação de regulação.

Estudos nas demais regiões brasileiras corroboram a realidade amazônica, revelando deficiências (ou a inexistência) em processos de transição entre as atenções hospitalar e primária e em planos pós-alta, havendo necessidade de implantação de políticas nacionais, que amparem o seu exercício (Arrais *et al.*, 2022; Dantas *et al.*, 2023; Debetio, 2022).

Com a busca em bases de dados científicas, identificou-se uma escassez de evidências científicas que retratem o papel dos(as) profissionais em Enfermagem na

continuidade do cuidado a pacientes acometidos por covid-19. Estudo realizado nos Estados Unidos da América retratou as práticas de alta a pacientes com covid-19, destacando que, apesar de ainda não haver protocolos muito bem definidos, a realização de instruções pós-alta, como monitoramento e acompanhamento dos pacientes, pela equipe, é feita. Outras práticas também foram pontuadas na pesquisa, como: isolamento social; critérios de alta para ambientes não domiciliares, como residências assistidas; critérios clínicos para alta, como níveis de saturação sanguínea, melhora dos sintomas, apoio social; entre outros (Greysen *et al.*, 2021).

No presente estudo, foi possível identificar a mesma realidade, pois não há um profissional específico na equipe e na organização da instituição, responsável pela condução completa da alta hospitalar, atrelada à continuidade de cuidados, cenário em que a responsabilidade pela alta dos pacientes é dos profissionais médicos, assim como o plano ou sumário de alta.

A importância do acompanhamento e da transição de cuidados pode ser corroborada por um estudo de coorte feito na Holanda, que incluiu o acompanhamento de pacientes acometidos por covid-19, que receberam alta hospitalar, por dois anos. Até seis meses após a alta, os pacientes podem apresentar problemas físicos, cognitivos e psicológicos, afetando sua qualidade de vida. Entre os caminhos para o cuidado a estes usuários foram colocadas em destaque reabilitações médicas e de instalações de enfermagem especializadas em tratamentos adicionais — não sendo citada, contudo, a transição de cuidados (Bek *et al.*, 2021).

Quanto à problemática de reinternações de pacientes que foram acometidos por covid-19, a maioria ocorreu por necessidade de cuidados domiciliares, além do fator idade — acima ou igual a 65 anos — e da presença de comorbidades, o que faz refletir sobre as importâncias dadas aos processos de planejamento de alta e de continuidade de cuidados em diferentes cenários e realidades geográficas. Além disso, o fator comorbidade estava relacionado ao aumento da previsão de internação, o que ficou evidenciado nos relatos dos sujeitos da pesquisa, que delimitavam as mais comuns: hipertensão; obesidade; e diabetes, aspecto corroborado em estudos internacionais e nacionais, como Bek *et al.* (2021), Lavery *et al.* (2020), Arrais *et al.* (2022) e outros.

Dessa forma, a elucidação das informações sobre a continuidade de cuidados em saúde no contexto da covid-19, por enfermeiros(as), revela uma necessidade a ser mais bem desenvolvida, gerando oportunidades de trabalho, assim como a

importância desta continuidade de atenção deve ser propagada a outras áreas do conhecimento, com aplicação em distintos processos de trabalho, com vistas à melhoria das práticas clínica, assistencial e de gestão do profissional em Enfermagem, objetivando a qualidade e a resolutividade no longo prazo.

Como limitação do presente estudo, define-se a coleta loco-regional em um município e em uma instituição (o Hospital Universitário João de Barros Barreto, sediado em Belém do Pará, Região Norte do Brasil), não tendo sido contempladas outras regiões e outras realidades brasileiras, quanto aos objetivos estabelecidos nesta averiguação. Além disso, não houve entrevistas a profissionais em Enfermagem que trabalhassem nos níveis ambulatorial e/ou de atenção primária, o que tornaria a investigação sobre a continuidade de cuidados em saúde mais completa.

6 CONCLUSÃO

Foi possível atingir o objetivo do presente estudo, uma vez que foram identificadas algumas das estratégias e das funções exercidas pelos(as) profissionais enfermeiros(as) nos processos de planejamento da alta hospitalar e de continuidade de cuidados ao usuário acometido por covid-19.

Como principais aspectos, podem ser citados: controle de sinais vitais no preparo para a alta; orientações de Enfermagem sobre autocuidado corporal ao paciente e à família, principalmente no tocante a curativos, a lesões de pele, à traqueostomia, à oxigenoterapia, ao incentivo ao isolamento social, a medidas de higiene das mãos, ao uso de máscara, etc. Além disso, o(a) profissional realiza a comunicação entre os serviços de assistência social e/ou de regulação e encaminhamento ao acompanhamento ambulatorial.

Destacam-se, contudo, a baixa cobertura da atenção primária e a precariedade dos serviços públicos na região amazônica, bem como a ausência de acesso a uma saúde de maior qualidade — e com continuidade nos atendimentos, mesmo a despeito de sua implantação política —, aspectos que tornam este espaço geográfico e suas populações ainda mais vulneráveis a problemas sociais. Tanto que a continuidade do cuidado e o enfermeiro de ligação são práticas e serviços ausentes na região do estudo.

Portanto, frisa-se a necessidade de realização de mais estudos sobre o tema, para a melhor elucidação e para o avanço da atuação de “enfermeiros(as) de ligação” — e com sua implantação em nível nacional —, dada a importância destes(as) na qualidade da assistência prestada e nas prevenções de reinternações e de complicações entre os usuários, tornando-se um elo ideal entre os níveis de atenção primário e terciário.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. S.; COMASSETTO, I. O protagonismo do Enfermeiro na organização de serviços de saúde durante a pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, 2021.

ARAÚJO, L. T. *et al.* Entendendo as variações e linhagem da SARS-CoV-2: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, 2021.

ARRAIS, D. J. L. *et al.* **Transição do cuidado de pacientes pós-covid-19**: perfil sociodemográfico, clínico e fatores associados. 2022. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4216/version/4456>. Acesso em: 20 out. 2023.

AUED, G. K. *et al.* Atividades do enfermeiro de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31432917/>. Acesso em: 13 ago. 2020.

BARBERIA, L. G.; GÓMEZ, E. J. Political and institutional perils of Brazil's COVID-19 crisis. **The Lancet**, v. 396. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7392557/>. Acesso em: 13 ago. 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BATISTA, A. M. **Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa na RNCCI, Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora, Évora, 2019. Disponível em: https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5201/1/Anabela%20Batista_Mestrado.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

BENITO, L. A. O. *et al.* Variantes do vírus SARS-CoV-2 causadoras da COVID-19 no Brasil. **REVISA**, v. 10, n. 1, p. 205-219, 2021.

BORGES, J. R. A. Resenha: metodologia de análise de dados na pesquisa qualitativa: a análise de conteúdo. **GETEC**, v. 9, n. 24, p. 123-124, 2020. Disponível em: <http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/getec/article/viewFile/2279/1411>. Acesso em: 15 out. 2021.

BOWLES, K. H. Surviving COVID-19 after hospital discharge: symptom, functional and adverse outcomes of home health recipients. **Annals of Internal Medicine**, v. 174, n. 3, p. 316-325, mar. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33226861/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Amazônia Legal**. 2020b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/mapas-regionais/15819-amazonia-legal.html?=&t=acesso-ao-produto>. Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE atualiza mapa da Amazônia legal**. 2020a. Disponível em: <https://censos.ibge.gov.br/2013-agencia-de-noticias/releases/28089-ibge-atualiza-mapa-da-amazonia-legal.html>. Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico especial: doença pelo novo coronavírus covid-19**. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2023/boletim_covid_153_julho_11set23.pdf/view Portuguese. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno especial de indicadores básicos sobre covid-19**. Brasília, 2022b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_especial_indicadores_basicos_covid.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na rede de atenção à saúde**. 4. ed. 2021b. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19_guia_orientador_4ed.pdf. Acesso em: 16 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 1.245, de 18 de maio de 2020**. Brasília, 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.245-de-18-de-maio-de-2020-257393680>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel coronavírus**. 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2023.

BRASIL. Sociedade Beneficente Brasileira Albert Einstein. **Manejo coronavírus (COVID-19)**. 2022. Disponível em: <https://hc.unicamp.br/wp-content/uploads/2021/04/Protocolo-enfermaria-COVID-19-Vers%C3%A3o-5.1.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BRASIL. Universidade Estadual de Campinas. Hospital de Clínicas. **Protocolo enfermaria COVID-19**. 2021. Disponível em: <https://hc.unicamp.br/wp-content/uploads/2021/04/Protocolo-enfermaria-COVID-19-Vers%C3%A3o-5.1.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BRITO, S. B. P. *et al.* Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. **Visa em Debate**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 54-63, 2020. DOI: 10.22239/2317-269x.01531. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1531>. Acesso em: 13 fev. 2021.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para o uso do software IRAMUTEQ**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2018. Disponível: <http://iramuetq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>. Acesso em: 10 out. 2023.

CARACCILO, P. **Hospital Barros Barreto realiza simulação de atendimento a caso suspeito. 17 mar. 2020.** Disponível em: <https://coronavirus.ufpa.br/not%C3%ADcias/hospital-barros-barreto-realiza-simulacao-de-atendimento-a-caso-suspeito>. Acesso em: 15 out. 2021.

CECHINEL-PEITER, C. *et al.* Continuidade do cuidado em saúde: análise da produção de teses e dissertações brasileiras. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, 2021.

COSTA, M. F. B. N. A *et al.* Planejamento da alta Hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para atenção primária. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, 2020a.

COSTA, M. F. B. N. A. *et al.* A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a atenção primária à saúde na Espanha. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

COSTA, M. F. B. N. A. *et al.* Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 29, 2020b.

CUMMINGS, J. *et al.* The impact of nursing role in improving outcomes and quality care in the critically ill. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 35, n. 6, p. 351-356, 2016.

DANTAS, M. N. P. *et al.* Transição do cuidado em pacientes pós-internação por covid-19 em um hospital do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, sup. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0030pt>. Acesso em: 20 out. 2023.

DEBETIO, J. O. **Práticas dos enfermeiros hospitalares para continuidade do cuidado na atenção primária do paciente com covid-19.** 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

DO VALE, E. *et al.* Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 83-90, 9 jun. 2020.

DUARTE, P. M. COVID-19: Origem do novo coronavírus. **Brazilian Journal Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 3585-3590, mar./abr. 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n2-187. Acesso em: 13 fev. 2021.

ESTEVÃO, A. COVID-19. **Acta Radiológica Portuguesa**, Coimbra, v. 32, n. 1, p. 5-6, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/actaradiologica/article/view/19800>. Acesso em: 4 fev. 2021.

FLINK, M. *et al.* The key actor: a qualitative study of patient participation in the handover process in Europe. **Health Expectations**, v. 18, n. 5, p. 2188-2201, 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Leônidas e Maria Deane. **Relatório do estudo: comportamento, atitudes e práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia Brasileira**. 22. ed. Manaus: [s. n.], 2021. p. 29-33. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/47087/2/Relato%cc%81rio%20CAP%20LA PHSA%202021.pdf>. Acesso em: 22 maio 2022.

GHENO, J.; WEIS, A. H. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa da literatura. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 30, 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. [S. l.]: Atlas, 2008.

GORDON, W. J. *et al.* Remote Patient Monitoring Program for Hospital Discharged COVID-19 Patients. **Appl. Clin. Inform.**, v. 11, p. 792-801, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33241547/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

GRAÇA, N. P. *et al.* COVID-19: seguimento após alta hospitalar. **Revista Pulmão RJ**, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/publicacoes-revista-pulmao-rj/revista-pulmao-rj-2020-volume-29-no-1/>. Acesso em: 1º maio 2022.

GUEDES, B. L. C. S. *et al.* Aspectos gerais da COVID-19 na saúde de gestantes e recém-nascidos: Uma breve revisão. **Sociedade de Pesquisa e Desenvolvimento**, v. 9, n. 7, p. 1-16, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342592781_Aspectos_gerais_da_COVID-19_na_saude_de_gestantes_e_recem-nascidos_Uma_breve_revisao. Acesso em: 11 fev. 2021.

HALCOMB, E.; SALAMONSON, Y. Clinical leadership and pre-registration nursing programs. **Journal of Nursing Management**, v. 19, n. 4, p. 449-455, 2011.

HESSELINK, G. *et al.* Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 157, n. 6, p. 417-428, 2012.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 20, sup. 2, p. 2-9, 2005.

JACOB, M. S. O planejamento das organizações de saúde no contexto da pandemia da COVID-19 e o papel do enfermeiro gerente. *In*: V JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E VI SEMINÁRIO CIENTÍFICO DO UNIFAGCIG, 2020. **Anais [...]**. 2020

KHALIL, O. A. K.; KHALIL, S. S. SARS-CoV-2: taxonomia, origem e constituição. **Revista de Medicina**, [S. l.], v. 99, n. 5, p. 473-479, 2020. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v99i5p473-479. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/169595>. Acesso em: 13 fev. 2021.

KHANDIA, R. *et al.* Emergence of SARS-CoV-2 omicron (B.1.1.529) variant, salient features, high global health concerns and strategies to counter it amid ongoing COVID-19 pandemic. **Environmental Research**, Elsevier, n. 209, 2022.

LIMA, B. S. *et al.* Nursing care in the face of the COVID-19 pandemic at the hospital level. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 6, 2021.

LIMA, L. N. G. C.; SOUSA, M. S.; LIMA, K. V. B. As descobertas genômicas do SARS-CoV-2 e suas implicações na pandemia de COVID-19. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341389454_As_descobertas_genomicas_do_SARS-CoV-2_e_suas_implicacoes_na_pandemia_de_COVID-19. Acesso em: 13 fev. 2021.

LIMA, S. G. S. *et al.* **O papel do enfermeiro de atenção primária em saúde na vigilância epidemiológica: reflexões para pandemia de COVID-19.** Vol. 1. 1. ed. [S. l.]: Científica, 2021.

LOPEZ-LEON, S. *et al.* More Than 50 Long-Term Effects of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Sci. Rep.**, v. 11, n. 1, p. 16144, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33532785/>. Acesso em: 17 mar. 2022.

MARCOLINO, M. S. *et al.* Clinical characteristics and outcomes of patients hospitalized with COVID-19 in Brazil: results from the Brazilian COVID-19 registry. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 107, p. 300-310. Disponível em: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(21\)00030-8/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(21)00030-8/fulltext). Acesso em: 13 fev. 2021.

MARTINS, M. M. *et al.* Discharge management to ensure continuity of care: experience of Portuguese liaison nurses. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2018.

MEDEIROS, E. A. S. Desafios na luta contra a pandêmica COVID-19 em hospitais universitários. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 38, p. e2020086, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020086>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822020000100101&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2021.

MELNYK, B. M., HOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.** 4 ed. Philadelphia: Wolters KluwerHealth, 2019. 1157 p.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível.** 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>. Acesso em: 24 maio 2022.

MICHELON, C. M. Principais variantes do SARS-CoV-2 notificadas no Brasil. **RBAC**, v. 53, n. 2, p. 109-116, 2021.

MUNIZ, E. S. A interiorização da covid-19 na Amazônia: reflexões sobre o passado e o presente na saúde pública. **Hist. Cienc. Saúde Biomanguinhos**, v. 28, n. 3, p. 875-878, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/jpzkMm7DMGXKBXgVgdNNCHc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 maio 2022.

NAYLOR, M. *et al.* Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly: A randomized clinical trial. **Annals of Internal Medicine**, v. 157, n. 12, p. 823-834, 2012.

NOGUEIRA, J. V. D.; SILVA, C. M. Conhecendo a origem do SARS-COV-2 (COVID 19). **Revista Saúde e Meio Ambiente (RESMA)**, Três Lagoas, v. 11, n. 2, p. 115-124, ago./dez. 2020. Disponível em: <https://desafioonline.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/10321>. Acesso em: 13 fev. 2021.

OCEBM LEVELS OF EVIDENCE WORKING GROUP. **The Oxford 2011 Levels of Evidence**. Disponível em: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebm-levels-ofevidence>. Acesso em: 10 mar. 2023.

OLIVEIRA, R. I. R. L. **Rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI): um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento nomeadamente em Cuidados de Reabilitação**. 2018. Dissertação (Mestrando em Gestão de Recursos de Saúde) – Instituto Politécnico de Tomar, Escola Superior de Gestão de Tomar, Tomar, 2018. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28548/1/conj%20doc%20diss%20RO_9_11_2018%20%28Guardado%20automaticamente%29.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, p. e2020044, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222020000200200&script=sci_arttext. Acesso em: 13 fev. 2021.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Explosão da mortalidade do epicentro amazônico da epidemia de covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/brLpqWBrHQNZMxsSkhtG96D/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 abr. 2022.

PARÁ (estado). Secretaria Estadual de Saúde do Pará. **Coronavírus no Pará**. Disponível em: <https://www.covid-19.pa.gov.br/#/>. Acesso em: 13 out. 2023.

POLIT, D. F.; BECK, C. H. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMALHO, E. E. *et al.* **Dissemination of COVID-19 in cities and riverine communities in Central Amazonia**. 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.406. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/406>. Acesso em: 13 fev. 2021.

RIBEIRO, K. D. O caos sanitário da crise por COVID-19 no Brasil e o direito à saúde na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, p. 116-133, dez. 2021. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/852>. Acesso em: 17 jan. 2022.

ROCHA, J. E. C. *et al.* Redes neurais artificiais na previsão de contágio e óbitos por COVID-19: um estudo no estado do Pará, Brasil. **Revista Internacional de Pesquisa e Desenvolvimento**, v. 10, n. 4, 2020.

RODRIGUES, J. C.; RODRIGUES, J. C. Condições de desigualdades e vulnerabilidades socioespaciais em cidades da Amazônia Paraense: elementos promovedores da expansão e dispersão da COVID-19. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, ed. esp. COVID-19, p. 132-142, 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54603/29151>. Acesso em: 23 mar. 2022.

RONDELLI, G. P. H. *et al.* Assistência às Gestantes e Recém-nascidos no Contexto da Infecção COVID-19: uma revisão sistemática. **Revista Desafios**, v. 7, n. sup. COVID-19, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.20873/uftsuple2020-8943>. Acesso em: 4 fev. 2021.

SÁ, C. R. Saúde indígena em época de pandemia. **Conbradec**, Curitiba, v. 1, n. 38, p. 206-224, 2021.

SANGOI, K. C. M. *et al.* Estratégias para reorganização da assistência de enfermagem à saúde materna frente à pandemia da COVID-19. **Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas**, v. 4, n. 2, p. 113-125, 2020.

SANTOS, D.; SALOMÃO, R.; VERÍSSIMO, A. **Fatos da Amazônia 2021**. 2021. Disponível em: <https://amazonia2030.org.br/fatos-da-amazonia-2021/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G; FERRAZ, L. Prática baseada em evidências e a análise sociocultural na atenção primária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/kq66hywGnfmM4JtrftJM4ys/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2023.

SGORLON-OLIVEIRA, G. *et al.* **The SARS-CoV-2 omicron variant of concern and its rapid spread throughout the western Brazilian amazon**. 2022. Disponível em: <https://www.preprints.org/manuscript/202204.0266/v1>. Acesso em: 24 maio 2022.

SILVA, G. W. *et al.* Teoria fundamentada nos dados em teses e dissertações da enfermagem brasileira. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 4, 2018.

SILVA, T. C. L. *et al.* O impacto da pandemia no papel da enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. **Enfermería Global**, n. 63, 2021.

SILVA, W. N. T. *et al.* Síndrome respiratória aguda grave em indígenas no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma análise sob a perspectiva da vigilância epidemiológica. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 9, n. 1, p. 2-11, 2021.

SOUSA, Y. S. O. *et al.* O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. **Pesqui. Prát. Psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 2, p. 1-19, ago. 2020. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200015&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 13 fev. 2021.

SOUZA, V. R. *et al.* Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. **Acta Paul Enferm.**, v. 34, p. eAPE02631, 2021.

SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados de pesquisas qualitativas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, n. 52, p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2021.

TAUFFER, J. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem quanto ao controle de infecção em um hospital de ensino. **Rev. Adm. Saúde**, n. 77, v. 19, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 21 maio 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus**. 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1. Acesso em: 10 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic**. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjwyY6pBhA9EiwAMzmfwbEZQln1DE-8vkz2aPEE9OhSbs3e2IMzHF7jNzcg4acc_9ztgWxc6BoC59AQAxD_BwE.A](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjwyY6pBhA9EiwAMzmfwbEZQln1DE-8vkz2aPEE9OhSbs3e2IMzHF7jNzcg4acc_9ztgWxc6BoC59AQAxD_BwE.A). 2023. Acesso em: 10 out. 2023.

XAVIER, A. R. *et al.* COVID-19: manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 56, p. 1-9, 2020. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/jbpml.org.br/pdf/pt_v56a0049.pdf. Acesso em: 13 fev. 2021.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Pará (UFPA)
Instituto de Ciências da Saúde (ICS)
Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a): _____

Eu, Alacoque Lorenzini Erdmann, coordenadora do projeto “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com covid-19 em hospitais universitários brasileiros, convido-o a participar como voluntário deste estudo. O objetivo geral do estudo é avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com covid-19 em hospitais universitários brasileiros. Para sua realização você irá preencher questionários online relacionados à temática da pesquisa.

Os benefícios esperados estão relacionados a melhorias na manutenção da saúde e segurança de médicos e profissionais da enfermagem, já que serão identificadas dificuldades e estratégias para utilização das medidas de segurança durante a pandemia de covid-19. Os riscos oferecidos pela pesquisa são mínimos, visto que os procedimentos de coleta de dados não irão gerar conflitos ou exposição social dos participantes. Contudo, caso você em algum momento se sentir cansado ou não apresentar condições físicas ou mentais para prosseguir, você poderá suspender momentaneamente/definitivamente ou pelo tempo que você achar necessário, podendo terminar de preencher o questionário online em um outro horário a ser definido. Se você achar que não está em condições de continuar inserido no estudo, será retirado/excluído do estudo sem qualquer tipo de prejuízo. Ressalta-se que devido à coleta de dados ocorrer de forma totalmente online, ou seja, sem nenhum tipo de contato físico entre pesquisador e participantes, não serão necessárias medidas de segurança para contaminação pelo coronavírus; ainda, haverá necessidade da gravação da entrevista remota afim dos registros necessários para o estudo. Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir demais esclarecimentos. Para isso entre em contato com algum dos

pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Em caso de algum desconforto psicológico relacionado à pesquisa, você poderá ser encaminhado para acompanhamento gratuito junto ao serviço de psicologia da instituição. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas apenas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis do estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. Caso necessário, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400. Ciente e de acordo com o que foi exposto, declaro ter a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas e estou suficientemente informado. Fica claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expressei minha concordância em participar desta pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____ declaro que li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi as informações que me foram explicadas sobre a pesquisa. Conversei com os pesquisadores do projeto sobre minha decisão em participar, ficando claros para mim, quais são os objetivos da pesquisa, a forma como vou participar, os riscos e benefícios e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também, que a minha participação não tem despesas e nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos à minha pessoa e/ou profissional. Concordo voluntariamente participar desse estudo assinando este

documento em todas as páginas junto com o pesquisador. Estou ciente que uma cópia ficará comigo e a outra com o pesquisador.

Local: _____ Data ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável:

CONTATO DOS PESQUISADORES

Orientadora da Pesquisa
Andressa Tavares Parente

Mestranda
Larissa Aline Costa Coelho

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Pará (CEP-CCS/UFPA)

Complexo de Sala de Aula/CCS – Sala 14 – Campus Universitário, no. 1, Guamá, CEP:
66.075-110 – Belém, Pará.

Tel./Fax: 3201-8028, E-mail: cepccs@ufpa.br

Obs.: Este Termo está descrito em duas laudas que serão rubricadas pelo pesquisador e participante.

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DE VOZ



Universidade Federal do Pará (UFPA)
Instituto de Ciências da Saúde (ICS)
Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu,

autorizo a utilização de meus sons de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “**Continuidade dos cuidados por enfermeiros a pacientes covid-19 após alta hospitalar na Amazônia paraense**”, sob responsabilidade de Larissa Aline Costa Coelho, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Autorizo meus sons de voz a serem reproduzidos, publicados ou exibidos apenas pelos materiais produzidos pela referida pesquisa científica, após aprovação no Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha identidade, imagem, nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto aos dados codificados nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de voz são de responsabilidade das pesquisadoras responsáveis pela referida pesquisa e, após o período de 5 anos a contar a partir da data de publicação da pesquisa, os mesmos serão inutilizados.

Serei livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, dos meus sons de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pelo estudo e a outra com o participante.

_____, ____ de _____ de 2022.

Assinatura do Participante

Nome do Pesquisador Responsável: Larissa Aline Costa Coelho
Função/ Formação: Enfermeira

ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA



Universidade Federal do Pará (UFPA)
 Instituto de Ciências da Saúde (ICS)
 Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF)

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Questionário de caracterização:

Data: _____ / Código Alfanumérico: _____

1. **Idade:** _____ . 2. **Sexo** (F) (M) (Outros).
2. **Nível de formação:** Graduação () Especialização ()
 Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado Outros ()
3. **Unidade de Trabalho:** _____.
4. **Tempo que trabalho no setor em anos e meses:** _____.
5. **Tempo de trabalho com pacientes com covid-19 (em anos e meses):**
 _____.
3. **Período de trabalho:** () matutino () vespertino () noturno
4. **Vínculo de Trabalho:** () RJU () EBSEH
5. **Carga horária de trabalho semanal:** () 20h () 30h () 36 h () 40h

Entrevista semiestruturada:

- 1) Fale-me sobre o cuidado prestado pelo Enfermeiro ao paciente com covid-19, na admissão hospitalar.
- 2) Conte-me sobre os cuidados prestados durante a internação.
- 3) Fale-me dos cuidados para a preparação da alta hospitalar.

Perguntas complementares: Há protocolo sobre o plano de alta? Quando é iniciado o plano de alta? Quem realiza o plano de alta?

- 4) Na alta hospitalar, quais são as orientações fornecidas ao paciente, família ou cuidadores?

Perguntas complementares: Quem é o responsável por essa comunicação com o paciente ou com a família? Existe algum treinamento para a família ou cuidadores?

- 5) Na alta hospitalar, como é realizado o contato com a Atenção Primária à Saúde?

Perguntas complementares: Quem realiza este contato? Como ocorre (telefone, e-mail...)?

- 6) Tem mais alguma coisa que eu não te perguntei que os Enfermeiros realizam em relação a alta hospitalar?

ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Universidade Federal do Pará (UFPA)
Instituto de Ciências da Saúde (ICS)
Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF)

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

TÍTULO DO PROJETO: “Continuidade dos cuidados por enfermeiros a pacientes covid-19 após alta hospitalar na Amazônia paraense.”

ORIENTADORA: Andressa Tavares Parente

PESQUISADORA: Larissa Aline Costa Coelho

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem os seguintes compromissos:

- 1- Preservar a privacidade e a integridade física dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- 2- Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;
- 3- Respeitar todas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução deste projeto.

Belém, _____ de _____ de 2022.

Orientadora da Pesquisa
Andressa Tavares Parente

Larissa Aline Costa Coelho
Discente Mestranda

ANEXO E – TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR



Universidade Federal do Pará (UFPA)
Instituto de Ciências da Saúde (ICS)
Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF)

TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, Professora **Andressa Tavares Parente**, docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), aceito orientar o trabalho intitulado “**CONTINUIDADE DOS CUIDADOS POR ENFERMEIROS A PACIENTES COVID-19 APÓS ALTA HOSPITALAR NA AMAZÔNIA PARAENSE**” de autoria da discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, modalidade Mestrado Acadêmico: **Larissa Aline Costa Coelho**. Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da qualificação e defesa do trabalho. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto submetido.

Belém, PA, _____ de _____ de 2022.

ORIENTADORA:

ANDRESSA TAVARES PARENTE

ANEXO F – DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO



Universidade Federal do Pará (UFPA)
Instituto de Ciências da Saúde (ICS)
Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF)

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO

Declaro para os devidos fins que a realização da pesquisa intitulada **“CONTINUIDADE DOS CUIDADOS POR ENFERMEIROS A PACIENTES COVID-19 APÓS ALTA HOSPITALAR NA AMAZÔNIA PARAENSE”**, que tem como pesquisadora responsável, Larissa Aline Costa Coelho, discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem na modalidade mestrado acadêmico da Universidade Federal do Pará (UFPA), não acarretará ônus financeiro, cujo financiamento **será totalmente próprio**.

Belém, _____ de _____ de 2022.

Larissa Aline Costa Coelho

ORIENTADORA:

ANDRESSA TAVARES PARENTE

ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros

Pesquisador: Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38912820.3.2009.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.464.829

Apresentação do Projeto:

No Brasil, os hospitais universitários são centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento a pacientes com COVID-19. Nesses cenários, destaca-se a atuação da enfermagem, pois é a categoria responsável pela maioria dos cuidados recebidos pelos pacientes durante a hospitalização, podendo influenciar diretamente na qualidade assistencial, segurança do paciente/profissional e busca pela excelência dos resultados institucionais. Assim, este estudo tem como objetivo geral avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros, sob a perspectiva dos profissionais e pacientes. Trata-se de uma proposta multicêntrica nacional, que reúne 10 instituições de ensino federais, sendo duas de cada região do Brasil: (1) Sul: Universidade Federal de Santa Catarina (proponente) e Universidade Federal de Santa Maria; (2) Sudeste: Universidade Federal de São Paulo e Universidade Federal do Rio de Janeiro; (3) Nordeste: Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Federal da Bahia; (4) Norte: Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas; e, (5) Centro-oeste: Universidade Federal do Mato Grosso e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. A metodologia será desenvolvida em três etapas, com distintas estratégias de pesquisa quantitativas e qualitativas, considerando os focos avaliados: (1) Gestão hospitalar, com análise dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 e entrevistas com gestores hospitalares; (2) Liderança, gestão do cuidado e ambiente de prática

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

Continuação do Parecer: 4.464.829

profissional, com foco na equipe de enfermagem a partir da aplicação de instrumentos para caracterização pessoal e condições laborais, Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem (APROCEF) e Practice Environment Scale (PES), além de entrevistas qualitativas; (3) Continuidade do cuidado e experiência do paciente, em que serão aplicados instrumentos aos pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar: Patient Measure of Safety (PMOS), Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form (RHDS) e Care Transitions Measure- CTM-15. Também serão entrevistados os enfermeiros para descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar. Em cada etapa, serão utilizadas técnicas específicas de coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos, conforme o foco estudado. A partir da pesquisa, pretende-se contribuir com a produção de novos conhecimentos para melhoria do cuidado em saúde/enfermagem no SUS no combate a COVID-19. Além disso, busca-se ampliar a massa crítica em termos de profissionais da saúde, estudantes e pesquisadores acerca da qualidade do cuidado para lidar com pandemias e de possíveis estratégias para o desenvolvimento de padrões/boas práticas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros.

Objetivo Secundário: - Caracterizar os Hospitais Universitários brasileiros no atendimento de pacientes com COVID-19;- Avaliar os planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros;- Analisar o processo de elaboração/implementação/avaliação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros;- Caracterizar o perfil e as condições laborais dos profissionais de enfermagem no atendimento a pacientes com COVID-19;- Avaliar a experiência de enfermeiros na gestão do cuidado e liderança à pacientes com COVID em hospitais universitários;- Avaliar o ambiente de prática profissional da equipe de enfermagem;- Desvelar a experiência do paciente com o cuidado de enfermagem na internação hospitalar;- Analisar fatores relacionados à segurança do paciente sob sua perspectiva; - Descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar; e,- Desenvolver estratégias para translação/tradução do conhecimento e das evidências produzidas aos participantes do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não são previstos riscos de natureza física aos participantes do estudo. Porém, há a

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 4.464.829

possibilidade de mobilização emocional relacionada à reflexão sobre prática profissional e/ou o enfrentamento da doença. Os pesquisadores, compreendendo esse potencial risco, irão interromper a coleta de dados, estarão dispostos a ouvir os participantes e retornar a coleta de dados em outro momento, se o participante assim desejar.

Benefícios: Com relação aos benefícios do estudo, esta pesquisa poderá contribuir com o desenvolvimento de novos conhecimentos para melhoria do cuidado em saúde e enfermagem no enfrentamento da COVID-19. Além disso, o mapeamento da prática de cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários, poderá dar visibilidade aos desafios e às boas práticas de cuidado que têm sido desenvolvidas. Pretende-se também fornecer subsídios para gestores e profissionais a partir do diagnóstico situacional do cuidado de enfermagem nos hospitais universitários brasileiros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS. Trata-se de um Projeto Original do Centro Participante, cuja o projeto do centro coordenador de CAAE nº 38912820.3.1001.0121, teve sua aprovação no parecer nº 4.347.463 na UFSC.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

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_1650464.pdf	03/12/2020 20:26:44		Aceito
Outros	termo_de_consentimento_da_instituicao.pdf	03/12/2020 20:26:16	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	27/11/2020 10:29:08	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	termo_de_aceite_do_orientador.pdf	27/11/2020 10:28:20	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	declaracao_de_insencao_de_onus_fin	27/11/2020	Carlos Leonardo	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 4.464.829

Outros	anceiro_ufpa.pdf	10:27:15	Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_ao_cep.pdf	27/11/2020 10:24:07	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/11/2020 11:35:40	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_cep_4347463.pdf	20/11/2020 11:29:12	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	Declaracao_Co_Participante.pdf	20/11/2020 11:26:21	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil.pdf	20/11/2020 11:11:00	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	Termo_de_outorga.pdf	21/10/2020 17:17:54	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORES_PROFISSEIONAIS.pdf	05/10/2020 22:31:12	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSEIONAIS_PACIENTES_online.pdf	05/10/2020 22:31:05	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_CEP.pdf	05/10/2020 22:30:57	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 15 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br