

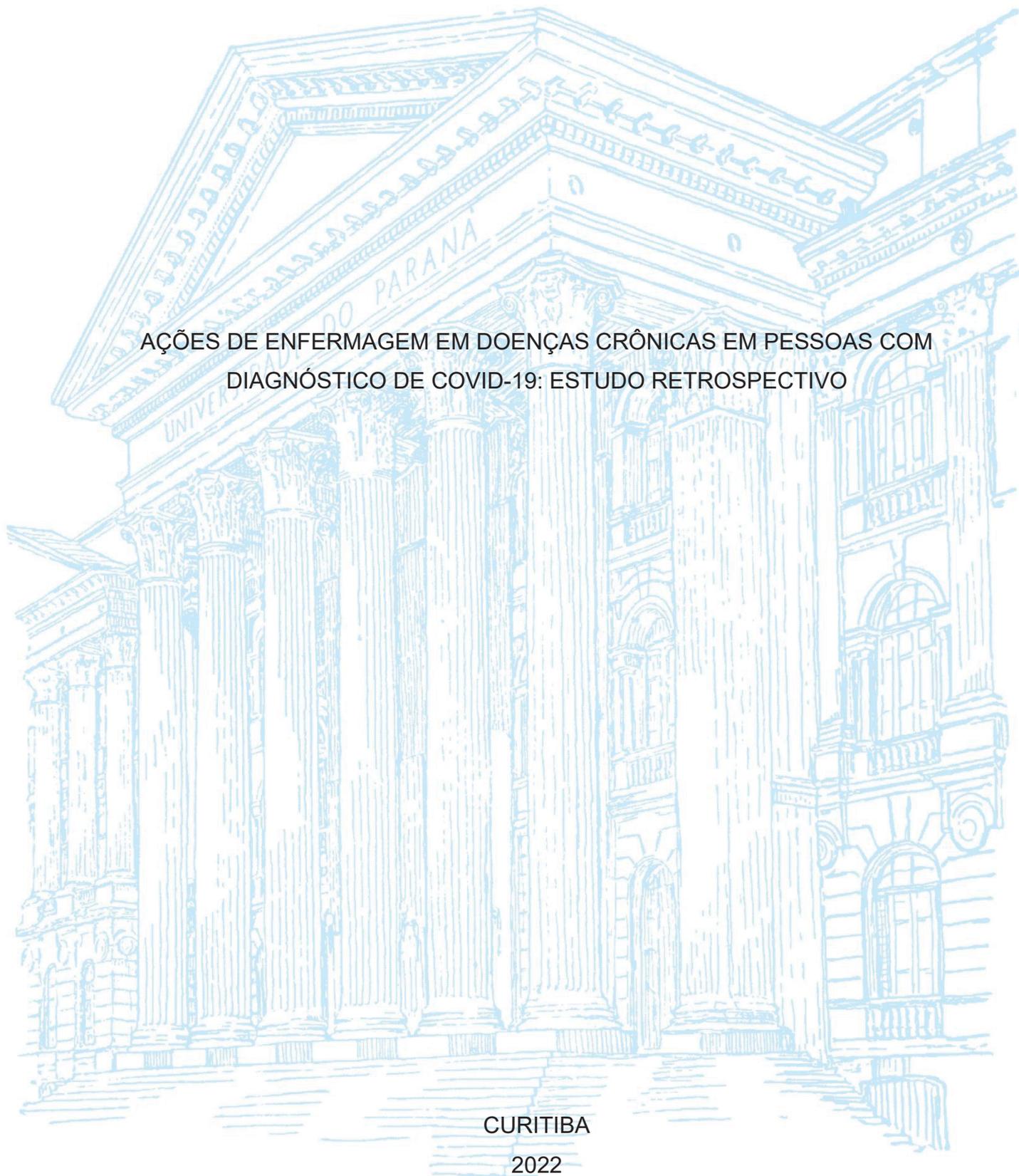
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JINA MARIONT VELASCO ARIAS

AÇÕES DE ENFERMAGEM EM DOENÇAS CRÔNICAS EM PESSOAS COM
DIAGNÓSTICO DE COVID-19: ESTUDO RETROSPECTIVO

CURITIBA

2022



JINA MARIONT VELASCO ARIAS

AÇÕES DE ENFERMAGEM EM DOENÇAS CRÔNICAS EM PESSOAS COM
DIAGNÓSTICO DE COVID-19: ESTUDO RETROSPECTIVO

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Elena Mejía Rojas

CURITIBA

2022

Velasco Arias, Jina Maríont
Ações de enfermagem para doenças respiratórias crônicas em pessoas diagnosticadas com Covid-19 [recurso eletrônico]: estudo retrospectivo / Jina Maríont Velasco Arias – Curitiba, 2021.
1 arquivo (109 p.): PDF

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Elena Mejía Rojas

1. Doenças respiratórias. 2. Coronavírus. 3. Covid-19. 4. Enfermagem.
5. Cuidados de enfermagem. I. Mantovani, Maria de Fátima. II. Mejía Rojas, Maria Elena. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.2



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **JINA MARIONT VELASCO ARIAS** intitulada: **AÇÕES DE ENFERMAGEM EM DOENÇAS CRÔNICAS EM PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE COVID-19: ESTUDO RETROSPECTIVO**, sob orientação da Profa. Dra. MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 17 de Dezembro de 2021.

Assinatura Eletrônica

20/12/2021 10:18:25.0

MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

27/12/2021 13:33:17.0

GLADYS EUGENIA CANAVAL

Avaliador Externo (UNIVERSIDAD DEL VALLE)

Assinatura Eletrônica

20/12/2021 09:33:09.0

LUCIANA PUCHALSKI KALINKE

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 136972

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 136972

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, irmãos, parentes, namorado e amigos, por me incentivarem e me darem suporte para continuar com minha formação acadêmica, além do carinho durante todo esse período.

À minha orientadora Dra. Maria de Fátima Mantovani por seus conselhos e paciência durante esses dois anos.

À minha coorientadora Dra. Maria Elena Mejía Rojas, obrigada por aceitar o desafio conosco.

À Dra. Vanesa Comasseto Bertoglio Antunes de Oliveira por suas valiosas contribuições e apoio.

A todos os membros e professores do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA), pelo aprendizado que compartilharam e contribuições que realizaram para este trabalho.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF-UFPR) por todo o ensino e tempo dispendido para a minha formação.

À banca examinadora pelas contribuições.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

À Sra. Maria Ilone Weishemer por me receber em sua casa e me fazer sentir parte de sua família.

A todos que de alguma maneira contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão deste trabalho, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Introdução: As doenças respiratórias crônicas representam uma grande carga de invalidez e morte em todo o mundo. Esses problemas foram agravados pela pandemia COVID-19, aumentando a demanda por cuidados de enfermagem. **Objetivo:** Analisar as ações de enfermagem a pacientes com doenças respiratórias crônicas, associadas à infecção por COVID-19. **Método:** Estudo observacional, descritivo e retrospectivo com percurso longitudinal, realizado em um hospital de referência para COVID-19 em um município da região sul do Brasil. A fonte de dados foram 42 prontuários eletrônicos de pacientes com doenças respiratórias crônicas e infecção por COVID-19, internados entre março de 2020 e fevereiro de 2021. A coleta de dados foi feita por meio de um formulário com questões referentes à situação sociodemográfica e clínica dos pacientes, e as ações de enfermagem, feitas de acordo com as taxonomias Diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC). As variáveis foram agrupadas, categorizadas e analisadas descritivamente de acordo com sua distribuição. **Resultados:** Em relação ao perfil sociodemográfico, a proporção entre homens e mulheres foi equitativa com razão de 1:1, a idade média dos pacientes foi de 56,5 anos, 57,1% deles entre 40 e 69 anos e 85,7% residindo em zona urbana. Em relação ao quadro clínico, a doença crônica prevalente foi a asma (61,9%), seguida da hipertensão arterial (59,5%). Apesar de menos da metade dos pacientes necessitarem de internação em Unidade de Terapia Intensiva (40,4%), observou-se alta mortalidade (58,8%) entre eles, predominantemente em mulheres (60%) com idade superior a 60 anos. A hipertensão foi encontrada em 100% dos falecidos, assim como outras doenças cardiovasculares (70%), asma, DPOC e diabetes foram encontrados na mesma proporção (50%). Em relação às ações de enfermagem, 16 diagnósticos segundo a taxonomia NANDA-I e 48 intervenções segundo a taxonomia NIC foram descritos pelos profissionais de enfermagem nos registros, a maioria deles voltada à identificação, controle e redução de problemas respiratórios e/ou derivados da infecção, bem como à prevenção de possíveis riscos. Nenhuma descrição dos resultados foi encontrada de acordo com a taxonomia NOC. **Conclusões:** Constatou-se que as ações de enfermagem para o cuidado às pessoas com doenças respiratórias acometidas pelo COVID-19 estão voltadas para o tratamento e controle dos sintomas respiratórios e do processo infeccioso. Em relação às intervenções de enfermagem, a maioria foi direcionada à dimensão fisiológica. Os resultados deste estudo evidenciam a importância da prática de enfermagem no contexto da pandemia COVID-19 no cuidado às pessoas com doenças respiratórias crônicas, oferecendo uma visão da variedade de atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante o processo assistencial.

Palavras-chave: doenças respiratórias crônicas; coronavírus; COVID-19; enfermagem; taxonomias de enfermagem; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Chronic respiratory diseases represent a high burden of disability and death worldwide. These problems were exacerbated by the COVID-19 pandemic, increasing the demand for nursing care. **Objective:** To analyze the nursing actions for patients with chronic respiratory diseases associated with COVID-19 infection. **Method:** Observational, descriptive and retrospective study with a longitudinal course, developed in a reference hospital for COVID-19 in a city in southern Brazil. The data source was 42 electronic medical records of patients with chronic respiratory diseases and COVID-19 infection, hospitalized between March 2020 to February 2021. Data collection was carried out using a form that consists of information on the sociodemographic and clinical profile of the patients, and the main nursing actions carried out according to the North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), the Nursing Outcomes Classification (NOC) and the Nursing Intervention Classification (NIC) taxonomies. The variables were grouped and categorized into sociodemographic, clinical, and those related to nursing actions to later be analyzed descriptively according to their distribution. **Results:** In relation to the sociodemographic profile, the proportion between men and women was equitable with a ratio of 1:1, the average age of the patients was 56.5 years with 57.1% of these between 40 and 69 years and 85, 7% residing in the urban area. Regarding the clinical profile, the most prevalent chronic disease was Asthma (61.9%), followed by Hypertension (59.5%). Although less than half of the patients required hospitalization in the Intensive Care Unit (40.4%), a high mortality rate (58.8%) among them was observed, predominantly in women (60.0%) older than 60 years. Hypertension was found in 100% of the deceased, as well as other cardiovascular diseases (70.0%), asthma, COPD and diabetes were found in the same proportion (50.0%). Regarding nursing actions, 16 diagnoses according to the NANDA-I taxonomy and 48 interventions according to the NIC taxonomy were described by the nursing professionals in the registries, most of them aimed at the identification, control and reduction of respiratory problems and / or those derived from infection, as well as the prevention of possible risks. No description of results was found according to the NOC taxonomy. **Conclusions:** It was found that nursing actions for the care of people with respiratory diseases affected by COVID-19 are mainly focused on the treatment and control of respiratory symptoms and the infectious process. Regarding nursing interventions, most were directed to the physiological dimension. The results of this study highlight the importance of nursing practice in the context of the COVID-19 pandemic, especially in the care of people with chronic respiratory diseases, offering a vision of the great variety of activities developed by the nursing professionals during the caring process.

Keywords: chronic respiratory diseases; coronavirus; COVID-19; nursing; nursing taxonomies; nursing care.

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades respiratorias crónicas representan una alta carga de discapacidad y muerte a nivel mundial. Estos problemas fueron agravados por la pandemia de COVID-19, aumentando la demanda de cuidados de enfermería. **Objetivo:** Analizar las acciones de enfermería para pacientes con enfermedades respiratorias crónicas asociadas a la infección por COVID-19. **Método:** se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de curso longitudinal, realizado en un hospital de referencia para COVID-19 en un municipio de la región sur de Brasil. La fuente de datos fueron 42 historias clínicas electrónicas de pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas e infección por COVID-19, hospitalizados entre el periodo de marzo de 2020 a febrero de 2021. La recolección de los datos se realizó por medio de un formulario que consta de informaciones sobre el perfil sociodemográfico, clínico de los pacientes y las principales acciones de enfermería realizadas según las taxonomías Diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) e Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC). Las variables fueron agrupadas y categorizadas en sociodemográficas, clínicas y las relacionadas con las acciones de enfermería para posteriormente ser analizadas de forma descriptiva según su distribución. **Resultados:** En relación al perfil sociodemográfico, la proporción entre hombres y mujeres fue equitativa con una razón de 1:1, la edad promedio de los pacientes fue de 56,5 años con 57,1% de estos entre los 40 y 69 años, y 85,7% residiendo en el área urbana. Al respecto del perfil clínico, la enfermedad crónica más prevalente fue el Asma (61,9%), seguida por la Hipertensión arterial (59,5%), Aunque menos de la mitad de los pacientes requirió de internación en la Unidad de Terapia Intensiva (40,4%), una alta mortalidad (58,8%) fue observada entre estos, predominantemente en mujeres (60,0%) con edad mayor a 60 años. Se encontró hipertensión en el 100% de los fallecidos, así como otras enfermedades cardiovasculares (70,0%), el asma, la EPOC y la diabetes se encontraron en igual proporción (50,0%). En cuanto a las acciones de enfermería, 16 diagnósticos según la taxonomía NANDA-I y 48 intervenciones según la taxonomía NIC fueron descritas por los profesionales de enfermería en los registros, siendo la mayoría orientadas a la identificación, control y disminución de problemas respiratorios y/o derivados de la infección, así como la prevención de posibles riesgos. No se encontró descripción de resultados de acuerdo a la taxonomía NOC. **Conclusiones:** Se encontró que las acciones de enfermería para el cuidado de personas con enfermedades respiratorias afectadas por COVID-19 se enfocan principalmente en el tratamiento y control de los síntomas respiratorios y el proceso infeccioso. En cuanto a las intervenciones de enfermería, la mayoría se dirigieron a la dimensión fisiológica. Los resultados de este estudio destacan la importancia de la práctica de enfermería en el contexto de la pandemia por COVID-19, en especial en la atención a personas con enfermedades respiratorias crónicas, ofreciendo una visión de la gran variedad de actividades desarrolladas por los profesionales de enfermería durante el proceso de cuidar.

Palabras clave: enfermedades respiratorias crónicas; coronavirus; COVID-19; enfermería; taxonomías de enfermería; cuidados de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PRONTUÁRIOS.....	49
FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DO ESQUEMA METODOLÓGICO FEITO PARA A COLETA DE DADOS.....	52

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - ESTRATÉGIAS DE BUSCA.....	24
QUADRO 2 - EXEMPLOS DE DOMÍNIOS E CLASSES DA TAXONOMIA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-INTERNATIONAL: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO, 2018-2020	35
QUADRO 3 - TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ACORDO COM A TAXONOMIA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-INTERNATIONAL: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO, 2018-2020	36
QUADRO 4 - COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM A TAXONOMIA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-INTERNATIONAL: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO, 2018-2020	37
QUADRO 5 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ E VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA, DE ACORDO COM A TAXONOMIA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-INTERNATIONAL: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO, 2018-2020	38
QUADRO 6 - EXEMPLO DE RESULTADO: ESTADO RESPIRATÓRIO- VENTILAÇÃO DE ACORDO COM TAXONOMIA NOC	40
QUADRO 7 - EXEMPLO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM A TAXONOMIA NIC	42
QUADRO 8 - EXEMPLO DE LIGAÇÕES ENTRE AS TAXONOMIAS NANDA-I, NIC E NOC	43
QUADRO 9 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	55
QUADRO 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMÍNIOS, CLASSES E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NOS PRONTUÁRIOS DE ACORDO COM A TAXONOMIA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NANDA- INTERNATIONAL: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO, 2018-2020, CURITIBA, 2021	67
QUADRO 11 - DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NOS PRONTUÁRIOS DE ACORDO COM A TAXONOMIA NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION NIC	69

QUADRO 12 - RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS ÀS INTERVENÇÕES E DIAGNÓSTICOS NOS PRONTUÁRIOS, DE ACORDO COM A TAXONOMIA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION NOC.....	71
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	LISTA DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS, SEGUNDO CID 10	27
TABELA 2 -	ESTIMATIVAS DA PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA E MORTES NO BRASIL DE ALGUMAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS PARA O ANO 2017	28
TABELA 3 -	CASOS E ÓBITOS DE COVID-19 POR REGIÃO MUNDIAL ATÉ 26 DE DEZEMBRO DE 2021	29
TABELA 4 -	CASOS E ÓBITOS NOVOS DE COVID-19 NAS REGIÕES DO BRASIL ATE 4 DE DEZEMBRO DE 2021	30
TABELA 5 -	DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, CURITIBA, 2021	58
TABELA 6 -	DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO SEXO, RAÇA, ESTADO CIVIL, LOCAL DE RESIDÊNCIA, CURITIBA, 2021	59
TABELA 7 -	DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO A DOENÇA CRÔNICA RESPIRATÓRIA, CURITIBA, 2021	60
TABELA 8 -	DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO FATORES DE RISCO, CURITIBA, 2021	60
TABELA 9 -	DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO COMORBIDADES CRÔNICAS NÃO RESPIRATÓRIAS, CURITIBA, 2021	61
TABELA 10 -	DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO INTERNAÇÃO HOSPITALAR E TIPO DE DESFECHO, CURITIBA, 2021	62
TABELA 11 -	DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO A INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI, CURITIBA, 2021	62
TABELA 12 -	DISTRIBUIÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO A INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI, CURITIBA, 2021	63
TABELA 13 -	DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES DE RISCO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI, CURITIBA, 2021	64
TABELA 14 -	DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO A MORTALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI, CURITIBA, 2021	65

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO A MORTALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI, CURITIBA, 2021	65
TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES DE RISCO SEGUNDO MORTALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI, CURITIBA, 2021	66

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACT accelerator	- Acelerador de Acesso a Ferramentas contra COVID-19
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CDC	- <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CID-10	- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
COVID-19	- Doença do Coronavírus 2019
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DECS	- Descritores em Ciências da Saúde
DPOC	- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EMBASE	- <i>Excerpta Medica Database</i>
EMTREE	- <i>Embase Subject Headings</i>
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LPE	- Linguagens Padronizadas de Enfermagem
MEDLINE	- <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MERS	- <i>Middle East Respiratory Syndrome</i>
MESH	- <i>Medical Subject Headings</i>
NANDA	- <i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NANDA-I	- <i>NANDA International</i>
NIC	- <i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	- <i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	- Organização Mundial da Saúde
RT-PCR	- Reação em Cadeia da Polimerase Reversa em Tempo Real
SARS-CoV-2	- Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SCIELO	- <i>Scientific Electronic Library Online</i>
UTI	- Unidade de Terapia Intensivo

LISTA DE SÍMBOLOS

® - marca registrada

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	17
1	INTRODUÇÃO	18
1.1	OBJETIVOS	22
1.1.1	Objetivo geral	22
1.1.2	Objetivos específicos.....	22
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1	DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS E A COVID-19.....	27
2.2	TAXONOMIAS PARA O CUIDAR EM ENFERMAGEM NAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS.....	33
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	45
3.1	DELINEAMENTO E TIPO DE PESQUISA	45
3.2	PERÍODO E LOCAL DA PESQUISA.....	45
3.3	FONTE DE DADOS.....	47
3.3.1	Critérios de inclusão	47
3.3.2	Critérios de exclusão	47
3.4	INSTRUMENTO DE PESQUISA	47
3.5	COLETA DE DADOS.....	50
3.6	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	53
3.6.1	Variáveis sociodemográficas:	53
3.6.2	Variáveis clínicas:	53
3.6.3	Variáveis relacionadas aos cuidados de enfermagem.....	54
3.7	ANÁLISE DOS DADOS	57
3.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	57
4	RESULTADOS.....	58
4.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES INFECTADOS COM COVID-19 E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS	58
4.2	PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES INFECTADOS COM COVID-19 E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS	59
4.3	VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	66
4.3.1	Diagnósticos de enfermagem	66
4.3.2	Intervenções de enfermagem	67
4.3.3	Resultados de enfermagem.....	71

5	DISCUSSÃO	72
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	72
5.2	PERFIL CLÍNICO.....	73
5.3	AÇÕES RELACIONADAS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	75
5.4	LIMITAÇÕES	79
6	CONCLUSÕES	80
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO SEMIESTRUTURADO DE COLETA DE DADOS.....	91
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ETICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE PARANÁ.....	93
	ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ETICA DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	98

APRESENTAÇÃO

Para contextualizar o delineamento da temática abordada neste estudo, apresenta-se brevemente a trajetória acadêmica e profissional da pesquisadora. A minha aproximação com a pesquisa surgiu através da realização de estudos de iniciação científica sobre a temática da igualdade de gênero e do desenvolvimento da monografia "Experiências de saúde das mulheres em Cali" sob a orientação do Professora Dra. Gladys Eugenia Canaval, do grupo de Pesquisa em Promoção da Saúde (PROMESA) vinculado à Escola de Enfermagem da Universidad del Valle na cidade de Cali, Colômbia.

Posteriormente, durante minha prática profissional, tive a oportunidade de atuar na área de prevenção e cuidado de doenças crônicas em um serviço de atenção primária. Dada a elevada prevalência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica encontrada neste serviço, bem como seu impacto na saúde e qualidade de vida das pessoas, fiquei interessada em saber mais sobre esta doença. Diante disso, resolvi fazer uma proposta de projeto nesta condição para o mestrado em enfermagem da Universidade Federal do Paraná, que foi aceita pela professora Dra. Maria de Fátima Mantovani.

No entanto, a situação emergente devido ao COVID-19 deu-nos a oportunidade de desenvolver um projeto mais ambicioso, que oferece uma visão do trabalho realizado pelos profissionais de enfermagem durante o processo de cuidado às pessoas com doenças respiratórias crônicas num contexto particular, como a atual pandemia e a relação dessas ações com ferramentas da disciplina de enfermagem, como as linguagens padronizadas.

A minha inserção no mestrado e este trabalho nascem da intenção de tornar visível o trabalho árduo que nós, profissionais de enfermagem, realizamos durante a nossa prática diária, a possibilidade de contribuir para a valorização das ferramentas da nossa disciplina e fornecer evidências científicas que permitam o desenvolvimento de futuras estratégias para combater novas epidemias.

1 INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias crônicas representam alguns dos problemas mais importantes em termos de saúde pública, sendo uma importante causa de morte (ROTH et al., 2018) e incapacidade em todo o mundo (JAMES et al., 2018), além de fazer parte das doenças com impacto em termos econômicos, sociais e de qualidade de vida (KYU et al., 2018). No Brasil, essas tendências epidemiológicas são semelhantes, pois as doenças respiratórias crônicas estão entre as principais causas de morte e entre as doenças crônicas predominantes (LEAL et al., 2020).

As patologias que correspondem ao grupo de doenças respiratórias crônicas como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças pulmonares ocupacionais, rinite e bronquiectasia geralmente causam consequências negativas para as pessoas em termos econômicos, de funcionalidade e de qualidade de vida (LEAL et al., 2020).

No Brasil, as pessoas que sofrem dessas doenças respiratórias crônicas tendem a estar nos estratos socioeconômicos mais baixos e médios da sociedade (LEAL et al., 2018), de modo que essas afecções favorecem milhares de pessoas a exceder ou se aproximar cada vez mais da linha de pobreza, gerando um círculo vicioso em que a doença contribui para perpetuar a pobreza, o que, por sua vez, favorece o aparecimento de doenças na população em geral (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2006; ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE [OMS], 2014).

As doenças respiratórias crônicas foram correlacionadas com a Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19) emergente, causada pelo vírus Coronavirus 2 ou SARS-CoV 2, que surgiu no final de 2019 e gerou impacto maciço no mundo, devido ao número de infectados e de mortes, aproximadamente 278 milhões e 5.4 milhões, respectivamente (OMS, 2021a). Na região das Américas, um dos países mais afetados por esse vírus é o Brasil, que registrou até 4 de dezembro de 2021 mais de 22.138.247 de infectados e 615.570 mortes (BRASIL, 2021).

Entre as principais comorbidades, tanto para a evolução clínica da forma grave de COVID-19 quanto para a predisposição ao contágio, estão as doenças respiratórias crônicas (OMS, 2020a). Em um estudo que avaliou 140 indivíduos com COVID-19, foi demonstrada propensão para a aquisição da doença por pessoas com condições respiratórias crônicas (ZHANG et al., 2020).

Além disso, outro estudo realizado com 1.590 pacientes hospitalizados com diagnóstico de COVID-19 sugeriu que, como no caso das infecções por Síndrome Respiratória Aguda Grave ou SARS-CoV e Síndrome Respiratória do Oriente Médio ou MERS-CoV, pessoas com doenças respiratórias crônicas podem estar predispostas a resultados clínicos adversos quando apresentam coinfeção com este vírus (GUAN et al., 2020).

Por outro lado, a rápida disseminação do vírus pelo mundo vem gerando uma crise nos sistemas de saúde, que foram obrigados a lidar com amplo número de pacientes que requeriam atenção complexa e contínua, aumentando a necessidade de cuidados de enfermagem para atender ao grande volume de hospitalizados (LUCCHINI et al., 2020).

Pelo fato de até a presente data não haver medicamento específico para tratamento da infecção humana por COVID-19, medidas de suporte devem ser implementadas. Essas medidas visam tanto a melhorar o quadro clínico, não a agravá-lo, quanto a reduzir a cadeia de transmissão (BRASIL, 2020a; WÖLFEL et al., 2020).

Não obstante, apesar de a doença COVID-19 ser nova e suas características, etiologia, fisiopatologia, entre outras, terem sido recentemente descobertas ou, ainda, serem objeto de pesquisa, muitos dos diagnósticos, intervenções e resultados associados a essa doença não são únicos e têm sido utilizados com outras condições, principalmente relacionadas ao sistema respiratório, como as doenças respiratórias crônicas (ARIAS et al., 2021).

Em resposta à atual crise de saúde global, os profissionais de enfermagem ao redor do mundo têm mobilizado todas as suas capacidades, habilidades e conhecimentos para garantir o cuidado adequado aos pacientes acometidos pela COVID-19 (LUCCHINI et al., 2020; SWANSON et al., 2021). Entretanto, isso não é novo.

Historicamente, os profissionais de enfermagem têm desempenhado um papel imprescindível no cuidado às pessoas (SMITH; NG; LI, 2020), sendo a maior força de trabalho em saúde em muitos países, estando na vanguarda dos principais eventos globais de saúde (OMS, 2020b) como as diferentes pandemias ao longo da história.

Da pandemia de influenza de 1918 até as epidemias de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) de 2003 e Síndrome Respiratório do Oriente Médio

(MERS) de 2012, a enfermagem tem prestado atenção fisiológica e psicossocial contínua em nível individual e comunitário (MOORHEAD et al., 2020), estando ininterruptamente presente em cada estágio da doença.

A presença do profissional de enfermagem no cuidado de pessoas com COVID-19 ou outras doenças é percebida desde a admissão do paciente no serviço de saúde (BRASIL, 2020a), pois esse profissional trabalha em todos os momentos do atendimento, até a restauração da saúde física e mental, em colaboração com toda a equipe médica, além de contribuir com o trabalho multiprofissional de educação em saúde.

Assim, considera-se que a Enfermagem tenha papel fundamental no combate às pandemias, não apenas em razão de sua capacidade técnica, mas também por ser a maior categoria profissional de saúde e a única que está 24 horas ao lado do paciente, prestando cuidado desde a linha de frente até o desfecho do caso, seja por alta hospitalar e/ou óbito (BRASIL, 2020a).

De outra parte, a enfermagem é baseada em um sistema de teorias, e o Processo de Enfermagem (EP) é o método pelo qual esse sistema é aplicado à prática profissional, ou seja, pode ser considerado o método científico da disciplina. Neste método, podem ser reconhecidas cinco fases diferentes que compõem um todo e que também estão relacionadas direta e dinamicamente à avaliação, ao diagnóstico, ao planejamento, à execução e à avaliação de todas as ações empreendidas pelos profissionais de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2003).

Para conduzir esse processo, foram desenvolvidos sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem (LPE), que são as ferramentas que permitem orientação, qualificação e padronização nas etapas relacionadas ao diagnóstico, à intervenção e aos resultados. O uso dessas LPE favorece a tomada de decisões, o planejamento e a execução dos cuidados de enfermagem (CACHÓN PÉREZ; ÁLVAREZ-LÓPEZ; PALACIOS-CEÑA, 2012).

Nesse sentido, três taxonomias podem contribuir para a descrição do processo de intervenção de enfermagem: a taxonomia Diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association-International* (NANDA-I): definições e classificação (HERDMAN; SHIGEMI, 2018), que pode ser utilizada para diagnósticos de enfermagem; a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (MOORHEAD et al., 2016), para resultados de enfermagem; e a *Nursing Intervention Classification*

(NIC) (BUTCHER et al., 2018), para intervenções a serem implementadas com base nos resultados que se quer alcançar.

Ressalta-se que, embora existam outros exemplos de LPE, essas três taxonomias são reconhecidas mundialmente, sendo constantemente descritas, validadas e atualizadas ao longo do tempo, o que as tornou a LPE com maior crescimento em termos de publicação científica desde a década de 90. Em contrapartida, o fato de ser uma das poucas LPE implementadas com sucesso em prontuários eletrônicos, pode facilitar seu estudo e coleta de dados (TASTAN et al., 2014).

No entanto, embora haja diversos estudos que buscam destacar a utilidade dessas taxonomias, ainda parece haver pouca aderência a seu uso no cotidiano da enfermagem, visto serem percebidas, em alguns casos, como uma linguagem abstrata e complexa, distanciada da realidade da prática profissional (OLATUBI et al., 2019).

Dada a percepção da pouca utilidade das LPE e do distanciamento que existe entre a teoria e a prática profissional, é importante reconhecer quais ações de enfermagem são realizadas na prática diária e quão intimamente se relacionam com as ações descritas nas taxonomias.

Dessa forma, a atual emergência global de saúde oferece uma oportunidade, não só para identificar as principais ações conduzidas pelos profissionais de enfermagem em um determinado contexto, mas também uma possibilidade de fornecer evidências para reduzir a lacuna entre a teoria das LPE e a prática clínica.

Nesse contexto, optou-se por conduzir um trabalho de pesquisa para encontrar, avaliar, agrupar e correlacionar os indicadores de assistência de enfermagem prestados no atendimento direto a pacientes hospitalizados com doenças respiratórias crônicas, associadas à infecção por COVID-19.

Destaca-se, como relevância deste estudo, a possibilidade de identificação das ações empreendidas por profissionais de enfermagem na prática diária para o cuidado de pessoas com doenças respiratórias crônicas e coinfeção por COVID-19, bem como a relação com as ações descritas nas taxonomias NANDA-I, NOC e NIC, o que contribuiria para a valorização da LPE e sua aplicação na prática clínica como ferramenta para uma assistência de qualidade.

Pelo exposto e levando em consideração a magnitude dos problemas causados por doenças respiratórias crônicas nos níveis local, global e individual, além

da suscetibilidade dessas pessoas à disseminação ou agravamento da infecção causada pelo COVID-19, que acarreta maior demanda dos cuidados de enfermagem, a questão a ser respondida nesta pesquisa é: quais ações de enfermagem foram implementadas em pessoas com doenças respiratórias crônicas diagnosticadas com COVID-19?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as ações de enfermagem a pacientes com doenças respiratórias crônicas associadas à infecção por COVID-19.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes hospitalizados com doenças respiratórias crônicas associadas à infecção por COVID-19.
- Identificar os diagnósticos, as intervenções e os resultados esperados da assistência de enfermagem desde a admissão até a alta hospitalar ou óbito.
- Correlacionar os cuidados dispensados com as taxonomias NIC, NOC e NANDA-I.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura aborda as ações de enfermagem conduzidas em pacientes afetados concomitantemente por doenças respiratórias crônicas e COVID-19, doença causada por infecção pelo SARS CoV2 ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), pelo coronavírus tipo 2. Optou-se pelo uso da nomenclatura COVID-19 para fins de padronização da escrita nesta pesquisa, entretanto entende-se que todas são identificações internacionais e com mesmo significado.

Foram utilizadas bases de dados nacionais e internacionais como *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Excerpta Medica Database* (EMBASE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca virtual em saúde (BVS), de março a setembro de 2020, dada a atualização contínua de dados secundários à novidade do vírus, com os descritores "doenças respiratórias crônicas", "COVID-19" e "intervenções de enfermagem".

A estratégia de busca nas bases foi validada previamente nos descritores terminológicos do *Medical Subject Headings* (MeSH), *Embase Subject Headings* (Emtree) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), com seus respectivos termos em inglês. As bases de dados e os descritores utilizados são apresentados no QUADRO 1. Ademais, foi feita uma pesquisa de literatura cinzenta, com os mesmos descritores mencionados, nos mecanismos de pesquisa e repositórios de organizações multilaterais, entidades governamentais e universidades, bem como em livros, dissertações, teses, documentos normativos e relatórios governamentais sobre o tema proposto.

Os tópicos principais que compõem esta revisão são doenças respiratórias crônicas, doença COVID-19, ações de enfermagem, NANDA-I, NIC e NOC.

QUADRO 1 - ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Base de dados	Descritores
<p>MEDLINE (Ovid) Tesauro: MeSH</p>	<p>1. exp Respiratory Tract Diseases/ 2. exp Bronchitis/ 3. bronchitis*.ti,ab 4. exp Asthma/ 5. asthma*.ti,ab 6. exp Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/ 7. exp Lung Diseases, Obstructive/ 8.(COPD or COAD or COBD or AECB or AECOPD).ti,ab 9. (obstruct* adj5 (lung* or respirat* or pulmonar* or airflow* or airway* or bronch*)).ti,ab 10. exp Pulmonary Emphysema/ 11. emphysema*.ti,ab 12. exp Bronchiectasis/ 13.bronchiectasis*.ti,ab 14. exp Pneumoconiosis/ 15. (asbestosis or silicosis or pneumoconios* OR pneumokonios* or anthracosis oranthracosilicosisor berylliosis OR byssinosis OR siderosis OR aluminosis OR baritosis OR chalcosis).ti,ab 15. rhinitis/exp 16. rhinitis*.ti,ab 17.sinusitis/exp 18. sinusitis*.ti,ab 19. exp Coronavirus Infections/ 20.(coronavir* OR corona virus OR COVID* OR sars-cov* OR sarscov* OR ncov*);ti,abti,ab 21. 18 or 19 or 20 22. exp Nursing/ 23. exp Nursing Care/ 24.nurs*.ti,ab 25. 22 or 23 or 24 26. 17 and 21and 25</p>

QUADRO 1 - ESTRATÉGIAS DE BUSCA

(continua)

<p>EMBASE Tesouro: Emtree</p>	<p>1. 'respiratory tract diseases'/exp 2. 'bronchitis'/exp 3. bronchitis*:ti,ab 4. 'asthma'/exp 5. asthma*:ti,ab 6. 'chronic obstructive lung disease'/exp 7. COPD OR COAD OR COBD OR AECB OR AECOPD:ti,ab 8. (obstruct* NEAR/5 (lung* OR respirat* OR pulmonar* OR airflow* OR airway* OR bronch*)):ti,ab 9. 'lung emphysema'/exp 10. emphysema*:ti,ab 11. 'bronchiectasis'/exp 12. bronchiectasis*:ti,ab 13. 'pneumoconiosis'/exp 14. asbestosis OR silicosis OR pneumoconios* OR pneumonios* OR Ranthracosis OR anthracosilicosis OR berylliosis OR byssinosis OR siderosis OR aluminosis OR baritosis OR chalcosis:ti,ab 15. 'rhinitis'/exp 16. rhinitis*:ti,ab 17. 'sinusitis'/exp 18. sinusitis*:ti,ab 15. (chronic* NEAR/5 (lung* OR respirat* OR pulmonar*): ti,ab 16. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 17. 'coronavirus infection'/exp 18. coronavir* OR 'corona virus' OR COVID* OR sars-cov* OR sarscov* OR ncov*:ti,ab 19. #17 OR #18 20. 'nursing'/exp 21. 'nursing care'/exp 22. nurs*:ti,ab 23. #20 OR #21 OR #22 24. #16 AND #19 AND #23</p>
---------------------------------------	--

QUADRO 1 - ESTRATÉGIAS DE BUSCA

(conclusão)

BVS Tesouro: Decs	<p>((MH:(Respiratory Tract Diseases)) OR (MH:(Bronchitis)) OR (TW:(bronchitis\$)) OR (MH:(Asthma)) OR (TW:(asthma\$)) OR (MH:(Pulmonary Disease, Chronic Obstructive)) OR (TW:(COPD)) OR (MH:(Emphysema)) OR (TW:(emphysema\$)) OR (MH:(Bronchiectasis)) OR (MH:(Pneumoconiosis)) OR (TW:(pneumoconios\$)) OR (MH:(Rhinitis)) OR (TW:(Rhinitis\$)) OR (MH:(Sinusitis)) OR (TW:(chronic respirator\$)) AND ((MH:(Coronavirus)) OR (MH:(Coronavirus Infections)) OR (TW:(corona virus)) OR (TW:(COVID\$)) OR (TW:(sars-cov\$)) OR (TW:(sarscov\$)) OR (TW:(ncov\$))) AND (MH:(Nursing)) OR (MH:(Nursing Care)) OR (TW:(nurs\$))</p>
SciELO	<p>((chronic respiratory disease) OR (bronchitis) OR (asthma) OR (chronic obstructive lung disease) OR COPD OR (emphysema) OR (bronchiectasis) OR (pneumoconiosis) OR (rhinitis) OR (sinusitis)) AND ((nurse) OR (nursing)) ((coronavirus) OR (corona virus) OR (COVID) OR (sars-cov-2) OR (sarscov2) OROR (ncov) AND ((nurse) OR (nursing)))</p>

FONTE: A autora (2020).

2.1 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS E A COVID-19

As doenças respiratórias crônicas fazem parte das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e se caracterizam por afetar as vias respiratórias superiores e inferiores, bem como outras estruturas pulmonares (OMS, 2007). Geralmente são divididas em doenças obstrutivas (reversíveis e irreversíveis) e restritivas (BURNEY; JARVIS; PEREZ-PADILLA, 2015). As doenças obstrutivas incluem DPOC, asma, bronquite crônica e bronquiectasia, enquanto as restritivas incluem fibrose pulmonar, pneumoconiose, entre outras. As doenças respiratórias crônicas mais comuns são descritas na TABELA 1, segundo a Classificação Internacional de Doenças, décima versão (CID-10).

TABELA 1 - LISTA DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS, SEGUNDO CID 10

Doenças	Classificação Internacional de Doenças (CiD-10)
Asma	J44 ^a -46
Bronquiectasia	A15-16 ^b , J44, J47, Q32-33
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, incluindo Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Bronquite e Enfisema	J40-44
Rinossinusite Crônica	J32-33
Pneumonite de Hipersensibilidade	J66-67
Cancro do Pulmão dos Órgãos Respiratórios e Intratorácicos	C30-39
Fibrose Pulmonar	B90, J69, J70, J84, P27
Doenças Crônicas da Pleura	C38, C45, D38, J92
Pneumoniose	J60-65
Eosinofilia Pulmonar	J82
Doença Cardíaca Pulmonar e Doenças da Circulação Pulmonar, incluindo Embolia Pulmonar, Hipertensão Pulmonar e Cor Pulmonale	126-128
Rinite	J30-31, J45a
Sarcoidosis	D86
Síndrome de Apneia do Sono	G47

FONTE: Adaptado de OMS (2007).

NOTA: ^a Os códigos enunciados não pertencem apenas à doença listada, tendo sido incluídos todos os códigos que mencionam as doenças específicas.

^b Em doentes com tuberculose

Quanto ao perfil epidemiológico, para 2017, as doenças respiratórias crônicas foram estimadas como a terceira principal causa de morte em todo o mundo, com

3.914.196 pessoas falecidas, logo abaixo das doenças cardiovasculares e do câncer (ROTH et al., 2018). Em termos de prevalência, em 2017 houve 544.899.164 casos, representando aumento de 39,8% em comparação com 1990 (SORIANO et al., 2020) em incidência para o mesmo ano com 62.161.350 casos (JAMES et al., 2018).

Em referência à carga da doença no mundo, os dados obtidos para doenças respiratórias crônicas indicam que, para o ano de 2017, foram calculados 112.316.763 anos de vida perdidos por incapacidade (DALYS), 44.311.835 anos de vida perdidos por morte prematura (YLL) e 68.004.927 anos vividos com incapacidade (YLD) (KYU et al., 2018).

No Brasil, em 2017, as doenças respiratórias crônicas foram a sétima causa de morte, 72.745 mortes, prevalência de 16.998.714 casos e incidência de 2.288.453 casos (LEAL et al., 2020). A TABELA 2 apresenta dados epidemiológicos das doenças respiratórias crônicas no Brasil.

TABELA 2 - ESTIMATIVAS DA PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA E MORTES NO BRASIL DE ALGUMAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS PARA O ANO 2017

Doença respiratória crônica	Mortes (n)	Prevalência (n)	Incidência (n)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	65.161	8.891.894	535.481
Asma	2.528	8.761.260	1.744.839
Pneumoconiose	488	6.845	936
Silicose	246	964	280
Asbestose	60	1.178	119
Pneumoconiose dos trabalhadores de carvão	61	1.360	150
Outra pneumoconiose	120	3.341	386
Doença pulmonar intersticial e sarcoidose pulmonar	3.341	61.735	7.196
Outras doenças respiratórias crônicas	1.225	-	-

FONTE: Adaptado de Roth et al. (2018), James et al. (2018) e de Leal et al. (2020).

Por outro lado, embora as doenças respiratórias crônicas sejam incuráveis, existem várias estratégias de tratamento com abordagem sistemática e de longo prazo que podem ajudar a controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente (OMS, 2020c). No entanto, um importante problema associado às doenças respiratórias crônicas é o aparecimento de exacerbações, com piora dos sintomas e da função pulmonar, sendo frequentemente associadas a infecções virais (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2020). O vírus

responsável pela doença emergente COVID-19 foi recentemente associado a complicações em pessoas afetadas por esses distúrbios respiratórios. (GUAN et al., 2020; ZHANG et al., 2020)

A COVID-19, responsável pela atual pandemia (HUANG et al., 2020), tem causado um aumento considerável na mortalidade, entre 90 e 96%, de pessoas que sofrem com essas condições, principalmente DPOC e asma brônquica de longa duração, com danos anatômicos e funcionais que desenvolvem insuficiência respiratória hipercápica (SERRA-VALDÉS, 2020).

O primeiro caso da COVID-19 relatado foi localizado na cidade de Wuhan (China) em dezembro de 2019 (HUANG et al., 2020). O crescimento dessa doença foi progressivo, tanto que, um mês após, a Organização Mundial da Saúde declarou a situação como uma emergência internacional (OMS, 2020d) e, em março de 2020, caracterizou a doença como uma pandemia (OMS, 2020e).

Até 26 de dezembro de 2021, a COVID-19 havia causado cerca de 278 milhões de casos e 5.4 milhões de mortes em todo o mundo (OMS, 2021a). A TABELA 3 apresenta os dados de casos e óbitos de COVID-19 por região mundial.

TABELA 3 - CASOS E ÓBITOS DE COVID-19 POR REGIÃO MUNDIAL ATÉ 26 DE DEZEMBRO DE 2021

Região	Casos	Óbitos
África	7 055 628 (3%)	155 292 (3%)
Américas	101 243 155 (36%)	2 399 735 (44%)
Mediterrâneo oriental	17 093 469 (6%)	314 949 (6%)
Europa	97 359 631 (35%)	1 650 729 (31%)
Sudeste da Ásia	44 899 674 (16%)	719 486 (13%)
Pacífico Ocidental	11 062 163 (4%)	153 746 (3%)
Global	278 714 484 (100%)	5 393 950 (100%)

FONTE: Adaptado de OMS (2021a)

Na América Latina, o primeiro caso foi relatado no Brasil em 25 de fevereiro de 2020 (RODRIGUEZ-MORALES et al., 2020). Até o dia 4 de dezembro de 2021, foram confirmados 22.138.247 casos de COVID-19, deste total, 615.570 foram a óbito e 21.359.352 já haviam se recuperado da doença (BRASIL, 2021). A TABELA 4 apresenta os dados de infectados e mortes nas regiões do Brasil.

TABELA 4 - CASOS E ÓBITOS NOVOS DE COVID-19 NAS REGIÕES DO BRASIL ATÉ 4 DE DEZEMBRO DE 2021

Região	Casos	Óbitos
Norte	1.896.136	47.231
Nordeste	4.918.672	119.243
Sudeste	8.624.212	292.997
Sul	4.312.014	97.038
Centro-Oeste	2.296.160	57.504
Total	22.138.247	615.570

FONTE: Adaptado de Brasil (2021).

O coronavírus é um vírus RNA de cadeia simples, da ordem *Nidovirales*, família *Coronaviridae* (BRASIL, 2020b). Esse é um grupo de vírus que causa infecções respiratórias, tendo sido isolado pela primeira vez em 1937 e descrito como tal em 1965, ano em que recebeu o nome de coronavírus em razão do seu aspecto de "coroa" ao microscópio (ANAND et al., 2020; MCINTOSH; PEIRIS, 2009).

Embora seja considerado um vírus zoonótico, ele pode ser transmitido de humano para humano pelo contato com gotículas respiratórias ou na saliva de uma pessoa contaminada ou por fômites (CHAN et al., 2020; XU et al., 2020). Ainda existem lacunas no conhecimento acerca da transmissão da COVID-19, porém já se sabe que pacientes assintomáticos e pré-sintomáticos podem transmitir o vírus (ZHANG et al., 2020)

Os tipos de coronavírus, capazes de infectar humanos, até a conclusão deste estudo, são alfa coronavírus HCoV-229E, alfa coronavírus HCoV-NL63, beta coronavírus HCoV-OC43, beta coronavírus HCoV-HKU1, SARS-CoV (causador da síndrome respiratória aguda grave ou SARS), MERS-CoV (causador da síndrome respiratória do Oriente Médio ou MERS) e SARSCoV-2, objeto deste estudo (BRASIL, 2020c).

Desses sete tipos de coronavírus, apenas os três últimos - SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2 - causam infecções respiratórias graves em humanos, tanto nas vias aéreas superiores (como faringite, rinosinusite, laringite) quanto nas inferiores (como bronquiolite, bronquite, pneumonia e SARS), que podem levar à insuficiência respiratória (JAIN et al., 2015; LI et al., 2013; WANG et al., 2020). Além disso, sabe-se que o atual SARS-CoV-2 é cerca de 50% idêntico geneticamente ao MERS-CoV e cerca de 79% idêntico ao SARS-CoV (LU et al., 2020).

Sob outra perspectiva, na tentativa mais visível para o controle de disseminação da COVID-19, são tomadas medidas de quarentena e isolamento (local, regional e mundial), como a mais plausível forma de controle da disseminação da doença. Assim, a adesão estrita a essas medidas mostrou-se a mais bem-sucedida no controle da disseminação da infecção em várias partes do mundo (OMS, 2020a).

Estudos recentes mostram que o período de incubação da COVID-19 é de 5.2 dias, podendo se estender a 14 dias, segundo a exposição, a fase inicial de sintomas ocorrendo entre 4 e 8 dias da data de contágio (SPELLBERG et al., 2020).

No tocante aos sintomas, o quadro clínico inicial é caracterizado por uma síndrome gripal composta por febre, tosse não expectorativa, dispneia, mialgia, confusão, cefaleia, dor de garganta, rinorreia, dor torácica e distúrbios gastrointestinais implícitos. Também foi relatado alto percentual de queixas de anosmia e disgeusia (NASCIMENTO et al., 2020).

A maior taxa de hospitalização é percebida entre o sexo masculino e maiores de 50 anos de idade. Na sua forma mais grave, são observadas pneumonia bilateral e manchas múltiplas e opacidade em vidro fosco nos achados radiográficos ou tomográficos (NASCIMENTO et al., 2020; ONDER; REZZA; BRUSAFERRO, 2020; OMS, 2020a).

Para o diagnóstico da COVID-19 são necessárias informações clínico-epidemiológicas, exames com reação em cadeia da polimerase reversa em tempo real (RT-PCR, por suas siglas em inglês) e/ou sorologia, quando disponíveis, validadas juntamente com laudos de tomografia computadorizada. Contudo, a partir do início da pandemia pela COVID-19, a OMS definiu que, até o fechamento do diagnóstico, todo paciente com resfriado ou “síndrome gripal” deve permanecer por 14 dias em isolamento respiratório como caso suspeito de COVID-19 (BRASIL, 2020a; ONDER; REZZA; BRUSAFERRO, 2020; OMS, 2020a).

Os casos suspeitos devem passar por testes por RT-PCR das secreções respiratórias altas e baixas. A recomendação do Ministério da Saúde é que a coleta seja feita por profissional de saúde devidamente treinado por meio de um único *swab* nasofaríngeo (BRASIL, 2020a; OMS, 2020a).

Nos casos de pacientes em ventilação mecânica invasiva, deve-se coletar material por meio de um aspirado ou lavado bronco-alveolar com amostra do trato respiratório inferior. A decisão de testar é definida pela equipe médica com base no

perfil epidemiológico e história clínica (BRASIL, 2020a; ONDER; REZZA; BRUSAFERRO, 2020; OMS, 2020a).

Observa-se um esforço maciço da comunidade científica para desvelar informações acerca da COVID-19, principalmente com relação ao tratamento adequado, bem como a formas de imunização da comunidade mundial, enquanto isso, várias estratégias têm sido propostas pelos pesquisadores com a utilização de diversas moléculas como medicamentos potenciais.

Alguns desses fármacos são inibidores da RNA polimerase, como Favipiravir, Remdesivir, drogas antimaláricas como cloroquina e hidroxicloroquina e anticorpos monoclonais como Tocilizumab (GOODARZI et al., 2020). No entanto, a falta de evidências sobre sua eficácia e os riscos potenciais levaram a que seu uso em COVID-19 não seja recomendado, com exceção dos corticosteroides, como a dexametasona, que tem demonstrado diminuição da mortalidade em pacientes críticos com necessidade de oxigenoterapia (LLOVER; JIMENEZ, 2021).

Devido ao impacto dessa doença no mundo, governos, organizações globais de saúde, fabricantes, cientistas, setor privado, sociedade civil e filantropos desenvolveram o Acelerador de Acesso a Ferramentas contra COVID-19 (ACT accelerator), uma iniciativa lançada com o objetivo de fornecer acesso inovador e equitativo aos diagnósticos, tratamentos e vacinas COVID-19 (OMS, 2021b).

Provavelmente, segundo a OMS, o melhor plano para combater a infecção é uma vacina eficaz, que estimule o sistema imunológico a produzir anticorpos contra proteínas virais. Assim, um dos pilares da iniciativa ACT accelerator é a chamada COVAX, que visa a acelerar o desenvolvimento e a fabricação de vacinas contra a COVID-19 e garantir o acesso justo e equitativo a todos os países do mundo (OMS, 2021c).

Atualmente, vários tipos de vacinas COVID-19 têm sido desenvolvidos, os quais se baseiam principalmente na inoculação de vírus atenuados, proteínas virais, vetores virais e RNA ou DNA (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC], 2021). Entretanto, muitas informações sobre a eficácia e a duração da imunidade fornecida por essas vacinas ainda permanecem incertas (OMS, 2021a).

Assim, está claro que são urgentemente necessárias mais pesquisas para identificar medicamentos novos ou já criados para o tratamento de infecções pela COVID-19. Uma das iniciativas globais de pesquisa é liderada pela OMS e seus

parceiros, que lançaram o “Estudo de solidariedade”, um estudo clínico internacional que visa gerar dados robustos de todo o mundo para encontrar os tratamentos mais eficazes para a COVID-19 (OMS, 2020f).

2.2 TAXONOMIAS PARA O CUIDAR EM ENFERMAGEM NAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS

Historicamente, as enfermeiras sempre desempenharam papel importante na prevenção e no controle de infecções, bem como o isolamento e contenção, como defendeu originalmente Florence Nightingale (SMITH; NG; LI, 2020), sendo um elemento importante para o estabelecimento e manutenção da saúde pública.

A enfermagem gerencia e lidera o cuidado de pessoas, promovendo contribuições significativas na avaliação e planejamento do cuidado, com base nas necessidades do paciente, além de desempenhar papel indispensável na promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico e do tratamento de doenças, sendo também a maior força de trabalho em saúde em muitos países, estando na vanguarda dos principais eventos globais de saúde (OMS, 2020b).

Para desenvolver suas atividades, os profissionais de enfermagem utilizam ferramentas que sistematizam todas as fases do cuidado. Algumas das ferramentas são terminologias padronizadas de enfermagem, que compõem uma linguagem única, permitindo coleta, avaliação, mensuração e raciocínio de informações essenciais de todo o Processo de Enfermagem (PE).

O processo de enfermagem pode ser definido como a aplicação prática de um modelo de saúde ou teoria de enfermagem no atendimento ao paciente que permita identificar, entender, explicar e/ou prever a resposta das pessoas a problemas de saúde ou a processos vitais (HORTA, 2006).

A primeira terminologia padronizada em enfermagem foi a *American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), reconhecida pela *American Nurses Association* (ANA) em 1982. Na sequência, abriu caminho para uma série de taxonomias que ampliaram o foco teórico da profissão, como a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), desenvolvidas separadamente, mas que podem ser relacionadas.

A relação entre as três taxonomias é comumente chamada de sistema NNN e seu uso tem mostrado benefícios no processo de enfermagem (TÖRNVALL;

JANSSON, 2017). Essa união permite descrever os problemas dos pacientes, além dos resultados esperados e das intervenções necessárias para alcançar esses resultados, ou seja, essas taxonomias estão alinhadas à prática clínica (MÜLLER-STAUB et al., 2007).

A implementação de terminologias padronizadas de enfermagem na prática clínica é uma prioridade, considerando a crescente complexidade da assistência de enfermagem, tendo em vista que é necessário apoiar o raciocínio clínico com uma estrutura teórica fundamentada e uma enfermagem baseada em evidências, por consequência, as terminologias padronizadas se tornaram instrumentos essenciais para gerenciar esse cenário clínico desafiador (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

São essas três taxonomias, NANDA-I, NIC e NOC, que compõem fundamentalmente a linguagem padronizada em enfermagem, que permitem a unificação da linguagem nas ações de enfermagem e facilitam a informatização das atividades, sendo também uma ferramenta básica para o desenvolvimento da pesquisa e a criação de diretrizes para a prática clínica, incluindo análises mais específicas, como economia, custo-efetividade e carga de trabalho em enfermagem (CACHÓN PÉREZ; ÁLVAREZ-LÓPEZ; PALACIOS-CEÑA, 2012). Para melhor compreender as três principais taxonomias descritas pela enfermagem, serão detalhadas a seguir a NANDA-I, NIC e NOC.

NANDA era um acrônimo para *North American Nursing Diagnosis Association*, uma sociedade científica de enfermagem criada em 1982 nos Estados Unidos para padronizar a nomeação e a classificação dos diagnósticos de enfermagem. Essa organização assumiu um caráter internacional em razão do seu crescimento e aceitação global, tornando-se em 2002 NANDA International (NANDA-I), que vem sendo atualizada bianualmente, contribuindo para o desenvolvimento e a utilização de uma terminologia padronizada de enfermagem que permite aprimorar a assistência à saúde (HERDMAN; SHIGEMI, 2018).

O principal produto dessa organização foi a criação da taxonomia Diagnósticos de enfermagem da NANDA-*International*: definições e classificação, que oferece um modo de classificar e categorizar áreas de ação e fenômenos de interesse em enfermagem. Essa taxonomia está atualmente na 12ª edição, que tem 267 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes (HERDMAN; SHIGEMI, 2021).

Segundo o *Cambridge Dictionary On-Line* (2017), um domínio é “uma área de interesse”, que, na taxonomia da NANDA-I, refere-se a uma área mais ampla do conhecimento de enfermagem, que, por sua vez, é dividida em classes, que são subcategorias ou agrupamentos com atributos similares (HERDMAN; SHIGEMI, 2018). O QUADRO 2 apresenta exemplos de alguns domínios e classes da taxonomia.

QUADRO 2 - EXEMPLOS DE DOMÍNIOS E CLASSES DA TAXONOMIA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-INTERNATIONAL: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO, 2018-2020

Domínios	Classes
Promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção da saúde • Controle da saúde
Atividade/Repouso	<ul style="list-style-type: none"> • Sono/Repouso • Atividades/ exercício • Equilíbrio de energia • Respostas cardiovasculares/pulmonares • Autocuidado
Segurança/Proteção	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção • Lesão física • Violência • Riscos ambientais • Processos defensivos • Termorregulação

FONTE: Adaptado de Herdman e Shigemi (2018).

A NANDA-I define o diagnóstico de enfermagem como um julgamento clínico sobre as respostas humanas a condições de saúde/processos de vida do indivíduo e família, proporcionando um suporte para a seleção das intervenções que alcancem resultados de responsabilidade da enfermagem (HERDMAN; SHIGEMI, 2018).

Segundo a NANDA-I, um diagnóstico de enfermagem pode ser focado em um problema, um estado de promoção da saúde ou em um risco potencial (HERDMAN; SHIGEMI, 2018). O QUADRO 3 apresenta os tipos de diagnósticos, segundo a NANDA-I.

QUADRO 3 - TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ACORDO COM A TAXONOMIA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-INTERNATIONAL: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO, 2018-2020

Tipo de diagnóstico	Descrição
Diagnóstico com foco no problema	um julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida que existe em um indivíduo, família, grupo ou comunidade.
Diagnóstico de risco	um julgamento clínico a respeito da suscetibilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida.
Diagnóstico de promoção da saúde	um julgamento clínico a respeito da motivação e do desejo de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde. Essas respostas são expressas por uma disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos, podendo ser usadas em qualquer estado de saúde.

FONTE: Adaptado de Herdman e Shigemi (2018).

Sabe-se que o uso da NANDA-I promove o raciocínio clínico e a precisão do diagnóstico, descrevendo cada diagnóstico de enfermagem como um conceito que inclui características definidoras e fatores relacionados, uma vez que a determinação de um diagnóstico de enfermagem na prática requer a identificação de dados relevantes (características e fatores definidores relacionado ou risco), coletados durante as avaliações de enfermagem (entrevista, exame físico, exames de laboratório e outros resultados de testes), para uma validação diagnóstica baseada em evidências (TASTAN et al., 2014).

Cada diagnóstico de enfermagem tem um título e uma definição clara, que, por sua vez, são acompanhados por "indicadores diagnósticos" que ajudam a distinguir um do outro e compreendem as características definidoras, que são indicadores/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico, como, por exemplo, sinais ou sintomas (HERDMAN; SHIGEMI, 2018).

Os fatores relacionados incluem etiologias, circunstâncias, fatos ou influências que têm certo tipo de relação com o diagnóstico de enfermagem, como, por exemplo, causa e fator contribuinte, e fatores de risco, que são influências que aumentam a vulnerabilidade de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades a um evento não saudável, incluindo, por exemplo, ambiental, psicológico e genético (HERDMAN; SHIGEMI, 2018). Esses termos são brevemente descritos no QUADRO 4.

QUADRO 4 - COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM A TAXONOMIA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-INTERNATIONAL: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO, 2018-2020

Termo	Descrição breve
Diagnóstico de enfermagem	Problema, potencialidade ou risco identificado em indivíduo, família, grupo ou comunidade
Característica definidora	Sinal ou sintoma (indicadores objetivos ou subjetivos)
Fator relacionado	Causas ou fatores contribuintes (fatores etiológicos)
Fator de risco	Determinante (aumenta o risco)

FONTE: Adaptado de Herdman e Shigemi (2018).

De outra parte, Törnvall e Jansson (2017) referem que grande parte da pesquisa feita entre as classificações de enfermagem no Brasil e no mundo pertence aos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Uma revisão sistemática feita em 2014 constatou que a pesquisa baseada em taxonomias de enfermagem desde 2000 aumentou consideravelmente e que seu foco permaneceu principalmente na NANDA-I (TASTAN et al., 2014).

Em relação às questões respiratórias, o QUADRO 5 destaca alguns exemplos de diagnósticos de enfermagem com seus fatores relacionados e características definidoras, segundo a taxonomia da NANDA-I.

QUADRO 5 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ E VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA, DE ACORDO COM A TAXONOMIA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-INTERNACIONAL: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO, 2018-2020

Diagnóstico de enfermagem (código)	Descrição
<p>Padrão respiratório ineficaz (00032)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Domínio 4: Atividade/repouso • Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares • Fatores relacionados: Ansiedade, Dor, Fadiga, Fadiga da musculatura respiratória, Hiperventilação, Obesidade, Posição do corpo que inibe a expansão pulmonar • Características definidoras: Aumento da frequência cardíaca, Aumento da pressão parcial de dióxido de carbono (PCO2), Aumento da taxa metabólica, Cooperação diminuída, Diminuição da pressão parcial de oxigênio (PO2), Diminuição na saturação arterial de oxigênio (SaO2), Dispneia Inquietação, Uso aumentado da musculatura acessória, Volume corrente diminuído
<p>Ventilação espontânea prejudicada (00033)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Domínio 4: Atividade/repouso • Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares • Fatores relacionados: Fadiga da musculatura respiratória • Condição associada: Alteração no metabolismo • Características definidoras: Aumento da frequência cardíaca, Aumento da pressão parcial de dióxido de carbono (PCO2), Aumento da taxa metabólica, Cooperação diminuída, Diminuição da pressão parcial de oxigênio (PO2), Diminuição na saturação arterial de oxigênio (SaO2), Dispneia Inquietação, Uso aumentado da musculatura acessória, Volume corrente diminuído
<p>Troca de gases prejudicada (00030)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Domínio 3: Eliminação e troca • Classe 3: Função respiratória • Fatores relacionados: A serem desenvolvidos • Condição associada: No momento, não há fatores associados, mas existem condições associadas, tais como Alterações na membrana alvéolo- capilar e Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão

FONTE: Adaptado de Herdman e Shigemi (2018).

Outra ferramenta utilizada para a padronização na enfermagem é a taxonomia de Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC. Essa ferramenta foi iniciada em 1991 por pesquisadores na Universidade de Iowa, com o objetivo de identificar os resultados dos pacientes influenciados por ações de enfermagem (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011).

A NOC se concentra especificamente nos resultados de enfermagem, descrevendo o estado, a conduta, os comportamentos de percepção, as reações e os sentimentos de uma pessoa, família ou comunidade em resposta a uma intervenção de enfermagem. Essa taxonomia tem 7 domínios, 34 classes e 540 resultados, continuamente atualizados para incluir novos e revisá-los com base em novas pesquisas ou feedback do usuário (MOORHEAD et al., 2018).

Os resultados são conceitos variáveis que podem ser medidos ao longo do tempo, usando uma escala de medição predeterminada. Nesse caso, a NOC fornece uma escala tipo Likert de cinco pontos para avaliar os indicadores listados, bem como 14 escalas Likert de cinco pontos diferentes para avaliar a grande variedade de resultados que fazem parte da classificação e que permitem sua avaliação em qualquer ponto da intervenção ou assistência de enfermagem.

Por consequência, o uso da NOC permite monitorar o progresso, a piora ou a estagnação da condição do paciente durante um período de atendimento em vez de simplesmente informar se ele atende ou não a um objetivo (MOORHEAD et al., 2016).

A NOC tem uma lista de indicadores para cada um dos resultados definidos. Esses indicadores podem ser selecionados pelo profissional de enfermagem de acordo com o estado clínico e ser medidos continuamente com a escala tipo Likert de 5 pontos, em que 1 é a pior classificação possível e 5 é o melhor resultado esperado (MOORHEAD et al., 2016).

Os pacientes devem ser avaliados pelo menos duas vezes para fazer uma comparação pré e pós-intervenção. A praticidade e a necessidade dessa classificação fizeram com que ganhasse terreno no cenário nacional, o que é demonstrado pelo crescente número de pesquisas sobre o NOC no Brasil, nos últimos cinco anos. Esse aumento, por sua vez, permite validar e legitimar seu uso dentro da prática de enfermagem (SILVA; OLIVEIRA; CARVALHO, 2015).

O QUADRO 6 mostra um exemplo do resultado de enfermagem Estado respiratório: ventilação, com seus indicadores, e a escala de medição tipo de Likert, segundo esquema da taxonomia NOC.

QUADRO 6 - EXEMPLO DE RESULTADO: ESTADO RESPIRATÓRIO- VENTILAÇÃO DE ACORDO COM TAXONOMIA NOC

Estado Respiratório: ventilação – 0403						
Definição: Movimento de ar que entra nos pulmões e sai deles						
Domínio II: Saúde fisiológica			Classe: Cardiopulmonar (E)			
Indicadores	Escala tipo Likert					
	Grave	Substancial	Moderado	Leve	Nenhum	Não Aplica
Uso de músculos acessórios	1	2	3	4	5	NA
Expansão assimétrica do tórax	1	2	3	4	5	NA
Dispneia em repouso	1	2	3	4	5	NA
Dispneia mediante esforço	1	2	3	4	5	NA
Respiração com lábios franzidos	1	2	3	4	5	NA
Ortopneia	1	2	3	4	5	NA
Uso de músculos acessórios	1	2	3	4	5	NA

FONTE: Traduzido de Moorhead et al. (2008).

O sistema NIC, assim como o NOC, foi construído por pesquisadores da Universidade de Iowa em 1987, sendo atualizado a cada 4 anos, estando até a presente data em sua sétima edição (BUTCHER et al., 2018). É considerado o mais importante avanço em termos de padronização dos sistemas de classificação de intervenções de enfermagem e uma das classificações mais importantes para o trabalho profissional de enfermagem por permitir a sistematização e a organização das ações em enfermagem que se baseiam em raciocínio clínico e ciência (BULECHEK et al., 2016).

Cabe ressaltar que uma intervenção é qualquer tratamento com base no julgamento clínico e no conhecimento que um profissional de enfermagem faz para melhorar os resultados do paciente, incluindo atendimento direto e indireto a indivíduos, famílias e comunidades. Intervenções fisiológicas e psicossociais estão incluídas no tratamento de doenças, sua prevenção e promoção da saúde (BUTCHER et al., 2018).

A classificação NIC é útil tanto para documentação clínica quanto para coletar informações sobre os cuidados prestados nas unidades de tratamento, integrar dados em sistemas de informação e unidades de tratamento para a eficiência da pesquisa, medir a produtividade e avaliar a competência. A NIC é um exemplo reconhecido de padronização da linguagem de enfermagem usada para descrever a contribuição da enfermagem no atendimento ao paciente (BULECHEK et al., 2016).

No que se refere à sua estrutura, a NIC é constituída por três níveis: o primeiro nível, considerado o mais abstrato, é representado por sete domínios (fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamento, segurança, família, sistema de saúde e

comunidade); o segundo nível é representado por 30 classes, organizadas dentro dos domínios; e o terceiro nível é constituído, em sua sétima edição, por 565 intervenções de enfermagem, agrupadas de acordo com as classes e domínios (BUTCHER et al., 2018).

As intervenções de enfermagem da NIC são constituídas por título e definição, que não podem ser alterados por representarem a linguagem padronizada. Para o uso clínico das intervenções da NIC, entre outros meios, há um capítulo de ligação disponível na sexta edição, com os diagnósticos da NANDA-I (BULECHEK et al., 2016).

Neste capítulo, é possível, pelo reconhecimento de um diagnóstico, identificar uma lista de intervenções de primeiro nível ou prioritárias, segundo nível ou sugeridas e terceiro nível ou adicionais optativas, assim classificadas de acordo com a maior probabilidade de resolução do diagnóstico determinado (BULECHEK et al., 2016). Além disso, os mesmos pesquisadores que lideraram os estudos NIC e NOC desenvolveram vínculos entre as três classificações mencionadas (NANDA-I, NIC e NOC), o que permite descrever todo o processo de enfermagem usando essas três taxonomias (JOHNSON et al., 2012).

O QUADRO 7 apresenta algumas das intervenções da taxonomia NIC relacionadas ao resultado estado respiratório-ventilação da classificação NOC. O QUADRO 8 ilustra um exemplo das ligações entre as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC.

QUADRO 7 - EXEMPLO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM A TAXONOMIA NIC

2. Fisiológico: complexo	
Cuidados que dão suporte à regulação homeostática	
Controle Respiratório	
Intervenções para promover a permeabilidade das vias aéreas e a troca de gases	
Classes	Intervenções
Intervenções	3350 Monitoração Respiratória
Definição	Coleta e análise de dados do paciente para garantir a desobstrução de vias aéreas e a troca adequada de gases
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações • Registrar mudanças no SaO₂, SvO₂, CO₂ corrente terminal e mudanças nos valores gasometria arterial, conforme apropriado • Auscultar os sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuída/ausente e a presença de ruídos adventícios
	3140 Controle de Vias Aéreas
	Facilitação da desobstrução das passagens de ar
	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar o paciente de modo a maximizar o potencial ventilatório • Identificar paciente que necessita de inserção real/potencial de via aérea artificial • Inserir via aérea artificial nasofaríngea ou oral, conforme apropriado • Encorajar respiração lenta e profunda, mudança de posição e tosse • Orientar o paciente sobre como tossir de forma eficiente
	3300 Controle da Ventilação Mecânica: Invasiva
	Assistência a paciente que recebe suporte respiratório artificial através de dispositivo inserido na traqueia
	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as necessidades de suporte ventilatório-invasivo • Monitorar as atividades que aumentem o consumo de O₂ capazes de ultrapassar os ajustes do ventilador e causar dessaturação de O₂ • Administrar relaxantes musculares, sedativos e analgésicos narcóticos, conforme apropriado
	3320 Oxigenoterapia
	Administração de oxigênio e monitoramento de sua eficácia
	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar oxigênio suplementar, quando necessário • Monitorar o fluxo dos litros de oxigênio • Monitorar a capacidade do paciente para tolerar a remoção do oxigênio enquanto se alimenta • Monitorar a eficácia da terapia com oxigênio (p. ex., oximetria de pulso, gasometria arterial), conforme apropriado

FONTE: Adaptado de Butcher et al. (2018).

QUADRO 8 - EXEMPLO DE LIGAÇÕES ENTRE AS TAXONOMIAS NANDA-I, NIC E NOC

Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I	Intervenções – NIC			Resultados NOC
	3350 Monitoração Respiratória	3140 Controle de Vias Aéreas	3300 Controle da Ventilação Mecânica: Invasiva	
00032 Padrão respiratório ineficaz 00033 Ventilação espontânea prejudicada 00030 Troca de gases prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações • Registrar mudanças no SaO₂, SVO₂, CO₂ corrente terminal e mudanças nos valores de gasometria arterial, conforme apropriado • Auscultar os sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuída/ausente e a presença de ruídos adventícios 	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar o paciente de modo a maximizar o potencial ventilatório • Identificar paciente que necessite de inserção real/potencial de via aérea artificial • Encorajar respiração lenta e profunda, mudança de posição e tosse 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as necessidades de suporte ventilatório-invasivo • Monitorar atividades que aumentem o consumo de O₂ capazes de ultrapassar os ajustes do ventilador e causar dessaturação de O₂ • Administrar relaxantes musculares, sedativos e analgésicos narcóticos, conforme apropriado 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar oxigênio suplementar, quando necessário. • Monitorar o fluxo dos litros de oxigênio. • Monitorar a capacidade do paciente para tolerar a remoção do oxigênio enquanto se alimenta • Monitorar a eficácia da terapia com oxigênio (p. ex., oximetria de pulso, gasometria arterial), conforme apropriado

FONTE: Adaptado de Moorhead et al. (2008), Butcher et al. (2018) e Herdman e Shigemi (2018).

Em razão da novidade da COVID-19, da sua rápida disseminação e do potencial para pessoas infectadas sofrerem rápida deterioração e morte, enfermeiras e outros profissionais de saúde da linha de frente precisam de indicações de ações que orientem para as melhores práticas nas suas decisões de tratamento durante a pandemia (MOORHEAD et al., 2020).

A linguagem padronizada utilizada nas ações de enfermagem facilita a informatização das atividades, sendo uma ferramenta para o desenvolvimento da pesquisa e a criação de diretrizes para a prática (CACHÓN PÉREZ; ÁLVAREZ-LÓPEZ; PALACIOS-CEÑA, 2012).

Essa linguagem pode, portanto, orientar a tomada de decisão clínica e o desenvolvimento do plano de cuidados por enfermeiras da linha de frente, bem como fornecer os dados necessários para permitir que os pesquisadores examinem o impacto dos cuidados de enfermagem tanto nos indivíduos, como nas comunidades afetadas pelo vírus (MOORHEAD et al., 2020), justificando seu acompanhamento na aplicação deste projeto.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO E TIPO DE PESQUISA

Estudo observacional, descritivo e retrospectivo, com percurso longitudinal, com revisão de prontuários dos pacientes institucionalizados no período de março de 2020 a fevereiro de 2021 com diagnóstico de doença respiratória crônica, associada à infecção por COVID-19, em uma instituição hospitalar de referência para COVID da cidade de Curitiba.

Este estudo é observacional, pois as variáveis de interesse da população são analisadas sem intervenção do pesquisador, é descritivo, pois se concentra na descrição das frequências de distribuição das variáveis, sem a intenção de tirar conclusões do estudo de uma associação (GRIMES; SCHULZ, 2002) e, finalmente, tem um corte longitudinal retrospectivo, que tem como principais características monitoramento e medições ao longo de um período de tempo, neste caso, os dias de internamento hospitalar (MANTEROLA et al., 2019).

3.2 PERÍODO E LOCAL DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada no período de março a abril de 2021, em um hospital localizado no município de Curitiba, capital do estado do Paraná, região sul do Brasil. Esse município tem uma população estimada de 1.933.105 habitantes e sua extensão territorial é de 434,892 km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2020a).

Em Curitiba, as doenças do sistema respiratório estão entre as principais causas de morbimortalidade (IBGE, 2020b), por outro lado, a doença COVID-19 teve um impacto importante nesse município, produzindo 299.241 casos e 7.818 óbitos até 20 de dezembro de 2021 (CURITIBA, 2021).

O hospital de referência faz parte de um complexo hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), constituído em 2019, sendo incorporado, conforme resolução SESA nº 353, de 13 de junho, administrativa, técnica e operacionalmente às unidades do Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal (CAIF), do Centro de Reabilitação do Paraná - Ana Carolina Moura Xavier (CHR) e do Centro Regional de Especialidades (CRE Kennedy).

Esse complexo hospitalar prossegue com o modelo de gestão firmado entre Governo Federal (Universidade Federal do Paraná [UFPR] e sua Fundação de Apoio [FUNPAR]), Governo Estadual (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [Sesa]) e Governo Municipal (Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba [SMS]), adotado em 1997. Trata-se de um convênio no qual o conselho de administração é responsável pelas diretrizes conceituais e destinos macrogerenciais das unidades e direcionamento do complexo (COMPLEXO HOSPITALAR DO TRABALHADOR, 2020).

O complexo hospitalar é referência local em atendimento ao trauma, além disso, disponibiliza serviços nas seguintes áreas de atuação: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica de doenças ocupacionais, ginecologia, obstetrícia, pediatria, traumatologia, infectologia e unidades de terapia intensiva neonatal, pediátrica e traumatológica, atendimento às malformações craniofaciais, reabilitação aos portadores de patologias ortopédicas nas coagulopatias, hemoglobinopatias hereditárias e anemia falciforme. Também oferece reabilitação nas áreas das deficiências físicas, visual e auditiva, garantindo o atendimento integral dos usuários do SUS por meio de diagnósticos, consultas, exames, avaliação funcional, tratamento clínico, terapias, bem como atendimento de casos especiais na área de odontologia. (AGÊNCIA ESTADUAL DE NOTÍCIAS, 2020).

Para responder à emergência de saúde decorrente do aparecimento da COVID-19, os pacientes do complexo com esse diagnóstico foram alocados em duas alas específicas e isoladas, cada uma com um nível diferente de complexidade, sendo uma delas parte do hospital de referência escolhido para a realização desta pesquisa. Nessa ala, os pacientes são organizados em 34 leitos de enfermaria, além de 22 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, neonatal e pediatria, perfazendo um total de 56 leitos.

A admissão de pacientes é realizada por demanda aberta e demanda referenciada via Central de Regulação de Leitos da Região Metropolitana, e a internação no leito clínico ou intensivo vai depender das condições clínicas do paciente.

Para a realização desta e de outras pesquisas, o hospital conta com local de acesso aos prontuários eletrônicos em uma área de uso exclusivo para trabalhadores e pesquisadores da instituição, sem circulação de pacientes.

3.3 FONTE DE DADOS

Prontuários eletrônicos de todos os pacientes que atenderem aos critérios de inclusão e exclusão. A FIGURA 1 mostra o processo de seleção dos prontuários.

3.3.1 Critérios de inclusão

- Prontuários de pacientes com mais de 18 anos de idade.
- Prontuários de pacientes com diagnóstico de doença respiratória crônica com os CID J40-J44-bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas, J45-J46asma, J47-bronquiectasia e J60-J65-pneumoconiose.
- Diagnóstico de COVID-19 confirmado com exame de RT-PCR ou *swab* nasofaríngeo.
- Prontuários de pacientes Internados há mais de 48 horas, em cujos registros constarem informações dos profissionais de enfermagem.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Prontuários de pacientes que no momento da coleta de dados continuassem internados.

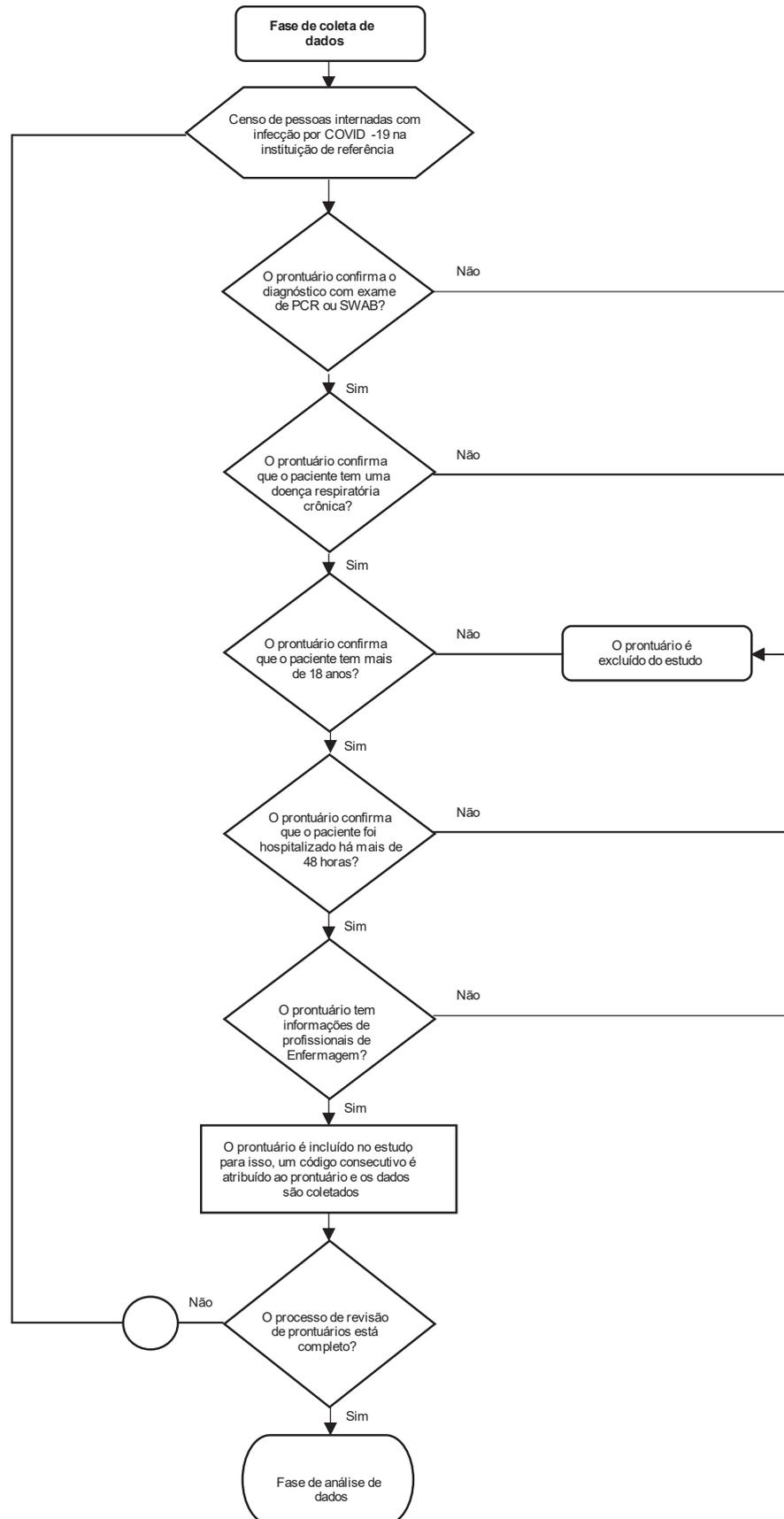
3.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O principal instrumento desta pesquisa é um formulário semiestruturado (APÊNDICE 1), elaborado no programa de computador *Epi info 7*® (CDC.; Atlanta, GA), que permite a construção e o preenchimento digital do formulário constituído por questões referentes a dados que caracterizam:

- a) A situação sociodemográfica dos participantes (idade, sexo, raça, estado conjugal e local de residência);
- b) O perfil clínico, o nome da doença de acordo com a classificação internacional de doenças, comorbidades associadas, medicamentos utilizados e fatores de risco;

- c) As ações conduzidas pela equipe de enfermagem na assistência direta a pacientes portadores de doenças respiratórias crônicas e coinfeção com COVID-19, anotadas nos prontuários;
- d) A descrição das ações de enfermagem usadas na taxonomia de Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação, 2018-2020 (Edição 11), a Classificação dos resultados em enfermagem NOC (Edição 6) e a Classificação das intervenções de enfermagem NIC (Edição 7).

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PRONTUÁRIOS



FONTE: A autora (2020).

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita pela pesquisadora no período de março a abril de 2021 na sala de acesso a registros médicos no hospital de referência. O sistema de registros do hospital conta com dois softwares de gerenciamento de informações de saúde.

O primeiro é o Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar (HOSPUB), idealizado e desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Trata-se de um sistema multiusuário que disponibiliza o controle de acesso às informações da base de dados com a utilização de senhas personalizadas contendo permissões e restrições de acordo com a função do usuário do sistema (DATASUS, 2020).

O segundo programa é o Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial do SUS (GSUS). Esse programa é uma aplicação WEB para gestão operacional da assistência de saúde executada a nível hospitalar ou ambulatorial, desenvolvido pela Companhia de Tecnologia da Informação e Comunicação do Paraná (CELEPAR) em parceria com a Secretaria do Estado de Saúde do Paraná e Ministério da Saúde (CELEPAR, 2020).

Para acessar esses dois programas, o hospital forneceu à pesquisadora um link de acesso aos prontuários eletrônicos com nome de usuário e senha, com validade apenas durante o período da pesquisa. Dessa forma, foram feitos acessos aos registros de enfermagem. As informações foram coletadas por meio de um formulário semiestruturado, além de um diário de campo, que permitiu a coleta de anotações.

Na primeira semana de março, entre os dias 1 e 5, foi feito um teste piloto para avaliar a validade do instrumento de coleta de dados construído para esta pesquisa e identificar possíveis deficiências para responder aos objetivos. Para tanto, o formulário foi aplicado a 123 prontuários de pacientes com doença respiratória crônica que haviam sido excluídos do diagnóstico de COVID-19.

Tendo esse teste como referência, observou-se que alguns elementos considerados para o estudo não estavam descritos nos registros, na maioria dos casos. Todavia, a necessidade de acrescentar algumas informações também foi confirmada. As alterações feitas no instrumento de coleta de dados estão resumidas a seguir:

- Dados sociodemográficos: as variáveis referentes ao estado civil, escolaridade e ocupação foram retiradas, uma vez que esses dados não foram encontrados com frequência nos prontuários.
- Dados clínicos: o tempo de evolução da doença respiratória foi excluído por não ter sido encontrada informação de referência. Por outro lado, foram adicionados os itens: data de falecimento e desfecho, especificando o tipo de alta do paciente, classificando-os em alta hospitalar, transferência para outra instituição e óbito.
- Dados relacionados aos cuidados de enfermagem: foram adicionadas 23 intervenções de enfermagem de acordo com a taxonomia NIC.

Uma vez feito o teste piloto e as modificações no formulário, a instituição forneceu uma base de dados de referência em *Microsoft Excel*® com os números de prontuários de pacientes adultos que consultaram o pronto-socorro por sintomas respiratórios e foram hospitalizados por suspeita de COVID-19 entre março de 2020 e fevereiro de 2021.

A seguir, procedeu-se a uma revisão dos prontuários existentes no banco de dados fornecido pelo hospital, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Essa revisão foi feita em duas etapas: uma etapa de rastreamento e seleção dos registros que atenderam aos critérios estabelecidos e outra etapa para aplicação do formulário de coleta de dados e classificação das informações.

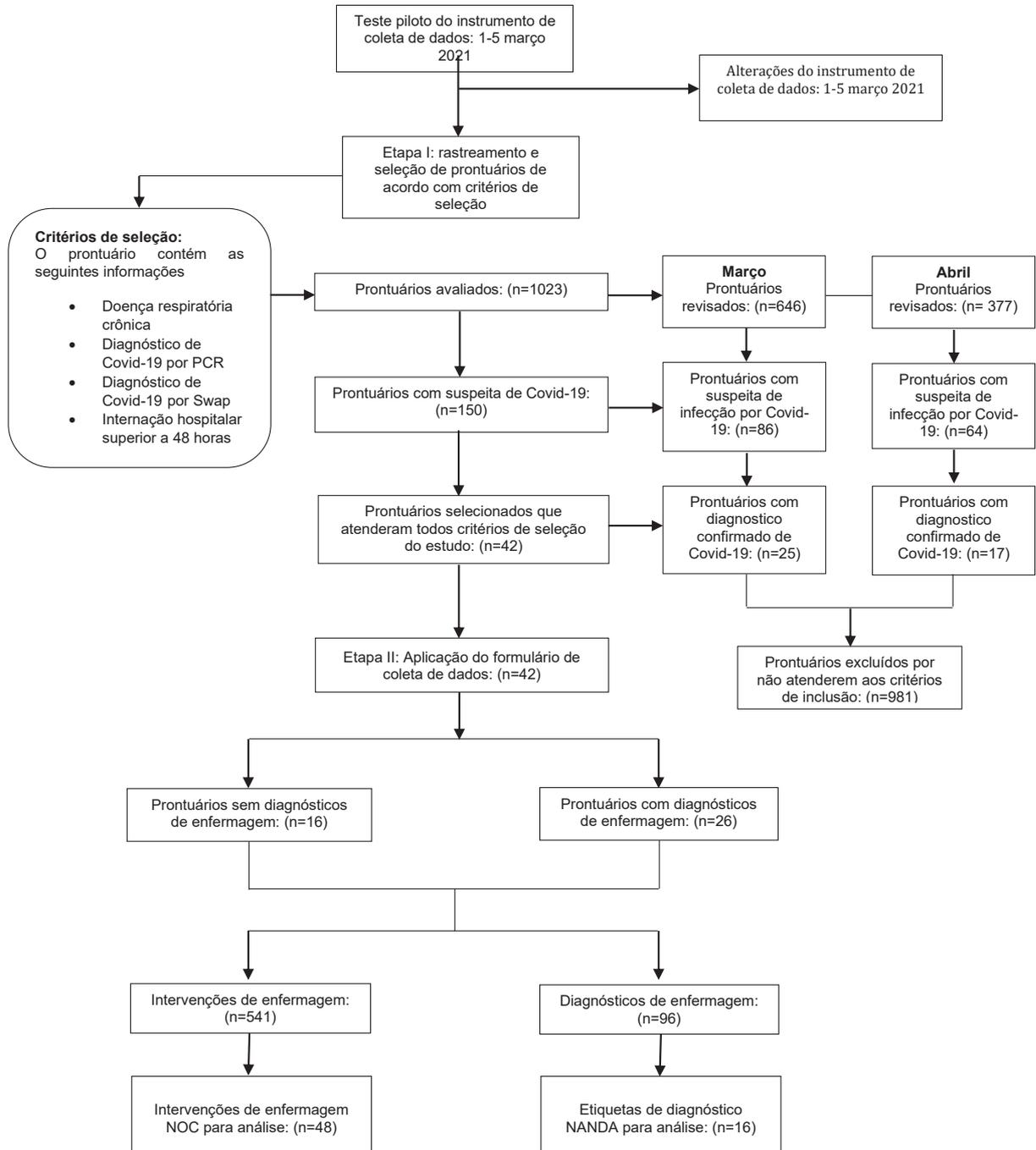
A primeira etapa consistiu no rastreamento dos prontuários dos pacientes com doenças respiratórias crônicas e diagnóstico de COVID-19, verificado por RT-PCR ou *swab* nasofaríngeo, que tiveram internação hospitalar superior a 48 horas. Nessa etapa, desde que esses critérios estivessem presentes, o prontuário era selecionado para a próxima fase de aplicação do instrumento.

No total, 1.023 prontuários foram avaliados durante os meses de março a abril de 2021. No primeiro mês, foram analisados 646 prontuários, dos quais 25 atenderam a todos os critérios de seleção, enquanto no período de abril, foram escolhidos 17 de 377, totalizando 42 prontuários selecionados. Uma vez identificados os prontuários com as condições clínicas relevantes para o estudo, foi dada continuidade à segunda etapa, com a aplicação do instrumento de coleta de dados.

O formulário foi preenchido com as informações descritas nos registros clínicos que, posteriormente, foram extraídas pela pesquisadora e classificadas em variáveis de acordo com sua natureza, sendo armazenadas em um banco de dados

confeccionado no *Microsoft Excel*®. A FIGURA 2 apresenta as etapas para a realização da coleta de dados.

FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DO ESQUEMA METODOLÓGICO FEITO PARA A COLETA DE DADOS



FONTE: A autora (2020).

3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis do estudo foram classificadas em sociodemográficas, clínicas e atividades relacionadas à assistência de enfermagem, incluindo as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC, apresentadas a seguir.

3.6.1 Variáveis sociodemográficas:

- Idade: em anos completos, categorizados em décadas, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89 e 90-99.
- Sexo: categorizado como feminino (f) ou masculino (m).
- Estado civil: categorizado em solteiro, casado, separado, divorciado, união livre.
- Área de residência: categorizada como urbana ou rural.
- Raça: categorizada como branca, preta, parda, amarela, indígena.

3.6.2 Variáveis clínicas:

- Doença respiratória crônica: categorizada de acordo com a classificação internacional de doenças (CID-10).
- Tempo de evolução da infecção por COVID-19: categorizado em dias a partir do início dos sintomas.
- Tempo de institucionalização: categorizado em dias desde a admissão do paciente na instituição de saúde até a alta.
- Tipo de alta do paciente: categorizado em alta para domicílio, óbito ou transferência para outra instituição.
- Comorbidades: categorizadas em Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Dislipidemia, Câncer e outras.
- Fatores de risco: categorizados em tabagismo, etilismo, sedentarismo e obesidade.

3.6.3 Variáveis relacionadas aos cuidados de enfermagem.

- Diagnósticos de enfermagem: categorizados de acordo com a taxonomia de Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação, 2018-2020 (Edição 11).
- Resultados de enfermagem: foi proposta uma série de resultados esperados para as intervenções e diagnósticos de enfermagem encontrados nos prontuários, que foram categorizados de acordo com a taxonomia NOC (Edição 6).
- Intervenções de enfermagem: identificadas e categorizadas de acordo com a taxonomia NIC (Edição 7).

Para uma melhor análise, as intervenções de enfermagem foram agrupadas em oito categorias de acordo com sua finalidade. No entanto, esse agrupamento não define ou limita seu escopo, visto ser possível que algumas intervenções possam ser associadas a várias categorias em razão da ampla gama de ações que envolvem.

Um exemplo disso é a intervenção Supervisão (6650) que, de acordo com a taxonomia NIC, é definida como a aquisição, interpretação e síntese objetiva e contínua dos dados do paciente para a tomada de decisão clínica (BUTCHER et al., 2018), envolvendo atividades como:

- Determinar risco(s) à saúde do paciente, conforme apropriado.
- Monitorar os sinais vitais, conforme apropriado.
- Colaborar com o médico para instituir monitoração hemodinâmica invasiva, conforme apropriado.
- Monitorar o nível de conforto e agir de forma adequada.
- Monitorar a oxigenação e iniciar as medidas de promoção da oxigenação adequada de órgãos vitais.
- Monitorar a ocorrência de infecção, conforme apropriado.
- Monitorar o estado nutricional, conforme apropriado.
- Monitorar a função gastrointestinal, conforme apropriado.
- Monitorar os padrões de eliminação, conforme apropriado.
- Registrar tipo e quantidade de drenagem de sondas e orifícios e avisar ao médico sobre mudanças importantes.

O QUADRO 9 mostra a operacionalização das variáveis.

QUADRO 9 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Variáveis		Operacionalização das variáveis	Tipo de variável
Variáveis Sociodemográficas	Idade	<ul style="list-style-type: none"> • Número de anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitativo Contínuo
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • 1-Mulher • 2-Homem 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo Nominal
	Local de Residência	<ul style="list-style-type: none"> • 1-Curitiba • 2-Região Metropolitana • 3-Outras cidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo Nominal
	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • 1-Casado (a) • 2-União Livre • 3-Solteiro (a) • 4-Divorciado(a) • 5-Viúvo (a) • 6-Separado (a) 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo Nominal
	Raça	<ul style="list-style-type: none"> • 1-Branca • 2-Preta • 3-Parda • 4-Amarela • 5-Indígena 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo Nominal
	Nome da Doença Respiratória Crônica, segundo CID-10	<ul style="list-style-type: none"> • J40-J44-Bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas. • J45-J46-Asma • J47-Bronquiectasia • J60-J65-Pneumoconiose 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo Nominal
Variáveis Clínicas	Tempo de evolução da doença SARS-CoV 2 o Coronavírus – COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Número de dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitativo Contínuo
	Tempo de institucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Número de dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitativo Contínuo
	Fatores de Risco	<ul style="list-style-type: none"> • 1-Consumo de tabaco • 2-Consumo de álcool • 3-Obesidade • 4-Sedentarismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo Nominal

QUADRO 9 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

(conclusão)

Variáveis Clínicas	Comorbidades		• Qualitativo Nominal
		<ul style="list-style-type: none"> • 1-Hipertensão • 2-Diabetes • 3-Dislipidemia • 4-Câncer • 5-Outras • Domínio 1. Promoção da saúde • Domínio 2. Nutrição • Domínio 3. Eliminação e troca • Domínio 4. Atividade/repouso • Domínio 5. Percepção/cognição • Domínio 6. Autopercepção • Domínio 7. Papéis e relacionamentos • Domínio 8. Sexualidade • Domínio 9. Enfrentamento/tolerância ao estresse • Domínio 10. Princípios da vida • Domínio 11. Segurança/proteção • Domínio 12. Conforto • Domínio 13. Crescimento/desenvolvimento 	• Qualitativo Nominal
Ações de enfermagem	Classificação de Intervenções de enfermagem (NIC)	<ul style="list-style-type: none"> • Domínio 1. Fisiológico Básico • Domínio 2. Fisiológico Complexo • Domínio 3. Comportamental • Domínio 4. Segurança • Domínio 5. Família • Domínio 6. Sistemas de Saúde • Domínio 7. Comunidade 	• Qualitativo Nominal
	Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)	<ul style="list-style-type: none"> • Domínio 1. Saúde Funcional • Domínio 2. Saúde Fisiológica • Domínio 3. Saúde Psicossocial • Domínio 4. Conhecimento em Saúde e Comportamento • Domínio 5. Saúde Percebida • Domínio 6. Saúde Familiar • Domínio 7. Saúde Comunitária 	• Qualitativo Nominal

FONTE: A autora (2020).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise e o processamento dos dados adquiridos nos prontuários foram realizados pela pesquisadora no programa *Epi info 7*[®] (CDC.; Atlanta, GA). Para o processo de análise de dados, primeiramente foi necessário importar os dados obtidos dos formulários preenchidos no programa *Epi info 7*[®], formando uma base de dados em *Microsoft Excel*[®]. O suporte adicional foi obtido de um profissional com conhecimento estatístico avançado.

Realizou-se uma análise descritiva univariada, com estudo das variáveis quantitativas segundo sua distribuição, e os resultados apresentados em medidas de tendências central e dispersão: médias e desvios-padrão, medianas e intervalos interquartis, conforme apropriado. As variáveis qualitativas são apresentadas em frequências absolutas e percentuais. A apresentação dos resultados deu-se por tabelas e quadros.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, em 28 de outubro de 2020, sob o parecer nº 4.367.526 e CAAE: 39018620.9.0000.0102 (ANEXO 1), e pelo Comitê de Ética da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, em 29 de janeiro de 2021, sob o parecer nº 4.516.330 e CAAE: 39018620.9.3001.5225 (ANEXO 2). Após aprovação, foram coletados os dados na Instituição e obedecidos todos os preceitos éticos da resolução 466/2012. Não houve necessidade do Termo de Consentimento Esclarecido (TCLE), já que foi possível utilizar dados coletados nos prontuários.

4 RESULTADOS

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES INFECTADOS COM COVID-19 E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS

Foram incluídos neste estudo 42 prontuários de pacientes adultos com diagnóstico de COVID-19 e doença respiratória crônica. Observou-se que a média de idade para todos os pacientes foi de 56,5 anos, que variou entre 20 e 91 anos, predominando a faixa etária de 40 a 69 (57,1%). A TABELA 5 mostra a distribuição dos prontuários selecionados segundo a faixa etária.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, CURITIBA, 2021

Idade	n	%
20-29	6	14,2
30-39	2	4,76
40-49	8	19
50-59	7	16,6
60-69	9	21,4
70-79	4	9,52
80-89	5	11,9
90-99	1	2,38
Total	42	100

FONTE: A autora (2021).

Em relação ao sexo, a proporção entre homens e mulheres foi equitativa, com razão de um homem para cada mulher, dos quais 30,9% (n=13) eram de raça branca. Quanto ao estado civil, 35,7% (n=15) eram casados, 7,14% (n=3) viúvos, 2,38% (n=1) separados, 2,38% (n=1) viviam em união livre e 52,3% (n=22) dos casos não tinham informação.

Por outro lado, verificou-se que 85,7% (n=36) das pessoas residiam na área urbana, 9,3% (n=4) em área rural e 4,7% (n=2) dos prontuários não continham informações sobre a residência. A TABELA 6 mostra a distribuição dos prontuários selecionados segundo sexo, raça, estado civil e local de residência.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO SEXO, RAÇA, ESTADO CIVIL, LOCAL DE RESIDÊNCIA, CURITIBA, 2021

Categorização	n	%
Sexo		
Masculino	21	50,0
Feminino	21	50,0
Total	42	100,00
Raça		
Branca	13	30,9
Desconhecida	29	69,0
Total	42	100,00
Estado civil		
Casado	15	35,7
Separado	1	2,38
Viúvo	3	7,14
União Livre	1	2,38
Desconhecido	22	52,3
Total	42	100,00
Local de residência		
Urbana	36	83,7
Rural	4	9,30
Desconhecido	2	4,76
Total	42	100,00

FONTE: A autora (2021).

4.2 PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES INFECTADOS COM COVID-19 E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS

Em relação às variáveis clínicas: 61,9% (n=26) dos pacientes sofriam de asma e 30,9% (n=13), de DPOC, a segunda doença respiratória crônica mais frequente. Todavia, outras doenças respiratórias com características semelhantes, como a Fibrose pulmonar, Bronquite crônica e Enfisema, também foram encontradas em menor grau. A TABELA 7 mostra a distribuição dos prontuários selecionados segundo a doença crônica respiratória.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO A DOENÇA CRÔNICA RESPIRATÓRIA, CURITIBA, 2021

Doença respiratória crônica de acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID-10	n	%
J42X-Bronquite crônica, não especificada	1	2,38
J439-Enfisema, não especificado	1	2,38
J449-Doença pulmonar obstrutiva crônica, não especificada	13	30,9
J459-Asma, não especificada	26	61,9
J841-Outras doenças pulmonares intersticiais com fibrose	1	2,38
Total	42	100,00

FONTE: A autora (2021).

A presença de comorbidades crônicas não respiratórias também foi constatada, com alta prevalência de hipertensão Arterial Sistêmica com 59,5% (n=25), seguida do Diabetes Mellitus tipo II com 30,9% (n=13) e outras doenças cardiovasculares com 16,6% (n=7). Condições como hipotireoidismo, insuficiência renal crônica, Câncer, Epilepsia e HIV também foram registradas em menor porcentagem.

Além das condições citadas acima, fatores de risco para essas doenças estiveram presentes em mais da metade de toda a amostra, incluindo a obesidade com 26,1% (n=11) e/ou o consumo de tabaco com 23,8% (n=10). As TABELAS 8 e 9 mostram, respectivamente, a distribuição de fatores de risco e de comorbidades não respiratórias encontradas nos prontuários.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO FATORES DE RISCO, CURITIBA, 2021

Fatores de risco	n	%
Consumo de tabaco	10	23,8
Obesidade	11	26,1
Sedentarismo	1	2,38
Sem fator de risco	20	47,6
Total	42	100,00

FONTE: A autora (2021).

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO COMORBIDADES CRÔNICAS NÃO RESPIRATÓRIAS, CURITIBA, 2021

Doença crônica não respiratória	n	%
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)		
Pacientes com a doença	25	59,5
Pacientes sem a doença	17	40,4
Total	42	100,00
Diabetes Mellitus tipo II (DM)		
Pacientes com a doença	13	30,9
Pacientes sem a doença	29	69,0
Total	42	100,00
Doença Cardiovascular		
Pacientes com a doença	7	16,6
Pacientes sem a doença	35	83,3
Total	42	100,00
Hipotireoidismo		
Pacientes com a doença	3	7,14
Pacientes sem a doença	39	92,8
Total	42	100,00
Insuficiência Renal Crônica (IRC)		
Pacientes com a doença	3	7,14
Pacientes sem a doença	39	92,8
Total	42	100,00
Câncer		
Pacientes com a doença	1	2,38
Pacientes sem a doença	41	97,6
Total	42	100,00
Vírus da imunodeficiência humana (HIV)		
Pacientes com a doença	1	2,38
Pacientes sem a doença	41	97,6
Total	42	100,00
Epilepsia		
Pacientes com a doença	1	2,38
Pacientes sem a doença	41	97,6
Total	42	100,00

FONTE: A autora (2021).

Por outro lado, o tempo médio de internação desses pacientes foi de 11 dias entre a enfermagem e a UTI. No entanto, 59,5% (n=25) deles não necessitaram de internação no serviço de alta complexidade, com 61,9% (n=26) dos casos recebendo alta para o domicílio por melhora clínica. Outros 14,2% (n=6) foram transferidos para uma instituição de saúde diferente e 23,8% (n=10) faleceram. A TABELA 10 mostra a distribuição dos prontuários selecionados segundo a internação hospitalar e o tipo de desfecho.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO INTERNAÇÃO HOSPITALAR E TIPO DE DESFECHO, CURITIBA, 2021

Internação hospitalar e desfecho	n	%
Internação Hospitalar		
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	17	40,4
Enfermaria	25	59,5
Tipo de Desfecho		
Alta hospitalar	26	61,9
Morte	10	23,8
Transferência para outra instituição	6	14,2

FONTE: A autora (2021).

Em relação a 40,4% (n=17) dos pacientes que necessitaram da unidade de terapia intensiva, a proporção entre sexos foi semelhante, com ligeiro predomínio do sexo masculino e idade superior a 60 anos na maioria dos casos. Desses pacientes, 35,2% (n=6) foram transferidos para a enfermaria e, posteriormente, receberam alta para o domicílio, 5,88% (n=1) foram transferidos para outra instituição de saúde e 58,8% (n=10) foram a óbito. A TABELA 11 mostra a distribuição dos prontuários segundo a internação hospitalar na UTI.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO A INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI, CURITIBA, 2021

Categorização	n	%
Idade		
30-39	1	5,88
50-59	2	11,7
60-69	7	41,1
70-79	3	17,6
80-89	4	23,5
Total	17	100,00
Sexo		
Masculino	9	52,9
Feminino	8	47,0
Total	17	100,00
Necessidade de oxigênio suplementar		
Ventilação mecânica invasiva	8	47,0
Dispositivos de oxigênio não invasivos	9	52,9
Total	17	100,00
Tipo de Desfecho da UTI		
Alta hospitalar	6	35,2
Morte	10	58,8
Transferência para outra instituição	1	5,88
Total	17	100,00

FONTE: A autora (2021).

Uma alta prevalência de DPOC 52,9% (n=9), foi encontrada em pacientes internados na UTI com infecção por Covid-19, bem como Asma com 47,0% (n=8), requerendo oxigênio suplementar com ventilação mecânica invasiva em 47,0% (n=8) dos casos.

Em contrapartida, 82,3% (n=14) dos pacientes apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 41,1% (n=7) diabetes mellitus e 35,2% (n=6) doenças cardiovasculares. O consumo de tabaco foi o fator de risco mais relatado, observado em 35,2% (n=6) dos registros. As TABELAS 12 e 13 mostram, respectivamente, a distribuição das doenças crônicas e dos fatores de risco segundo a internação na Unidade de Terapia Intensiva-UTI.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO A INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI, CURITIBA, 2021

Doença crônica	n	%
Asma		
Pacientes com a doença	8	47,0
Pacientes sem a doença	9	52,9
Total	17	100,00
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)		
Pacientes com a doença	9	52,9
Pacientes sem a doença	8	47,0
Total	17	100,00
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)		
Pacientes com a doença	14	82,3
Pacientes sem a doença	3	17,6
Total	17	100,00
Diabetes Mellitus tipo II (DM)		
Pacientes com a doença	7	41,1
Pacientes sem a doença	10	58,8
Total	17	100,00
Doença Cardiovascular		
Pacientes com a doença	6	35,2
Pacientes sem a doença	11	64,7
Total	17	100,00
Hipotireoidismo		
Pacientes com a doença	2	11,7
Pacientes sem a doença	15	88,2
Total	17	100,00
Insuficiência Renal Crônica (IRC)		
Pacientes com a doença	2	11,7
Pacientes sem a doença	15	88,2
Total	17	100,00
Câncer		
Pacientes com a doença	1	5,88
Pacientes sem a doença	16	94,1
Total	17	100,00

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO A INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI, CURITIBA, 2021

	(conclusão)	
Vírus da imunodeficiência humana (HIV)		
Pacientes com a doença	1	5,88
Pacientes sem a doença	16	94,1
Total	17	100,00
Epilepsia		
Pacientes com a doença	1	5,88
Pacientes sem a doença	16	94,1
Total	17	100,00

FONTE: A autora (2021).

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES DE RISCO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI, CURITIBA, 2021

Fatores de risco	n	%
Consumo de tabaco	6	35,2
Obesidade	1	5,88
Sem fator de risco	10	58,8
Total	17	100,00

FONTE: A autora (2021).

No que diz respeito à mortalidade, 60,0% (n=6) dos falecidos eram mulheres com idade maior ou igual a 60 anos. As comorbidades frequentes nesses pacientes foram aquelas relacionadas ao sistema cardiovascular, encontrando hipertensão arterial em 100% (n=10) dos casos e em 60,0% cardiopatias, incluindo insuficiência cardíaca congestiva (ICC), infarto agudo do miocárdio (IAM), arritmias e doença arterial coronariana (DAC), enquanto 50,0% (n=5) dos falecidos sofria de diabetes.

Nesse caso, a distribuição das doenças respiratórias crônicas foi equitativa entre DPOC e asma, com 50,0% (n=5) de falecidos para cada doença. A necessidade de ventilação mecânica invasiva também foi observada em 50,0% (n=5) dos pacientes. As TABELAS 14, 15 e 16 mostram, respectivamente, a distribuição dos prontuários, doenças crônicas e fatores de risco segundo a mortalidade na UTI.

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SEGUNDO A MORTALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI, CURITIBA, 2021

	Mortalidade	n	%
Idade			
50-59		1	10,0
60-69		3	30,0
70-79		3	30,0
80-89		3	30,0
Sexo			
Masculino		4	40,0
Feminino		6	60,0
Necessidade de oxigênio suplementar			
Ventilação mecânica invasiva		5	50,0
Dispositivos de oxigênio não invasivos		5	50,0

FONTE: A autora (2021).

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO A MORTALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI, CURITIBA, 2021

	Doença crônica	n	%
Asma			
Pacientes com a doença		5	50,0
Pacientes sem a doença		5	50,0
Total		10	100,00
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)			
Pacientes com a doença		5	50,0
Pacientes sem a doença		5	50,0
Total		10	100,00
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)			
Pacientes com a doença		10	100,00
Pacientes sem a doença		0	0
Total		10	100,00
Diabetes Mellitus tipo II (DM)			
Pacientes com a doença		5	50,0
Pacientes sem a doença		5	50,0
Total		10	100,00
Doença Cardiovascular			
Pacientes com a doença		7	70,0
Pacientes sem a doença		3	30,0
Total		10	100,00
Hipotireoidismo			
Pacientes com a doença		2	20,0
Pacientes sem a doença		8	80,0
Total		10	100,00
Insuficiência Renal Crônica (IRC)			
Pacientes com a doença		1	10,0
Pacientes sem a doença		9	90,0
Total		10	100,00

FONTE: A autora (2021).

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES DE RISCO SEGUNDO MORTALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI, CURITIBA, 2021

Fatores de risco	n	%
Consumo de tabaco	2	20,0
Obesidade	1	10,0
Sem fator de risco	7	70,0
Total	10	100,00

FONTE: A autora (2021).

4.3 VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

4.3.1 Diagnósticos de enfermagem

Verificou-se que 69,0% (n=29) dos prontuários continham diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia NANDA-I, sendo 55,1% (n=16) procedentes de pacientes de UTI e 44,8% (n=13) da enfermaria. Contudo, em 30,9% (n=13) dos prontuários, em que não foi encontrado nenhum registro de diagnósticos de enfermagem, 92,3% (n=12) eram provenientes de pacientes da enfermaria e 7,69% (n=1), da UTI.

No total, 16 rótulos diagnósticos foram descritos nos registros de enfermagem, fazendo parte dos domínios 2. Nutrição, 3. Eliminação e troca, 4. Atividade/repouso, 5. Percepção/cognição, 7. Papéis e relacionamentos, 11. Segurança/Proteção e 12. Conforto.

Entre os diagnósticos de enfermagem frequentes descritos pelos enfermeiros, estavam Padrão respiratório ineficaz 50,0% (n=21), Risco de infecção 42,8% (n=18), Ventilação espontânea prejudicada 38,0% (n=16), Troca gasosa prejudicada 16,6% (n=7) e Risco de aspiração 14,2% (n=6). O QUADRO 10 mostra dos domínios, classes e diagnósticos de enfermagem nos prontuários, de acordo com a taxonomia NANDA-I.

QUADRO 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMÍNIOS, CLASSES E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NOS PRONTUÁRIOS DE ACORDO COM A TAXONOMIA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NANDA-INTERNACIONAL: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO, 2018-2020, CURITIBA, 2021

Domínio	Classe	Código	Diagnósticos de enfermagem	n	%
2. Nutrição	4. Metabolismo	00179	Risco de glicemia instável	1	2,38
3. Eliminação e troca	4. Função respiratória	00030	Troca de gases prejudicada	7	16,6
4. Atividade/repouso	2. Atividade/exercício	00085	Mobilidade física prejudicada	3	7,14
		00032	Padrão respiratório ineficaz	21	50,0
	4. Respostas cardiovasculares/pulmonares	00033	Ventilação espontânea prejudicada	18	38,0
		00228	Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	4	9,52
5. Percepção/cognição	4. Cognição	00173	Risco de confusão aguda	1	2,38
7. Papéis e relacionamentos	2. Relações familiares	00060	Processos familiares interrompidos	1	2,38
11. Segurança/proteção	1. Infecção	00004	Risco de infecção	18	42,8
		00039	Risco de aspiração	6	14,2
	2. Lesão física	00046	Integridade da pele prejudicada	3	7,14
		00047	Risco de integridade da pele prejudicada	4	9,52
		00155	Risco de quedas	2	4,46
		00248	Risco de integridade tissular prejudicada	3	7,14
		00274	Risco de termorregulação ineficaz	2	4,46
6. Termorregulação	00274	Risco de termorregulação ineficaz	2	4,46	
12. Conforto	1. Conforto físico	00132	Dor aguda	4	9,52
Total				98	100,0

FONTE: A autora (2021).

4.3.2 Intervenções de enfermagem

Em relação às intervenções de enfermagem, foram encontradas 48 descritas pelos profissionais de enfermagem nos prontuários, as quais se relacionaram de forma implícita com a taxonomia NIC.

As intervenções mais frequentes foram Monitorização dos sinais vitais 95,2% (n=40), Oxigenoterapia 92,8% (n=39), Supervisão 92,8% (n=39), Monitorização respiratória 83,3% (n=35), Monitorização neurológica 73,8% (n=31), Supervisão da pele 71,4% (n=30), Controle de infecções 66,6% (n=28), Controle da nutrição 64,2%

(n=27), Manutenção de dispositivos para acesso venoso 64,2% (n=27) e Proteção contra as infecções 54,7% (n=23).

Outras intervenções feitas pela equipe de enfermagem registradas em pelo menos metade dos prontuários foram banho 50,0% (n=21) e Controle do ambiente 50,0% (n=21). Enquanto algumas foram encontradas em menos de 3% dos casos, incluindo Terapia por hemodiálise, 2,38% (n=1), Controle da hiperglicemia, 2,38% (n=1), Aumentar os sistemas de apoio, 2,38% (n=1), e Planificação para alta médica, 2,38% (n=1).

O QUADRO 11 mostra a distribuição das intervenções de enfermagem encontradas nos prontuários, de acordo com a taxonomia NIC, categorizadas de acordo com sua finalidade.

QUADRO 11 - DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NOS PRONTUÁRIOS DE ACORDO COM A TAXONOMIA NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION NIC

Categoria	Intervenção de enfermagem	Código	n	%
Intervenções que visam a mitigar sintomas e/ou complicações de COVID-19 e doenças respiratórias crônicas, bem como as respostas metabólicas frente à infecção:	Oxigenoterapia	3320	39	92,8
	Manejo das vias aéreas	3140	7	16,6
	Ajuda a ventilação	3390	6	14,2
	Controle Ácido-Básico: Acidose Metabólica	1911	2	4,76
	Regulação da temperatura	3900	1	2,38
	Terapia por Hemodiálise	2100	1	2,38
	Controle da Hiperglicemia	2120	1	2,38
	Tratamento da febre	3740	1	2,38
	Monitorização dos sinais vitais	6680	40	95,2
	Monitoração Respiratória	3350	35	83,3
Intervenções que visam à vigilância clínica do paciente	Monitoração Neurológica	2620	31	73,8
	Supervisão da Pele	3590	30	71,4
	Monitoração Hemodinâmica Invasiva	4210	10	23,8
	Monitorização de líquidos	4130	4	9,50
	Controle de infecções	6540	28	66,6
Intervenções que visam à prevenção e ao controle de infecções.	Manutenção de Dispositivos para Acesso Venoso	2440	27	64,2
	Proteção contra as infecções	6550	23	54,7
	Cuidados Com Sondas: Urinário	1876	12	28,5
	Cuidados com Sondas e Drenos	1870	1	2,38
	Administração de medicamentos: endovenosa (EV)	2314	14	33,3

QUADRO 11 - DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NOS PRONTUÁRIOS DE ACORDO COM A TAXONOMIA NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION NIC

		(conclusão)	
Intervenções relacionadas à segurança e ao conforto do paciente	Supervisão	6650	39 92,8
	Controle da nutrição	1100	27 64,2
	Controle do ambiente	6480	21 50,0
	Banho	1610	21 50,0
	Troca de posição	0840	13 30,9
	Cuidados com Úlceras de Pressão	3520	6 14,2
	Cuidados Com Sondas: Gastrointestinal	1874	6 14,2
	Aspiração das vias aéreas	3160	5 11,9
	Precauções para evitar a aspiração	3200	2 4,76
	Manejo de Líquidos	4120	2 4,76
	Precauções Circulatórias	4070	1 2,38
	Cuidados Com Drenos: Torácico	1872	1 2,38
	Administração de medicamentos	2300	14 33,3
	Administração de medicamentos: endovenosa (EV)	2314	14 33,3
	Intervenções relacionadas a tratamentos farmacológicos	Terapia nutricional	1120
Controle de medicamentos		2380	10 23,8
Regulação Hemodinâmica		4150	8 19,0
Controle da Sedação		2260	3 7,14
Terapia intravenosa (i.v.)		4200	3 7,14
Administração de medicamentos: inalatória		2311	1 2,38
Administração de Nutrição Parenteral		1200	1 2,38
Punção Venosa		4190	5 11,9
Punção de Vaso: Amostra de Sangue Arterial		4232	2 4,76
Punção De Vaso: Amostra de Sangue Venoso		4238	2 4,76
Sondagem Vesical: Intermitente		0582	2 4,76
Cuidados Com Local de Incisão		3440	2 4,76
Aumentar os sistemas de apoio		5440	1 2,38
Planificação para alta médica		7370	1 2,38
Intervenções relacionadas a procedimentos de enfermagem		Intervenções psicossociais	
	Intervenções relacionadas à gestão administrativa		

FONTE: A autora (2021).

4.3.3 Resultados de enfermagem

O QUADRO 12 mostra os resultados de enfermagem da taxonomia NOC relacionados aos diagnósticos e intervenções identificados nos prontuários.

QUADRO 12 - RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS ÀS INTERVENÇÕES E DIAGNÓSTICOS NOS PRONTUÁRIOS, DE ACORDO COM A TAXONOMIA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION NOC

Resultado de enfermagem	Código NOC
Mobilidade	0208
Estado Respiratório: Troca Gasosa	0402
Estado Respiratório: Ventilação	0403
Perfusão Tissular: Periférica	0407
Estado Respiratório: Permeabilidade das Vias Aéreas	0410
Resposta à Ventilação Mecânica: Adulto	0411
Resposta ao Desmame da Ventilação Mecânica: Adulto	0412
Estado Respiratório	0415
Perfusão Tissular	0422
Gravidade da Acidose Respiratória Aguda	0604
Gravidade da Infecção	0703
Autocontrole da Asma	0704
Termorregulação	0800
Orientação Cognitiva	0901
Nível de Delírio	0916
Integridade Tissular: Pele e Mucosas	1101
Controle da Dor: aguda	1605
Ocorrência de Quedas	1912
Gravidade da Lesão Física	1913
Prevenção da Aspiração	1918
Controle de Riscos: Processo Infeccioso	1924
Nível de Dor	2102
Gravidade da Hiperglicemia	2111
Nível de Glicose no Sangue	2300
Funcionamento Familiar	2602
Integridade Familiar	2603
Normalização da Família	2604
Apoio da Família durante o Tratamento	2609
Autocontrole da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	3103

FONTE: Adaptado de Moorhead et al. (2008).

5 DISCUSSÃO

Este estudo tem como objetivo analisar as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem aos pacientes com doenças respiratórias crônicas acometidos pela COVID-19 e correlacionar essas ações com as linguagens padronizadas de enfermagem, bem como descrever o perfil sociodemográfico e clínico dessa população.

A maioria dos achados encontrados corresponde às expectativas para as variáveis analisadas, sendo semelhantes aos descritos em outras investigações sobre a COVID-19 desde o início da pandemia. Os resultados são discutidos a seguir de acordo com os perfis sociodemográfico, clínico e as ações de enfermagem.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

No delineamento deste estudo, a média de idade para todos os pacientes foi de 56,5 anos, sendo a maioria adultos entre 40 e 69 anos (57,1%), com uma proporção homem-mulher equitativa entre os dois sexos (50%).

A respeito das características sociodemográficas, um estudo observacional multicêntrico retrospectivo realizado em três estados do Brasil com 2.000 pacientes afetados pelo COVID-19 apresentou uma média de idade semelhante (59 anos), com uma proporção ligeiramente maior de homens, sendo 52,6% da população do sexo masculino (MARCOLINO et al., 2021). Outros resultados semelhantes foram obtidos em dois estudos de série de casos conduzidos na China com mais de 100 pacientes infectados por COVID-19, em que a média de idade foi de 56 e 57 anos, com proporção de homens entre 50 e 54% (WANG et al; ZHANG et al, 2020).

Uma série realizada nos Estados Unidos com cerca de 5.000 pacientes apresentou média de idade maior (63 anos), com predomínio de homens (60,3%) acometidos pelo vírus (RICHARDSON, HIRSCH, NARASIMHAN et al., 2020). Porém, essa variação de idade e sexo pode ser atribuída ao maior número de casos neste estudo, bem como a uma faixa etária mais ampla.

5.2 PERFIL CLÍNICO

Em relação às doenças respiratórias crônicas, uma alta prevalência de asma (61,9%) foi observada, seguida da DPOC (30,9%), sendo a primeira comum entre as mulheres e a DPOC entre os homens. Esses resultados são superiores aos relatados em estudos conduzidos na China, em que a prevalência de DPOC foi de 3% e nenhum caso de asma foi relatado (WANG et al; ZHANG et al., 2020).

Em contrapartida, na Espanha, um estudo conduzido com 168 pacientes adultos também relatou baixa prevalência dessas doenças entre os infectados por COVID-19 (GARCÍA-PACHÓN et al., 2020). Enquanto nos Estados Unidos, essa proporção foi maior do que o relatado neste estudo, encontrando asma em 479 (9%) dos casos e DPOC em 287 (5,4%) (RICHARDSON, HIRSCH, NARASIMHAN et al., 2020).

Estudo multicêntrico conduzido no Brasil também mostrou índice maior dessas doenças (MARCOLINO et al., 2021). É provável que a heterogeneidade dos resultados se deva aos poucos estudos de prevalência dessas duas doenças no Brasil (MORALES, 2018; CRUZ, PEREIRA, 2020). Todavia, embora os estudos populacionais sobre asma em adultos na América Latina sejam escassos, uma alta prevalência dessa doença tem sido relatada no Brasil nas últimas duas décadas (CARDOSO et al., 2017; GLOBAL ASTHMA NETWORK, 2018), atingindo 5,3% da população adulta em 2019, com maior concentração nas regiões Sudeste e Sul do país (IBGE, 2020).

De outra forma, a escassez de informação sobre a prevalência dessa condição em adultos faz com que haja poucos dados sobre o quanto ela afeta essa população, podendo ser confundida com outras doenças respiratórias crônicas comuns nessa faixa etária, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, o que resultaria em sub-registro de casos (GLOBAL ASTHMA NETWORK, 2018).

Com respeito à DPOC, uma elevada ocorrência também tem sido descrita no Brasil. Uma metanálise com revisão sistemática de 12 estudos epidemiológicos feitos no país descreveu prevalência dessa doença na população brasileira superior à estimada para a população mundial (17% vs. 11,4%), bem como maior ocorrência em homens (CRUZ, PEREIRA, 2020), o que concorda com os achados deste estudo.

Em relação às comorbidades crônicas não respiratórias, as condições frequentes foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (59,5%), Diabetes Mellitus (30,9%)

e as Doenças Cardiovasculares (16,6%), bem como fatores de risco para o seu desenvolvimento, como obesidade (26,1%) e tabagismo (23,8%).

No Brasil, essas três doenças são responsáveis por grande carga de morbidade em adultos, sendo a HAS a principal causa, afetando cerca de 38 milhões de pessoas (23,9%), seguida pelos problemas crônicos de coluna (21,6%), DM (7,7%) e Doença Cardiovascular (5,3%) (IBGE, 2020c).

Sob outra perspectiva, a alta prevalência dessas condições nesta pesquisa é consistente com os achados sobre as características clínicas associadas de pacientes com COVID-19 relatadas em outros estudos desde o início da pandemia (CHEN et al., 2020; RICHARDSON, HIRSCH, NARASIMHAN et al., 2020; WANG et al., 2020).

Também foi descrito que pessoas com essas doenças têm maior probabilidade de necessitar de hospitalização. Em um estudo com 5.416 infectados pelo SARS CoV-2, a presença conjunta desse vírus e condições como obesidade, doença renal crônica, diabetes e hipertensão foram associadas a um risco 3 vezes maior de necessitar de internação hospitalar (KO et al., 2020).

Essas condições bem como uma idade avançada (idade >60 anos) e fatores relacionados ao estilo de vida (tabagismo, obesidade) também foram associados ao desenvolvimento de formas graves de COVID-19, bem como a maiores complicações (CDC, 2020; WOLFF et al., 2020), necessitando de cuidados mais complexos e internação em Unidade de Terapia Intensiva.

Isso é consistente com nossos resultados, uma vez que a maioria dos pacientes que necessitaram da UTI (82,3%) tinha mais de 60 anos de idade e apresentavam uma ou mais comorbidades, sendo condições comuns hipertensão arterial (82,3%), DPOC (52,9%) e asma (47,0%). Outras condições, como diabetes (41,1%) e doenças cardiovasculares (35,2%), também foram encontradas em proporção significativa.

Uma metanálise que avaliou 7 estudos de coorte retrospectivos com 1.800 indivíduos com COVID-19 na China revelou resultados semelhantes, encontrando alta associação entre a necessidade de UTI e presença de hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e DPOC, sendo esta última o maior preditor de internação. No caso do diabetes, a prevalência foi aproximadamente 3 vezes maior nesses pacientes (JAIN; YUAN, 2020).

Quanto ao sexo, foi apontado que homens têm maior risco de desenvolver uma forma grave da doença e necessitar de um serviço de alta complexidade (JAIN;

YUAN, 2020; WOLFF et al., 2020), sendo congruente com o encontrado nesta pesquisa em que a proporção de homens (52,9%) internados neste serviço, embora discreta, foi maior.

Entretanto, as condições descritas acima também foram mencionadas como responsáveis por maior mortalidade em pacientes infectados com COVID-19 (WOLFF et al., 2020), o que foi evidenciado neste estudo, dada a alta prevalência dessas condições entre os falecidos, sendo a HAS (100%) a comorbidade mais comum, seguida por outras doenças cardiovasculares (70,0%).

Idade acima de 60 anos também foi um fator comum nesses pacientes (90,0%). Porém, ao contrário do apontado em outros estudos, a mortalidade foi maior entre as mulheres (60,0%) e uma prevalência significativa de asma (50,0%) também foi evidenciada.

Tem sido indicado que as mulheres, em geral, apresentam respostas imunes mais fortes do que os homens, ligadas a uma alta densidade de genes, no cromossomo X, relacionados à regulação do sistema imunológico, além de hormônios como o estrogênio, que atuam como fator de proteção, evitando o desenvolvimento de uma forma grave de COVID-19 (SHARMA et al., 2020).

No entanto, essas substâncias tendem a diminuir com o envelhecimento e o início da menopausa, o que pode aumentar o risco de gravidade e morte durante a infecção (DING et al., 2020), o que poderia explicar a alta taxa de mortalidade deste estudo, visto que, em geral, as mulheres que morreram eram mais velhas do que os homens, com média de idade de 76 vs. 69 anos, respectivamente.

5.3 AÇÕES RELACIONADAS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

De maneira geral, a maioria dos diagnósticos de enfermagem encontrados estava relacionada à avaliação de fatores fisiológicos do sistema respiratório e ao risco de infecção. Apesar disso, também foram relatados aqueles relacionados ao estado da pele, à perfusão dos tecidos, à presença de dor, à capacidade de mobilidade física, à ruptura da dinâmica familiar e à regulação das respostas metabólicas à infecção, como controle de temperatura e glicemia.

Esse predomínio de diagnósticos orientados ao sistema respiratório e vigilância da infecção era algo esperado, visto que COVID-19 é uma doença passível de contágio, que atinge principalmente os pulmões, gerando alterações no padrão

respiratório, podendo causar distúrbios na ventilação e trocas gasosas, que podem levar à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS).

Por outro lado, ao analisar as intervenções de enfermagem, encontrou-se concordância com os problemas descritos nos diagnósticos. Algumas dessas atividades são rotineiras em pacientes hospitalizados de qualquer natureza, como monitoramento de sinais vitais, avaliação da pele e estado de consciência. Enquanto outras intervenções visavam ao controle dos sintomas respiratórios da doença, como administração de oxigênio, monitoramento da respiração, manejo e aspiração de vias aéreas e ajuda a ventilação. Intervenções voltadas para o controle e proteção contra infecções também foram frequentes nos registros feitos pela equipe de enfermagem nesses pacientes.

Também foram descritas intervenções voltadas à segurança e ao conforto do paciente, à administração de medicamentos (vias intravenosa e inalatória), à realização de procedimentos (punção venosa e arterial) e aos cuidados com dispositivos médicos (cateteres e sondas), à mobilização do paciente e ao atendimento de necessidades básicas como banho e alimentação.

Algumas intervenções, como monitoramento de sinais vitais, identificação de riscos, prevenção infecções, cuidados com a pele, entre outras, foram sugeridas em uma revisão da literatura derivada desta dissertação, como possíveis intervenções de enfermagem necessárias para o cuidado de pessoas com COVID-19 e doenças crônicas, com base em experiências anteriores com outros coronavírus (ARIAS et al., 2021).

As ações de enfermagem relatadas nesta pesquisa também foram consistentes com algumas sugeridas por um estudo conduzido por sete enfermeiras especialistas em taxonomias NANDA-I, NIC e NOC que propuseram diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com esta terminologia, bem como suas possíveis ligações, para pacientes com COVID-19 (SWANSON et al., 2021).

Outro estudo recente conduzido no Irã sobre intervenções de enfermagem com 1.344 prontuários de pacientes com COVID-19 relatou resultados semelhantes, encontrando alta incidência de ações voltadas para o controle ambiental, proteção contra infecções, administração de medicamentos, posicionamento, monitoramento respiratório e monitoramento de sinais vitais (ASGHARI, ARCHIBALD, ROSHANGAR, 2021).

Todavia, é interessante que, embora tenha sido descrito que COVID-19 pode ter um impacto negativo na saúde mental das pessoas afetadas, causando ansiedade, estresse ou depressão (WANG et al., 2021), não foram registradas intervenções destinadas a tratar esses tipos de problemas, sendo isso também relatado no estudo iraniano.

Em relação aos resultados de enfermagem, embora não tenham sido observadas referências à utilização dos resultados segundo a taxonomia NOC nos registros de enfermagem, foi possível relacionar alguns dos resultados propostos nesta ferramenta com os diagnósticos e intervenções identificados, sendo observado novamente predomínio para a dimensão fisiológica.

A falta de ações voltadas para a dimensão psicológica pode estar relacionada ao fato de a COVID-19 afetar principalmente a condição física, podendo comprometer gravemente funções vitais em pessoas com mais de 60 anos e com comorbidades (CDC, 2020), a maioria neste estudo, o que justificaria a alta prevalência de intervenções fisiológicas nesses pacientes (ASGHARI, ARCHIBALD, ROSHANGAR, 2021).

Entretanto, a alta demanda de cuidados de enfermagem ao paciente crítico gera aumento da carga de trabalho (LUCCHINI et al., 2020), o que pode limitar o tempo que o enfermeiro dedica a outras atividades, como a avaliação dos aspectos psicossociais e até a descrição dos cuidados realizados.

A diversidade de ações descritas neste estudo expõe o complexo espectro de situações que o profissional de enfermagem deve enfrentar no cuidado ao paciente com COVID-19, as quais requerem conhecimento científico e habilidade prática para garantir um resultado adequado (CANOLES, CALLE, 2018).

Além disso, o papel desempenhado pela equipe de enfermagem no cuidado de pacientes infectados por COVID-19 também é notável, intervindo não apenas nos fatores relacionados ao processo patológico, mas também no estado de vulnerabilidade e de dependência gerado pela hospitalização.

Em relação ao uso de linguagens padronizadas de enfermagem, a única LPE descrita nos registros eletrônicos neste estudo foi a taxonomia da NANDA-I por meio de seus rótulos diagnósticos, sendo relatada principalmente por profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva.

Contudo, não foi encontrada uma descrição explícita do uso das taxonomias NIC e NOC, porém as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem relatadas

em linguagem natural puderam ser traduzidas para a taxonomia NIC e ser relacionadas aos resultados encontrados na taxonomia NOC, sendo semelhantes aos propostos por Swanson e colaboradores (2021).

A falta de uso da LPE pode estar relacionada a diversos fatores que, embora fora do escopo deste estudo, foram descritos em outras pesquisas. Alguns desses fatores estão relacionados à percepção que os profissionais de enfermagem têm dessas ferramentas, sendo consideradas uma linguagem complexa e de difícil aplicação na prática.

Um estudo conduzido na Nigéria, que avaliou a percepção de enfermeiras de três hospitais sobre LPE (NANDA-I, NIC, NOC) e como as utilizam, constatou que apenas 5,4% sabiam definir corretamente o que são, enquanto 55,4% achavam que seu uso pode ser complicado e apenas 24,6% costumam utilizar o processo de enfermagem para cuidar do paciente (OLATUBI et al., 2019).

Não obstante, o estudo destaca o reconhecimento pelas enfermeiras, quando as linguagens padronizadas foram utilizadas, como ferramenta fundamental para uma assistência de enfermagem de qualidade, mas com pouco uso (OLATUBI et al., 2019).

Outros estudos referiram como causas para a não utilização de LPE a falta de um sistema padronizado nos prontuários que facilite a inclusão de uma linguagem comum como as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC na prática diária de enfermagem, bem como a elevada carga de tarefas desempenhadas, que limitariam o tempo para aplicação do processo de enfermagem, portanto, dessa linguagem (CONRAD et al., 2012; CABALLERO et al., 2015; CAMPOS et al., 2017).

De outro modo, embora as pesquisas sobre linguagens padronizadas de enfermagem tenham aumentado nas últimas décadas, um dos maiores problemas é a escassez de estudos de longo alcance que exponham os resultados de sua aplicabilidade na prática em razão do grande número de cenários e dos diferentes contextos em que a enfermagem atua (TASTAN et al., 2014).

Por esse motivo, são necessários mais estudos que visem à utilização de LPE na prática diária, não só para tornar visível a eficácia das ações empreendidas pela equipe de enfermagem e seus resultados, mas também para garantir uma assistência mais organizada pela utilização de uma linguagem comum que pode ser transmitida a toda a equipe de saúde, resultando em melhor qualidade de atendimento (TASTAN et al., 2014).

5.4 LIMITAÇÕES

As limitações desta pesquisa decorrem de sua natureza observacional e retrospectiva, dependendo da qualidade e integralidade das informações registradas nos prontuários, o que pode incorrer em viés de informação com sub ou superestimação dos resultados.

6 CONCLUSÕES

Constatou-se que as ações de enfermagem para o cuidado às pessoas com doenças respiratórias acometidas pelo COVID-19 estão voltadas principalmente para o tratamento e o controle dos sintomas respiratórios e do processo infeccioso. Foi possível identificar 16 rótulos diagnósticos de acordo com a taxonomia NANDA-I, sendo os mais comuns Padrão respiratório ineficaz, Risco de infecção e Ventilação espontânea prejudicada.

Em relação às intervenções de enfermagem, foram identificadas 48 de acordo com a taxonomia NIC, a maioria direcionada à dimensão fisiológica. As 10 intervenções mais comuns foram Monitorização dos sinais vitais, Oxigenoterapia, Supervisão, Monitorização respiratória, Monitorização neurológica, Supervisão da pele, Controle de infecções, Controle da nutrição, Manutenção de dispositivos para acesso venoso e Proteção contra as infecções.

Essas ações permitem estabelecer medidas para corrigir e/ou aliviar os sintomas da doença, bem como prevenir possíveis complicações pela supervisão da evolução clínica, identificação dos riscos, estabelecimento de medidas corretivas e pelo controle dos sintomas, fazendo da equipe de enfermagem um elemento fundamental no cuidado aos pacientes internados pela COVID-19.

No entanto, apesar de não ter encontrado uma descrição dos resultados de enfermagem, foi possível relacionar os resultados propostos na taxonomia NOC com os diagnósticos e intervenções identificados nos prontuários, sendo a maioria ações dirigidas à resolução de problemas de dimensão fisiológica.

Por outro lado, embora as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem e seus cuidados sejam reconhecidos em algum nível em todas as esferas em que atuam, a ausência de uma linguagem comum para expressá-los limita o reconhecimento desses dados e a possibilidade de pesquisas a esse respeito.

Os resultados deste estudo destacam a importância da prática de enfermagem no contexto da pandemia por COVID-19, em especial na assistência às pessoas com doenças respiratórias crônicas, oferecendo uma visão da ampla variedade e alcance das ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante o processo de cuidar.

Uma contribuição para a prática profissional decorrente deste estudo foi a correlação do cotidiano de trabalho dos profissionais de enfermagem com as

taxonomias NANDA-I, NIC e NOC, o que torna visível a utilidade do uso das linguagens padronizadas de enfermagem na prática por favorecer a organização do processo de cuidar, o que pode otimizar a qualidade da assistência dada.

Em contrapartida, ao facilitar a sistematização das informações sobre o processo de cuidar, as LPE permitem uma melhor visualização da complexidade do trabalho dos profissionais de enfermagem e oferecem uma oportunidade para refletir sobre a abrangência e a variedade de suas ações.

Finalmente, os achados deste estudo fornecem dados que podem auxiliar as próximas gerações de profissionais de enfermagem na busca por informações para o combate a futuras pandemias, bem como servir de exemplo para a aplicação das linguagens padronizadas de enfermagem na prática clínica, o que poderia orientar o ensino e a educação.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA ESTADUAL DE NOTÍCIAS. **Saúde**: Hospital do Trabalhador terá novo ambulatório de especialidades. 2020. Disponível em: <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=104498&tit=Hospital-do-Trabalhador-tera-novo-ambulatorio-de-especialidades>. Acesso em: 21 ago. 2020.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicación del Proceso Enfermero: Fomentar el Cuidado en Colaboración**. 5. ed. Barcelona: Elsevier, 2003.
- ANAND, K. B. et al. **SARS-CoV-2: Camazotz's Curse. Medical Journal Armed Forces India**, v. 76, n. 2, p. 136-141, 2020. Disponível em: 10.1016/j.mjafi.2020.04.008. Acesso em: 15 mar. 2020.
- ARIAS, J. M. V. et al. **Cuidados en enfermería a personas con enfermedades crónicas e infección pulmonar por coronavirus: revisión integrativa. Aquichan**, v. 21, n. 2, p. e2122, 2021. Disponível em: 10.5294/aqui.2021.21.2.2. Acesso em: 29 set. 2021.
- ASGHARI, E.; ARCHIBALD, M.; ROSHANGAR, F. **Nursing interventions for patients with COVID-19: A medical record review and nursing interventions classification study. International Journal of Nursing Knowledge**, v. 33, n. 1, p. 57-63, 2021. Disponível em: 10.1111/2047-3095.12332. Acesso em: 20 ago. 2021.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico nº 01**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf>. Acesso em: 18 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 29 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Coronavírus: o que você precisa saber e como prevenir o contágio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em 29 de junho de 2020.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico nº 84**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/dezembro/11/boletim_epidemiologico_covid_92_10dez21.pdf. Acesso em: 10 out. 2021.
- BULECHEK, G. M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6. ed. [S. l.]: Elsevier, 2016.
- BUTCHER, H. K. et al. **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)**. 7. ed. rev. e atual. Espanha: Elsevier, 2018, p. 528.

BURNEY, P., JARVIS, D., PEREZ-PADILLA, R. *The global burden of chronic respiratory disease in adults*. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 19, n. 1, p. 10–20, 2015. Disponível em: 10.5588/ijtld.14.0446. Acesso em: 15 mar. 2020.

CABALLERO, E., AGUIAR, N., ALEGRIA, M. et al. *Nivel de uso del lenguaje estandarizado en el proceso de enfermería*. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, v. 4, n. 1, p. 39-45, 2015. Disponível em: 10.22235/ech.v4i1.530. Acesso em: 29 set. 2021.

CACHÓN PÉREZ, J. M., ÁLVAREZ-LÓPEZ, C., PALACIOS-CEÑA, D. *El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: Abordaje fenomenológico*. **Enfermería Intensiva**, v. 23, n. 2, p. 68–76, 2012. Disponível em: 10.1016/j.enfi.2011.12.001. Acesso em: 24 mar. 2020.

CAMPOS, C. et al. *Conocimientos y uso clínico de la metodología enfermera (NANDA, NIC, NOC) en enfermeras/os que trabajan en Chile*. **Revista Iberoamericana de Educacion e investigacion en enfermería**, v. 7, n. 1, p. 33-42, 2017. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/232/conocimientos-y-uso-clinico-de-la-metodologia-enfermera-nanda-nic-noc-en-enfermeras-os-que-trabajan-en-chile/>. Acesso em: 6 set. 2021.

CANOLES, O.; CALLE, Z. K. S. *Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano*. **Universidad y Salud**, v. 2, n. 20, p. 171-182, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>. Acesso em: 21 set. 2021.

CARDOSO, T. et al. *The impact of asthma in Brazil: a longitudinal analysis of data from a Brazilian national database system*. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 43, n. 03, pp. 163-168, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000352>. Acesso em: 6 set. 2021.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. L. M.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 134-141, 2013. Disponível em: 10.1590/S0034-71672013000700017. Acesso em: 26 out. 2020.

CDC. *National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD). Division of Viral Diseases. People with Certain Medical Conditions*. 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>. Acesso em: 29 set. 2021.

CDC. *National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD). Division of Viral Diseases. Understanding How COVID-19 Vaccines Work*. 2021. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/different-vaccines/how-they-work.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F20

19-ncov%2Fvaccines%2Fabout-vaccines%2Fhow-they-work.html. Acesso em: 29 set. 2021

CELEPAR. **Gestão Hospitalar-GSUS**. 2020. Disponível em: <http://www.celepar.pr.gov.br/Solucoes/Pagina/Gestao-Hospitalar>. Acesso em: 30 jul. 2020.

CHAN, J. F. W. et al. *A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster*. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 514–523, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9). Acesso em: 15 fev. 2020.

CHEN, N. et al. *Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study*. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 507-513, 2020. Disponível em: [10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7). Acesso em: 30 ago. 2021.

COMPLEXO HOSPITALAR DO TRABALHADOR. **Apresentação**. 2020. Disponível em: <http://www.cht.pr.gov.br/Pagina/Apresentacao>. Acesso em: 21 ago. 2020.

CONRAD, D. et al. *Identifying the barriers to use of standardized nursing language in the electronic health record by the ambulatory care nurse practitioner*. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 24, n. 7, p. 443-51, 2012. Disponível em: [10.1111/j.1745-7599.2012.00705.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00705.x). Acesso em: 10 ago. 2020.

CRUZ, M., PEREIRA, M. Epidemiologia da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no Brasil: uma revisão sistemática e meta-análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4547-4557, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00222019>. Acesso em: 29 ago. 2021.

CURITIBA. Secretaria municipal da saúde. **Painel semanal sobre a evolução da COVID-19 em Curitiba**. 2021. Disponível em: <https://coronavirus.curitiba.pr.gov.br/painelcovid/>. Acesso em: 20 dez. 2021.

DATASUS. **Aplicativos Hospitalares**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0605>. Acesso em: 12 ago. 2021.

DING, T. et al. *Potential Influence of Menstrual Status and Sex Hormones on Female Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection: A Cross-sectional Multicenter Study in Wuhan, China*. **Clinical Infectious Diseases**, v. 72, n. 9, e240-e248, 2021. Disponível em: [10.1093/cid/ciaa1022](https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1022). Acesso em: 12 ago. 2021.

GARCÍA-PACHÓN, E. et al. *Asthma and COPD in Hospitalized COVID-19 Patients*. **Archivos de bronconeumologia**, v. 56, n. 9, p. 604–606, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.05.007>. Acesso em: 29 ago. 2021.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1979.

GLOBAL ASTHMA NETWORK. **The Global Asthma Report 2018**. Auckland, New Zealand: Global asthma network, 2018.

GOLD GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. **Global strategy for diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Lung Disease**. 2020. Disponível em: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf. Acesso em: 24 ago. 2020.

GOODARZI, P. et al. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Immunological approaches and emerging pharmacologic treatments*. **International Immunopharmacology**, v. 88, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.intimp.2020.106885>. Acesso em: 21 ago. 2020.

GRIMES, D. A.; SCHULZ, K. F. *Descriptive studies: What they can and cannot do*. **The Lancet**, v. 359, n. 9301, p. 145-9, 2002. Disponível em: 10.1016/S0140-6736(02)07373-7. Acesso em: 01 ago. 2020.

GUAN, W. J. et al. *Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: A Nationwide Analysis*. **European Respiratory Journal**, v. 55, n. 5, p. 2000547, 2020; Disponível em: 10.1183/13993003.00547-2020. Acesso em: 22 out. 2020.

HERDMAN, T.; SHIGEMI, K. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação - 2018/2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HERDMAN, T.; SHIGEMI, K. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação - 2021/2023**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

HUANG, C. et al. *Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China*. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497–506, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5). Acesso em: 14 abr. 2020.

IBGE. **Curitiba (PR) | Cidades e Estados**. 2020a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/curitiba.html>. Acesso em: 20 jun. 2020.

IBGE. **Cidades | Paraná | Curitiba | Pesquisa | Morbidade | Óbitos**. 2020b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/curitiba/pesquisa/17/15752?indicador=15777>. Acesso em: 21 jun. 2020.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. Rio de Janeiro. 2020c. 117 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

JAIN, S. et al. *Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. adults*. **New England Journal of Medicine**, v. 373, p. 415-427, 2015. Disponível em: 10.1056/NEJMoa1500245. Acesso em: 10 jun. 2020.

JAIN V, YUAN J. M. *Predictive symptoms and comorbidities for severe COVID-19 and intensive care unit admission: a systematic review and meta-analysis.*

International Journal of Public Health, v. 65, n. 5, p. 533-546, 2020. Disponível em: 10.1007/s00038-020-01390-7. Acesso em: 10 ago. 2021.

JAMES, S. L. et al. *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.* **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1789–1858, 2018. Disponível em: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7. Acesso em: 16 jun. 2020.

JOHNSON, M. et al. **Ligações Nanda, Noc e Nic - Condições Clínicas Suporte ao Raciocínio e Assistência de Qualidade**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

KO, J. Y. et al. *COVID-NET Surveillance Team. Risk Factors for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-Associated Hospitalization: COVID-19-Associated Hospitalization Surveillance Network and Behavioral Risk Factor Surveillance System.* **Clinical Infectious Diseases**, v. 72, n. 11, p. e695-e703, 2021. Disponível em: 10.1093/cid/ciaa1419. Acesso em: 30 ago. 2021.

KYU, H. H. et al. *Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.* **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1859–1922, 2018. Disponível em: 10.1016/S0140-6736(18)32335-3. Acesso em: 20 maio 2020.

LEAL, L. F. et al. *Indicação, acesso e utilização de medicamentos para doenças respiratórias crônicas no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), 2014.* **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 10, 2018. Disponível em: 10.1590/0102-311x00208217. Acesso em: 27 maio 2020.

LEAL, L. F. et al. *Epidemiology and burden of chronic respiratory diseases in Brazil from 1990 to 2017: analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study.* **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200031>. Acesso em: 25 maio 2020.

LI, Y. C. et al. *Neurotropic virus tracing suggests a membranous-coating-mediated mechanism for transsynaptic communication.* **Journal of Comparative Neurology**, v. 521, n. 1, p. 203-12, 2013. Disponível em: 10.1002/cne.23171. Acesso em: 9 jun. 2020.

LLOVER, M. N.; JIMÉNEZ, M. C. *Estado actual de los tratamientos para la COVID-19.* **Future Medicinal Chemistry**, v. 28, n. 1, p. 40-56, 2021. Disponível em: 10.1016/j.fmc.2020.10.005. Acesso em: 10 ago. 2020.

LU, R. et al. *Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding.* **The Lancet**, v. 395, p. 565–574, 2020. Disponível em: 10.1016/S0140-6736(20)30251-8. Acesso em: 16 jun. 2020.

LUCCHINI, A. et al. *Nursing activities score is increased in COVID-19 patients*. **Intensive & Critical Care Nursing**, v. 59, 2020. Disponível em: 10.1016/j.iccn.2020.102876. Acesso em: 25 ago. 2021.

MANTEROLA, C. et al. *Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica*. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 30, n. 1, p. 36–49, 2019. Disponível em: 10.1016/j.rmcl.2018.11.005. Acesso em: 20 jun. 2020.

MARCOLINO, M. S. et al. *Brazilian COVID-19 Registry Investigators. 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, 2021. Disponível em: 10.1016/j.ijid.2021.01.019. Acesso em: 01 set. 2021.

MCINTOSH, K.; PEIRIS, J. S. M. **Coronaviruses**. In: *Clinical Virology*. 3. ed. American Society of Microbiology, 2009. p. 1155–1171.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC**. 4. ed. [S. l.]: Elsevier, 2008, p. 1409.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC**. 5. ed. [S. l.]: Elsevier, 2016, p. 1342.

MOORHEAD, S. et al. **Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes**. 6. ed. [S. l.]: Elsevier, 2018, p. 696.

MOORHEAD, S. et al. *NANDA-I, NOC, and NIC Linkages to SARS-Cov-2 (COVID-19): Part 1. Community Response*. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 32, n. 1, p. 59-67, 2021. Disponível em: 10.1111/2047-3095.12291. Acesso em: 01 jun. 2021.

MÜLLER-STAUB, M. et al. *Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study*. **International journal of nursing terminologies and classifications**, v. 18, n. 1, p. 5-17, 2007. Disponível em: 10.1111/j.1744-618X.2007.00043.x. Acesso em: 10 jun. 2020.

NASCIMENTO, I. J. B. et al. *Novel Coronavirus Infection (COVID-19) in Humans: A Scoping Review and Meta-Analysis*. **Journal of Clinical Medicine**, v. 9, n. 4, p. 941, 30 mar. 2020. Disponível em: 10.3390/jcm9040941. Acesso em: 15 mar. 2020.

OLATUBI M. I. et al. *Knowledge, Perception, and Utilization of Standardized Nursing Language (SNL) (NNN) among Nurses in Three Selected Hospitals in Ondo State, Nigeria*. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 30, n. 1, p. 43-48, 2019. Disponível em: 10.1111/2047-3095.12197. Acesso em: 20 set. 2021.

ONDER, G.; REZZA, G.; BRUSAFERRO, S. *Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy*. **Journal of the American Medical Association**, v. 323, n. 18, p. 1775–1776, 2020. Disponível em: 10.1001/jama.2020.4683. Acesso em: 15 maio 2020.

OMS. **Vigilância global, prevenção e controle das DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS**: Uma abordagem integradora. 2007. Disponível em: https://www.who.int/gard/publications/GARD_Portuguese.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020. Acesso em: 11 maio 2020.

OMS. **R Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]**. Genebra: World Health Organization; 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 11 maio 2020.

OMS. *Coronavirus disease (COVID-19). Situation Report – 112*. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200511-COVID-19-sitrep-112.pdf>. Acesso em: 11 maio 2020.

OMS. **State of the World's Nursing Report**. 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/nursing-report-2020>. Acesso em: 30 jun. 2020.

OMS. **Chronic respiratory diseases**. 2020c. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1. Acesso em: 29 jun. 2020.

OMS. **Statement on the second meeting of the International Health Regulations. Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)**. 2020d. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 29 jun. 2020.

OMS. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19**. 2020e. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>. Acesso em: 29 jun. 2020.

OMS. **Solidarity clinical trial for COVID-19 treatments**. 2020f. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-COVID-19-treatments>. Acesso em: 29 jun. 2020.

OMS. Coronavirus disease (COVID-19). **Situation Report – Weekly Epidemiological Update**. 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19--28-december-2021>. Acesso em: 29 dec. 2021.

OMS. **Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19**. 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator>. Acesso em: 29 set. 2021.

OMS. **COVAX: colaboración para un acceso equitativo mundial a las vacunas contra la COVID-19**. 2021c. Disponível em: <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax>. Acesso em: 29 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa.** 2006. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/OPS-Detener-epidemia-mundial-EC-2006.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

RICHARDSON, S. et al. *Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area.* **Journal of the American Medical Association**, v. 323, n. 20, p. 2052-2059, 2020. Disponível em: 10.1001/jama.2020.6775. Acesso em: 30 ago. 2021.

RODRIGUEZ-MORALES, A. J. et al. *COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil.* **Travel Medicine and Infectious Disease**, v. 35, 2020. Disponível em: 10.1016/j.tmaid.2020.101613. Acesso em: 29 jun. 2020.

ROTH, G. A. et al. *Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.* **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1736–1788, 2018. Disponível em: 10.1016/S0140-6736(18)32203-7. Acesso em: 27 maio 2020.

SEGANFREDO, D. H; ALMEIDA, M. *Nursing outcomes content validation according to Nursing Outcomes Classification (NOC) for clinical, surgical and critical patients.* **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 34-41, 2011. Disponível em: 10.1590/S0104-11692011000100006. Acesso em: 26 out. 2020.

SERRA-VALDÉS, M. *Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19.* **Revista Finlay**, v. 10, 2020. Disponível em: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/846>. Acesso em: 21 ago. 2020.

SHARMA, G.; VOLGMAN, A. S.; MICHOS, E. D. *Sex Differences in Mortality From COVID-19 Pandemic: Are Men Vulnerable and Women Protected?.* **JACC Case Reports**, v. 2, n. 9, p. 1407-1410, 2020. Disponível em: 10.1016/j.jaccas.2020.04.027. Acesso em: 12 ago. 2021.

SILVA, N.C.; OLIVEIRA, A. R. S.; CARVALHO, E. C. *Conhecimento produzido sobre os resultados da "Nursing Outcomes Classification--NOC": revisão integrativa.* **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 104-11, 2015. Disponível em: 10.1590/1983-1447.2015.04.53339. Acesso em: 03 ago. 2020.

SMITH, G.; NG, F.; LI, W. *COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity.* **Journal of Clinical Nursing**, v. 29, n. 9–10, p. 1425–1428, 2020. Disponível em: 10.1111/jocn.15231. Acesso em: 01 ago. 2020.

SORIANO, J. B. et al. *Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.* **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 8, n. 6, p. 585–596, 2020. DOI:10.1016/S2213-2600(20)30105-3. Acesso em: 15 mar. 2020.

SPELLBERG, B. et al. *Community Prevalence of SARS-CoV-2 Among Patients With Influenza-like Illnesses Presenting to a Los Angeles Medical Center in March 2020*. **Journal of the American Medical Association**, v. 323, n. 19, p. 1966-1967, 2020. Disponível em: [10.1001/jama.2020.4958](https://doi.org/10.1001/jama.2020.4958). Acesso em: 10 jun. 2020.

SWANSON, E. et al. *NANDA-I, NOC, and NIC linkages to SARS-CoV-2 (COVID-19): Part 2. Individual response*. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 32, p. 68– 83, 2021. Disponível em: [10.1111/2047-3095.12307](https://doi.org/10.1111/2047-3095.12307). Acesso em: 26 set. 2021.

TASTAN, S. et al. *Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review*. **International Journal of Nursing Studies**, v. 51, n. 8, p. 1160–1170, 2014. Disponível em: [10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004). Acesso em: 15 mar. 2020.

TÖRNVALL, E.; JANSSON, I. *Preliminary Evidence for the Usefulness of Standardized Nursing Terminologies in Different Fields of Application: A Literature Review*. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 28, n. 2, p. 109–119, 2017. Disponível em: [10.1111/2047-3095.12123](https://doi.org/10.1111/2047-3095.12123). Acesso em: 15 mar. 2020.

WANG, D. et al. *Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China*. **Journal of the American Medical Association**, v. 323 n.11.p. 1061–1069, 2020. Disponível em: [10.1001/jama.2020.1585](https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585). Acesso em: 05 jun. 2020.

WANG, Y. et al. *Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China*. **Psychology, Health & Medicine**, v. 26, n. 1, p. 13-22, 2021. Disponível em: [10.1080/13548506.2020.1746817](https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817). Acesso em: 10 set. 2021.

WÖLFEL, R et al. *Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019*. **Nature**, v. 581, p. 465-469, 2020. Disponível em: [10.1038/s41586-020-2196-x](https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x). Acesso em: 10 jun. 2020.

WOLFF, D. et al. *Risk factors for COVID-19 severity and fatality: a structured literature review*. **Infection**, v. 49, n. 1, p. 15-28, 2021. Disponível em: [10.1007/s15010-020-01509-1](https://doi.org/10.1007/s15010-020-01509-1). Acesso em: 10 set. 2021.

XU, X. et al. *Evolution of the novel coronavirus from the ongoing Wuhan outbreak and modeling of its spike protein for risk of human transmission*. **Science China Life Sciences**, v. 63, n. 3, p. 457–460, 2020. Disponível em: [10.1007/s11427-020-1637-5](https://doi.org/10.1007/s11427-020-1637-5). Acesso em: 29 jun. 2020.

ZHANG, J. J. et al. *Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China*. **European Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 75, p. 1730-1741, 2020. DOI: [10.1111/all.14238](https://doi.org/10.1111/all.14238). Acesso em: 24 mar. 2020.

APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO SEMIESTRUTURADO DE COLETA DE DADOS

Nome do paciente: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Data da coleta de dados: <input style="width: 90%;" type="text" value="DD/MM/YYYY H:MM:SS"/>
Número do documento de identificação: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Código atribuído ao paciente: <input style="width: 90%;" type="text"/>
<small>*Corte ao longo da linha</small>	
	
<h3>Formulário de coleta de dados</h3> <p>Cuidados de enfermagem para doenças respiratórias crônicas em pessoas diagnosticados com COVID- 19</p>	
Informação sociodemográfica	
Código do paciente: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Idade: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Nível de ensino: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Sexo: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Ocupação: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Estado civil: <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Raça: <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Local de residência: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Informação clínica	
Nome da Doença Respiratória Crônica: <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Tempo de evolução da doença respiratória crônica (em dias): <input style="width: 90%;" type="text"/>	Tempo de evolução da doença SARS-CoV 2/COVID-19 (em dias): <input style="width: 90%;" type="text"/>
Data de admissão: <input style="width: 90%;" type="text" value="DD/MM/YYYY"/>	Data de alta: <input style="width: 90%;" type="text" value="DD/MM/YYYY"/>
Comorbidades: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Tempo de institucionalização (em dias): <input style="width: 90%;" type="text"/>
Fatores de risco: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Outras, qual?: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Informações sobre intervenções de enfermagem	
Diagnósticos de enfermagem: <input style="width: 90%;" type="text"/>	
-NANDA-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Resultados de enfermagem: <input style="width: 90%;" type="text"/>	
-NOC-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>

Informações sobre intervenções de enfermagem

Intervenções de enfermagem: -NIC-

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1056- Alimentação enteral por sonda | <input type="checkbox"/> 4360- Modificação da conduta |
| <input type="checkbox"/> 1100- Manejo da nutrição | <input type="checkbox"/> 4410- Estabelecimento de objetivos comuns |
| <input type="checkbox"/> 1120- Terapia nutricional | <input type="checkbox"/> 4470- Ajuda na modificação de si mesmo |
| <input type="checkbox"/> 1160- Monitorização nutricional | <input type="checkbox"/> 4480- Facilitar a autorresponsabilidade |
| <input type="checkbox"/> 1240- Ajuda para ganhar peso | <input type="checkbox"/> 4490- Ajuda para deixar de fumar |
| <input type="checkbox"/> 1260- Manejo de peso | <input type="checkbox"/> 4640- Ajuda para o controle do enfado |
| <input type="checkbox"/> 1450- Manejo das náuseas | <input type="checkbox"/> 5210- Orientação antecipatória |
| <input type="checkbox"/> 1480- Massagem | <input type="checkbox"/> 5230- Melhorar o afrontamento |
| <input type="checkbox"/> 1570- Manejo do vômito | <input type="checkbox"/> 5240- Asesoramento |
| <input type="checkbox"/> 180- Manejo da energia | <input type="checkbox"/> 5246- Asesoramento nutricional |
| <input type="checkbox"/> 1800- Ajuda com autocuidado | <input type="checkbox"/> 5270- Apoio emocional |
| <input type="checkbox"/> 1801- Ajuda com autocuidado: banho/higiene | <input type="checkbox"/> 5290- Facilitar o duelo |
| <input type="checkbox"/> 1802- Ajuda com autocuidado: vestir/arrumação pessoal | <input type="checkbox"/> 5310- Dar esperança |
| <input type="checkbox"/> 1803- Ajuda com autocuidado: alimentação | <input type="checkbox"/> 5330- Controle do estado de ânimo |
| <input type="checkbox"/> 1804- Ajuda com autocuidado: Urinar /defecar | <input type="checkbox"/> 5395- Melhora de la autoconfiança |
| <input type="checkbox"/> 1805- Ajuda com autocuidado: auid | <input type="checkbox"/> 5420- Apoio espiritual |
| <input type="checkbox"/> 1806- Ajuda com autocuidado: transferencia | <input type="checkbox"/> 5430- Grupo de apoio |
| <input type="checkbox"/> 1850- Melhorar o sono | <input type="checkbox"/> 5440- Aumentar os sistemas de apoio |
| <input type="checkbox"/> 200- Promoção de exercício | <input type="checkbox"/> 5510- Educação para a saúde |
| <input type="checkbox"/> 221- Terapia por exercício: deambulação | <input type="checkbox"/> 5520- Facilitar o aprendizado |
| <input type="checkbox"/> 2300- Administração de medicação | <input type="checkbox"/> 5540- Potenciação da disposição de aprendizagem |
| <input type="checkbox"/> 2304- Administração de medicação: oral | <input type="checkbox"/> 5602- Aprendizagem: proceso de enfermedad |
| <input type="checkbox"/> 2311- Administração de medicação: inalatoria | <input type="checkbox"/> 5606- Aprendizagem: individual |
| <input type="checkbox"/> 2314- Administração de medicação: intravenosa (i.v.) | <input type="checkbox"/> 5612- Aprendizagem: ejercicio prescrito |
| <input type="checkbox"/> 2380- Manejo da medicação | <input type="checkbox"/> 5614- Aprendizagem: dieta prescrita |
| <input type="checkbox"/> 2395- Controle da medicação | <input type="checkbox"/> 5616- Aprendizagem: medicamentos prescritos |
| <input type="checkbox"/> 3140- Manejo das vias aéreas | <input type="checkbox"/> 5618- Aprendizagem: procedimiento/tratamiento |
| <input type="checkbox"/> 3160- Aspiração das vias aéreas | <input type="checkbox"/> 5620- Aprendizagem: habilidad psicomotora |
| <input type="checkbox"/> 3200- Precauções para evitar a aspiração | <input type="checkbox"/> 5820- Diminuição da ansiedade |
| <input type="checkbox"/> 3210- Manejo da asma | <input type="checkbox"/> 6040- Terapia de relaxamento |
| <input type="checkbox"/> 3230- Fisioterapia torácica | <input type="checkbox"/> 6480- Manejo ambiental |
| <input type="checkbox"/> 3250- Melhora da tosse | <input type="checkbox"/> 6482- Manejo ambiental: confortavel |
| <input type="checkbox"/> 3320- Oxigenoterapia | <input type="checkbox"/> 6530- Manejo da imunização/vacinação |
| <input type="checkbox"/> 3350- Monitorização respiratoria | <input type="checkbox"/> 6540- Controle de infecções |
| <input type="checkbox"/> 3390- Ajuda a ventilação | <input type="checkbox"/> 6550- Proteção contra as infecções |
| <input type="checkbox"/> 3740- Tratamento de la febre | <input type="checkbox"/> 6610- Identificação de riscos |
| <input type="checkbox"/> 3900- Regulação da temperatura | <input type="checkbox"/> 6650- Vigilância |
| <input type="checkbox"/> 4120- Manejo de líquidos | <input type="checkbox"/> 6680- Monitorização dos sinais vitais |
| <input type="checkbox"/> 4130- Monitorização de líquidos | <input type="checkbox"/> 7330- Intermediação cultural |
| <input type="checkbox"/> 4200- Terapia intravenosa (i.v.) | <input type="checkbox"/> 7370- Planificação para alta médica |
| <input type="checkbox"/> 4232- Flebotomia: mostra de sangue arterial | <input type="checkbox"/> 7400- Orientação do sistema sanitario |
| <input type="checkbox"/> 4310- Terapia de atividade | <input type="checkbox"/> 840- Troca de posição |

Anotações / comentários:

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ETICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenções de Enfermagem para doenças respiratórias crônicas em pessoas diagnosticadas com COVID-19

Pesquisador: Maria de Fátima Mantovani

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39018620.9.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.367.526

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "Intervenções de Enfermagem para doenças respiratórias crônicas em pessoas diagnosticadas com COVID-19", pesquisadora responsável Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR) e colaboradoras Prof.ª Dr.ª Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira (Coorientadora) e Jina Mariont Velasco Arias (mestranda).

Período de realização: 01/11/2020 a 01/07/2021 (após aprovação do CEP).

Local de realização: Complexo Hospitalar do Trabalhador, município de Curitiba, estado do Paraná.

Objetivo da Pesquisa:

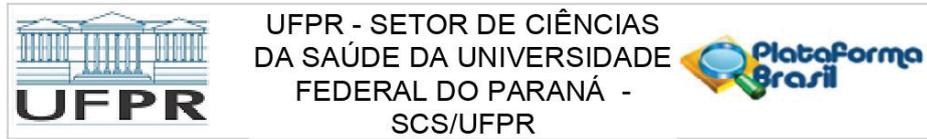
OBJETIVO GERAL

Analisar as intervenções de enfermagem à pacientes com doenças respiratórias crônicas associadas a infecção por COVID-19.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com doenças respiratórias crônicas associadas a infecção por COVID-19.
- Identificar os diagnósticos, intervenções e resultados esperados da assistência de enfermagem

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	CEP: 80.060-240
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.367.526

desde a admissão até a alta hospitalar.

- Correlacionar os cuidados dispensados com as taxonomias Classificação de Intervenção de Enfermagem (NIC), Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e North American Nurse Association International (NANDA-I).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

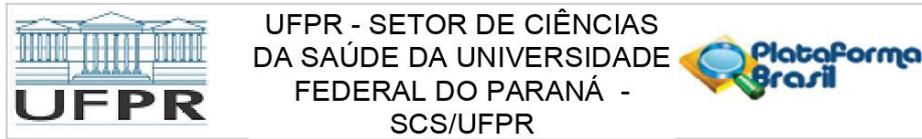
De acordo com os pesquisadores, quanto aos benefícios, destacam: “Padronização do cuidado de enfermagem que permite prestar um atendimento mais efetivo para pessoas com doenças pulmonares crônicas e COVID-19, o que contribui não só para melhorar o atendimento, mas também para servir como guia para o cuidado de pessoas com essas doenças em futuras pandemias; promover a utilização do processo de enfermagem como ferramenta que possibilite diretrizes para nortear a prática clínica de enfermagem. Acredita-se que a análise das intervenções de enfermagem para as pessoas com Covid-19, na perspectiva das taxonomias da profissão, pode contribuir para melhoria do atendimento.”

Quanto aos riscos: “uma vez que não haverá contato direto com os pacientes, os riscos apresentados são mínimos e indiretos, derivados da revisão dos prontuários, como quebra de confidencialidade.” “A possibilidade de ocorrência de quebra de confidencialidade é mínima, visto que somente os pesquisadores terão acesso aos dados e documentos do prontuário.” “Para evitar a quebra de confidencialidade, todos os dados coletados em material impresso serão codificados, identificando cada prontuário por um código e não pelo nome da pessoa, estarão armazenados em ambiente institucional relacionado à Universidade Federal do Paraná (sede do grupo de pesquisa), em armário com chave, e serão destruídos após cinco anos da pesquisa, por outro lado, o acesso aos registros médicos será limitado apenas ao investigador uma única vez e a reutilização do prontuário só ocorrerá se houver dúvidas nos dados coletados.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com as pesquisadoras, trata-se de estudo observacional, descritivo e retrospectivo com percurso longitudinal, com revisão de prontuários de todos os pacientes institucionalizados no período de março a outubro de 2020, com diagnóstico de doença respiratória crônica associada à infecção por SARS-CoV 2 ou Coronavírus - COVID-19, em complexo hospitalar de referência para COVID da cidade de Curitiba. A coleta de dados será realizada no Complexo Hospitalar do Trabalhador, localizado no município de Curitiba, de maneira retrospectiva por meio das

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.367.526

informações que constam no prontuário dos pacientes internados por covid-19 no período de março a outubro de 2020, conforme os seguintes critérios de inclusão: prontuários de pacientes com mais de 18 anos de idade; com diagnóstico de doença respiratória crônica (conforme os CIDs J40-J44-Bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas, J45-J46-Asma, J47-Bronquiectasia e J60-J65-Pneumoconiose); Diagnóstico de SARS-CoV 2 ou Coronavírus - COVID-19, confirmados com exame PCR e internados há mais de 3 dias para confirmação diagnóstica. Será critério de exclusão: prontuários de pacientes cujos registros não constem informações dos profissionais de enfermagem. As pesquisadoras indicam na Folha de Rosto e nos dados da Plataforma Brasil uma amostra de 100 prontuários de pacientes internados no referido serviço. Serão coletadas as seguintes variáveis: variáveis sociodemográficas (Idade, sexo, local de residência, nível de ensino, estado civil, raça, situação ocupacional); variáveis clínicas (nome da doença respiratória crônica segundo CID-10, tempo de evolução da doença respiratória crônica, tempo de evolução do COVID-19, tempo de institucionalização, fatores de risco, comorbidades); e intervenções de enfermagem - diagnósticos de doença (NANDA-I), classificação das intervenções em enfermagem (NIC), classificação de dois resultados em doença (NOC). O material coletado será guardado em posse dos pesquisadores até o término da pesquisa e publicação dos resultados e utilizado para os trabalhos referentes à dissertação de mestrado e artigos científicos. O hospital conta com local de acesso aos prontuários em uma sala com computadores de uso exclusivo dos trabalhadores e pesquisadores do hospital, sem circulação de pacientes. Para o armazenamento dos dados a pesquisadora principal possui sala do grupo de pesquisa com armários para guardar o material e equipamentos de informática para o processamento e análise dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Não há.

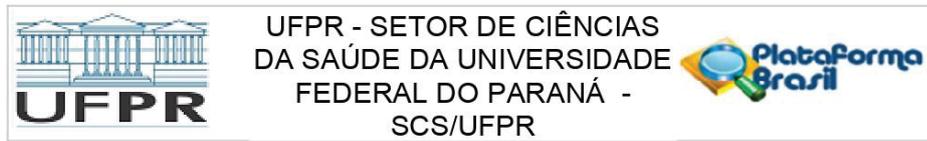
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa é relevante, atende aos preceitos éticos necessários, sendo indicada a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo:

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	CEP: 80.060-240
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.367.526

NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1636606.pdf	06/10/2020 19:03:49		Aceito
Outros	carta_retificacao_documentos.pdf	06/10/2020 13:29:14	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	Check_List.pdf	06/10/2020 13:27:02	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.doc	06/10/2020 13:26:09	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	autorizacao_manipulacao_dados.pdf	06/10/2020 13:22:39	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	carta_encaminhamento_pesquisador.pdf	06/10/2020 13:20:01	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE.pdf	30/09/2020 15:05:41	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	Solicitacao_de_acesso_aos_dados.pdf	30/09/2020 14:52:00	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_compromissos.pdf	30/09/2020 14:49:50	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	Concordancia_de_Coparticipacao.pdf	30/09/2020 14:33:01	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Declaração de concordância	Concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	30/09/2020 14:27:54	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	Analise_de_merito.pdf	30/09/2020 14:26:06	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	Ata_de_aprovacao_do_projeto.pdf	30/09/2020 14:22:26	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_para_pesquisa_envolvendo_seres_humanos.pdf	30/09/2020 14:08:46	Maria de Fátima Mantovani	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

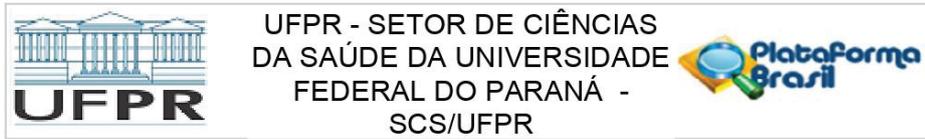
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.367.526

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

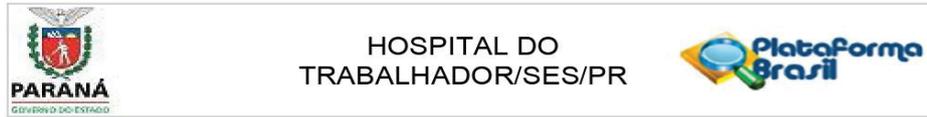
Não

CURITIBA, 28 de Outubro de 2020

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ETICA DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenções de Enfermagem para doenças respiratórias crônicas em pessoas diagnosticadas com COVID-19

Pesquisador: Maria de Fátima Mantovani

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39018620.9.3001.5225

Instituição Proponente: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.516.330

Apresentação do Projeto:

Trata-se da resposta à pendência levantada no parecer 4.505.398, de 21 de janeiro de 2021.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as intervenções de enfermagem à pacientes com doenças respiratórias crônicas associadas a infecção por COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer prévio.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide parecer prévio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

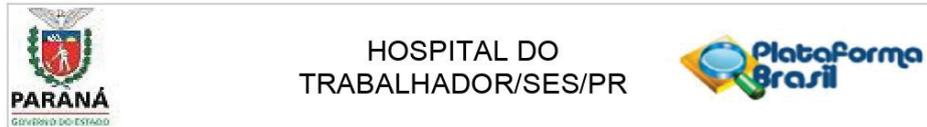
Apresentados e válidos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em relação à pendência:

1. Adequação do cronograma para que a coleta dos dados se inicie somente após a aprovação pelos CEPs apropriados. A pesquisadora modificou o cronograma acomodando a situação atual. Pendência atendida.

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 4.516.330

Assim, não restam óbices éticos significativos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Relembremos os autores que devem ser seguidas as determinações da resolução 466/2012 e da norma operacional 01/2013 do CNS. Assim, é responsabilidade do pesquisador encaminhar como NOTIFICAÇÃO os seguintes documentos:

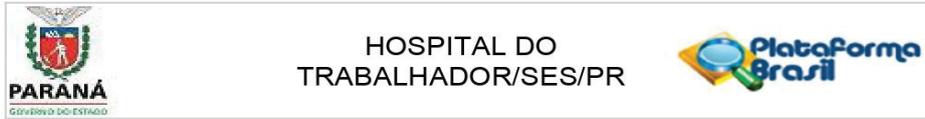
- Relatórios parciais (semestrais), se for o caso
- Relatório final
- O trabalho concluído (publicação, anais de congresso, etc)
- Comunicação de eventos adversos (se houver)
- Comunicação de início do trabalho e término do mesmo

Alterações no projeto (inclusive em relação à equipe de pesquisa) devem ser submetidos como EMENDA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1655774.pdf	22/01/2021 18:18:20		Aceito
Outros	Carta_retificacao_cronograma.pdf	22/01/2021 18:16:43	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_final.doc	22/01/2021 18:12:06	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	anuencia.pdf	31/12/2020 13:23:14	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	Carta_de_retificacao_de_documentos.pdf	31/12/2020 13:17:24	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	Carta_retificacao_documento.pdf	11/12/2020 16:14:13	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	Concordancia_Diretoria_CHT.pdf	11/12/2020 16:00:29	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	carta_retificacao_documentos.pdf	06/10/2020 13:29:14	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	Check_List.pdf	06/10/2020 13:27:02	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Detalhado.doc	06/10/2020 13:26:09	Maria de Fátima Mantovani	Aceito

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 4.516.330

Investigador	Projeto_Detalhado.doc	06/10/2020 13:26:09	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	autoricacao_manipulacao_dados.pdf	06/10/2020 13:22:39	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE.pdf	30/09/2020 15:05:41	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	Solicitacao_de_acesso_aos_dados.pdf	30/09/2020 14:52:00	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	Concordancia_de_Coparticipacao.pdf	30/09/2020 14:33:01	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	Analise_de_merito.pdf	30/09/2020 14:26:06	Maria de Fátima Mantovani	Aceito
Outros	Ata_de_aprovacao_do_projeto.pdf	30/09/2020 14:22:26	Maria de Fátima Mantovani	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 29 de Janeiro de 2021

Assinado por:
FABIO TERABE
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br