



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE PROFISSIONAL

Húndra Prestes de Godoi

Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: construção e validação de um procedimento operacional padrão

Florianópolis

2021

Húndra Prestes de Godoi

Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: construção e validação de um procedimento operacional padrão

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado de Enfermagem – Modalidade Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado de Enfermagem.

Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Kátia Cilene Godinho Bertoncello.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Prestes de Godoi, Húndra

Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: construção e validação de um procedimento operacional padrão / Húndra Prestes de Godoi ; orientador, Kátia Cilene Godinho Bertoncetto, 2021.
125 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Unidades de Terapia Intensiva. 3. Visitas a pacientes. 4. COVID-19. 5. Cuidados de Enfermagem. I. Cilene Godinho Bertoncetto, Kátia. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.

Húndra Prestes de Godoi

Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: construção e validação de um procedimento operacional padrão

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Melissa Orlandi Honório Locks, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Juliana Balbinot Reis Girondi, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Enf.^a Ana Paula Trombetta, Dr.(a)
Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

Enf.^a Patrícia de Melo Leal, Msc
Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Prof.^a Dr.^a Lúcia Amante

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem

Prof.(a) Kátia Cilene Godinho Bertocello, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2021.

Dedico este trabalho aos meus pais Vera e Joel e ao meu irmão Arthur. Pela força deles, apoiados em Deus, tive perseverança para concluir este trabalho! Minha eterna gratidão!

AGRADECIMENTOS

Desistir nunca foi opção, mas não me faltaram motivos para tal pensamento, quando achava que finalmente estava no caminho certo, a pandemia chegou e mudou o rumo de tudo, “- Pensei, e agora? Como falar em família na UTI em tempos como este?”.

Foi então que precisei me reinventar, mas nunca sozinha, eu tenho um time de pessoas incríveis que estão ao meu lado e disseram, não desista da humanização na UCO Húndra, as famílias precisam de nós!

E com muito esforço, abnegação e disciplina, continuei escrevendo esta parte de minha história, junto aos meus colegas de profissão, pensando em cada paciente e em suas famílias, porque se eu estivesse no lugar deles, gostaria que minha família também estivesse lá, e por esse motivo, me alegro e tenho a satisfação de agradecer:

Ao Senhor Deus, meu grande e maior ajudador, Aquele que não desistiu de mim, e de nenhum de nós quando veio a este mundo cumprir sua missão com propósito de nos salvar! Meu refúgio em tempos de aflição, meu melhor amigo!

Aos meus pais, Vera e Joel, pela força, apoio e amor! Obrigada por estarem ao meu lado nos momentos mais tênues! Pude comprovar em minha própria vida, naqueles momentos pós-cirúrgicos, que o melhor remédio é ter quem se ama ao lado! Vocês são incríveis!

Ao meu irmão Arthur, por estar ao meu lado, por me conhecer tão bem e saber o que eu precisava após várias horas de plantão, ele conhece meu olhar, e então com seu jeitinho adolescente arrumava minha cama e dizia, “- Vem deitar mana, já está tudo pronto”. Obrigada por cuidar de mim!

À minha querida e amada Vó Olinda, por sua oração constante por minha vida, pelo esforço em estar presente em momentos especiais e de desafios também. Obrigada por seu amor e dedicação, mesmo em seus 91 anos de história, uma verdadeira inspiração.

À minha amiga Vanusa, uma pessoa incrível, que insistiu para eu tentar o mestrado, me escutou muitas vezes durante esse processo e além de tudo, é uma enfermeira sensacional, parceira de trabalho, competente e que sempre me ajudou em tudo que podia! Obrigada por sua amizade e incentivo!

Ao time família UCO, em especial: Patrícia Leal, Ellen, Caliane, Mayara Bastos, Arlete, Eliane, Renata e Denise. Obrigada pela parceria para melhorar o cuidado ao paciente e sua família! Vocês são profissionais excepcionais!

As amigas que a Auditoria me proporcionou, Bianca, Viviane, Cynthia, Rosana, Karime e Vanessa, as quais muito me ouviram e me incentivaram a concluir essa caminhada com sucesso.

À minha orientadora, Professora Kátia, por ter aceitado meu tema e me ensinar a buscar novos conhecimentos na pesquisa científica. Aprender um novo método de pesquisa foi um grande desafio para mim, mas sem dúvidas, aprendi a avaliar com mais cautela instrumentos construídos para a prática assistencial e para a gestão de enfermagem.

Aos professores da Pós-Graduação em Gestão do Cuidado de Enfermagem, pelos ensinamentos e incentivo aos alunos a serem profissionais exemplos no exercício da profissão. É o conhecimento e a empatia pelo outro que fazem de um enfermeiro um profissional melhor.

Aos colegas e amigos de mestrado, em especial: Juliana, Michela e Júlio, os quais além de serem colegas do mestrado, fazem parte da instituição de trabalho! Obrigada pela ajuda nos estudos, troca de conhecimento, informação e parceria em apresentações em congressos!

À mestre e colega enfermeira Daniela Soldera, a qual contribuiu com suas mentorias e me ajudou a desenvolver minha dissertação.

Ao Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, por permitir o desenvolvimento da pesquisa na instituição, e apoiar o profissional a buscar conhecimento e titulação para a melhoria do serviço.

Aos membros da banca, por aceitarem e se disponibilizarem a compartilhar seus conhecimentos e experiências para um trabalho de qualidade.

Aos pacientes e familiares que mostraram e falaram da importância deste trabalho, para mantê-los perto de seus entes queridos. Cada videochamada é uma combinação de emoção!

E por fim, agradeço a oportunidade de ter cursado mestrado na mesma universidade onde me graduei, e por estar finalizando esse ciclo, acredito muito no que diz a seguinte frase:

“O verdadeiro sucesso em cada setor de trabalho não é o resultado do acaso, acidente ou destino. É a atuação da providência divina, a recompensa da fé e da prudência, da virtude e da perseverança. Qualidades mentais refinadas e moral elevada não se adquirem por acaso. Deus dá oportunidades, o sucesso depende de como as aproveitamos.” Lição dos Jovens, 2020.

Godoi, Húndra Prestes de. **Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: construção e validação de um procedimento operacional padrão.** 2021. 125p. Dissertação. (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. **Orientadora: Prof.^a Dr.^a Kátia Cilene Godinho Bertoncello.**

RESUMO

O distanciamento social causado por uma internação em unidade de terapia intensiva tem sido estudado nos últimos anos, pesquisas comprovam que a presença de familiares no ambiente intensivo contribui para a redução da ansiedade, do risco de *delirium* e, melhora a comunicação entre pacientes, familiares e equipe de saúde. No entanto, com a identificação do novo coronavírus, as portas das unidades intensivas, que vinham se abrindo para as famílias cada vez mais, precisaram limitar a política de visita ao hospital pelo alto risco biológico e facilidade de transmissão que este vírus trouxe ao mundo. Com isso, novos desafios vieram ao encontro do enfermeiro intensivista, o qual para aproximar os familiares de seus entes queridos, precisa de apoio tecnológico e subsídios teóricos para tal. Desta forma, o objetivo geral do estudo foi validar o conteúdo de um procedimento operacional padrão com recomendações para o enfermeiro realizar a visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. Trata-se de um estudo metodológico com abordagem quantitativa, realizado em duas etapas. Na primeira, procedeu-se a construção do instrumento a partir de duas revisões, uma narrativa, baseada em amplas publicações de diferentes autores e a outra uma revisão integrativa da literatura, realizada em março de 2021. Na segunda etapa, o conteúdo do procedimento operacional padrão foi validado por 15 *experts* com experiência em terapia intensiva. A coleta de dados aconteceu no período de julho a agosto de 2021 através de um formulário eletrônico do *Google Forms*. Os juízes analisaram os três domínios do procedimento operacional padrão e seus 43 itens, utilizando uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos, a partir de cinco critérios avaliativos: concordância, coerência, objetividade, pertinência e conteúdo. A análise dos dados foi realizada pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC $\geq 0,85$), e o coeficiente Alfa de *Cronbach* ($\geq 0,85$), além da análise descritiva e absoluta. Os resultados são apresentados na forma de três manuscritos, sendo o primeiro uma revisão integrativa da literatura, intitulada “Visita virtual familiar a pacientes com COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva: Alternativa Tecnológica”, nesta foram inclusos seis artigos os quais auxiliaram na construção do procedimento operacional padrão, o qual foi constituído por três domínios e 43 itens, originando ao segundo manuscrito, “Tecnologia virtual de visita familiar a pacientes com COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: Construção de um Procedimento Operacional Padrão”, e o terceiro manuscrito, “Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: Validação de um Procedimento Operacional Padrão”, apresentando os três domínios avaliados pelos juízes validados com um Índice de Validade de Conteúdo total de 0,98 e um e alfa de 0,89, sendo considerado excelente, e com confiabilidade alta. O procedimento operacional padrão mostrou-se válido quanto ao conteúdo e com alta confiabilidade por juízes especialistas, considerando-se o mesmo válido para a sua utilização na prática assistencial do enfermeiro.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Visitas a pacientes; Cuidados Críticos; Cuidados de Enfermagem; Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Tecnologia em Saúde; Pandemias; COVID-19.

Godoi, Húndra Prestes de. **Virtual technology as a tool for family visits to patients with COVID-19 admitted to a Coronary Intensive Care Unit: construction and validation of a standard operating procedure.** 2021. 125p. Dissertation. (Professional Master in Nursing Care Management) Health Sciences Center, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2021. **Advisor: Prof. Dr. Katia Cilene Godinho Bertencello.**

ABSTRACT

The social distancing caused by a stay in an intensive care unit has been studied in the last years. Researches prove that the presence of family members in the intensive care environment contributes to reduce anxiety, the risk of delirium and improves communication between patients, family members and the health team. However, with the identification of the new coronavirus, the intensive care unit doors, which had been opening more and more to families, had to limit the hospital visitation policy due to the high biological risk and easy transmission that this virus brought to the world. Thus, new challenges came to the intensivist nurse, who, in order to bring the family closer to their loved ones, needs technological support and theoretical subsidies. Thus, the general objective of this study was to validate the content of a standard operating procedure with recommendations for nurses to perform the virtual family visit to patients with COVID-19 admitted to a Coronary Intensive Care Unit. This is a methodological study with a quantitative approach, carried out in two stages. In the first stage, we proceeded to build the instrument from two reviews, one narrative, based on extensive publications by different authors and the other an integrative literature review, conducted in March 2021. In the second step, the standard operating procedure content was validated by 15 experts with intensive care experience. Data collection took place from July to August 2021 using a Google Forms electronic form. The judges analyzed the 3 domains of the standard operating procedure and its 43 items, using a Likert scale of four points, from five evaluative criteria: agreement, coherence, objectivity, pertinence and content. Data analysis was performed by the Content Validity Index ($CVI \geq 0.85$), and Cronbach's Alpha coefficient (≥ 0.85), in addition to descriptive and absolute analysis. The results are presented in the form of three manuscripts, the first being an integrative literature review, entitled "Virtual family visit to patients with COVID-19 in Intensive Care Unit: Technological Alternative", in which six articles were included which helped in the construction of the standard operating procedure, which was composed of 3 domains and 43 items, originating the second manuscript, "Virtual technology of family visit to patients with COVID-19 in Coronary Intensive Care Unit: Construction of a Standard Operating Procedure", and the third manuscript, "Virtual technology as a tool for family visitation of patients with COVID-19 in Coronary Intensive Care Unit: Validation of a Standard Operating Procedure", presenting the 3 domains evaluated by the validated judges with a total CVI of 0.98 and an α of 0.89, being considered excellent, and with high reliability. The standard operating procedure proved to be valid for the content and with high reliability by expert judges, considering it valid for its use in nursing care practice.

Keywords: Intensive Care Units; Patient Visits; Critical Care; Nursing Care; Nursing Research Methodology; Health Technology; Pandemics. COVID-19.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Critérios para construção dos itens no instrumento.....	31
Quadro 02	Descrição da estratégia de busca utilizada.....	38
Quadro 03	Critérios avaliados no instrumento.....	40
Quadro 04	Classificação da confiabilidade do coeficiente α de <i>Cronbach</i>	44
Manuscrito 1	Visita virtual familiar a pacientes com COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva: Alternativa Tecnológica.....	47
Quadro 01	Artigos científicos incluídos na amostra (n=6).....	52
Manuscrito 2	Tecnologia virtual de visita familiar a pacientes com COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: Construção de um Procedimento Operacional Padrão.....	61
Quadro 01	Recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.....	65
Manuscrito 3	Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: Validação de um Procedimento Operacional Padrão.....	75
Quadro 01	Validação domínios 1 e 2.....	79
Quadro 02	Validação domínio 3.....	80
Quadro 03	POP validado com recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
APACHE	<i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation</i>
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CAAE	Certificado de apresentação de apreciação ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPSH	Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
CINAHL	<i>Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	<i>corona virus disease</i>
d.C	depois de Cristo
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
ICSC	Instituto de Cardiologia de Santa Catarina
IVC	Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
H1N1	Influenza A
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HSE-RJ	Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBE	Pesquisa Baseada em Evidências
PICO	P: população; I: intervenção; C: comparação e O: desfecho
PL	Projeto de Lei
PNH	Política Nacional de Humanização

PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
Proadi-SUS	Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
PRISMA	<i>Preferred Reportin Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PUBMED	Serviço da U. S. <i>National Library of Medicine</i>
RS	Rio Grande do Sul
RI	Revisão Integrativa
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SARS-CoV2	Coronavírus
SC	Santa Catarina
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SCCM	<i>Society Care and Medicine</i>
SOFA	<i>Sequential Organ Failure Assessment</i>
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCO	Unidade Coronariana
UCO COVID 1	Unidade Coronariana COVID 1
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SÍMBOLOS

>	Maior
<	Menor
\geq	Maior igual
\leq	Menor igual
+	Mais
-	Menos
=	Igual
%	Porcentagem
α	Alfa
$\alpha = \frac{n-1}{n} (1 - \frac{\sum s_i^2}{s^2})$	Fórmula do coeficiente Alfa de <i>Cronbach</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivo geral.....	20
2.2	Objetivos específicos.....	20
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1	Consequências de uma pandemia.....	21
3.2	Percurso histórico da Unidade de Terapia Intensiva e o cuidado crítico.....	23
3.3	A importância da família para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva e as políticas de visita antes e após o início da pandemia de COVID-19.....	24
3.4	Tecnologia do cuidado e o Enfermeiro de UTI	28
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
4.1	Construção e Validação de Instrumentos.....	30
4.2	Importâncias de instrumentos validados para a área de enfermagem.....	33
5	MÉTODO.....	35
5.1	Tipo de estudo.....	35
5.2	Cenário da pesquisa.....	35
5.3	Etapa 1: Construção do instrumento.....	36
5.3.1	Fase Teórica.....	36
5.3.2	Fase de construção.....	40
5.4	Etapa 2: Validação do instrumento.....	42
5.4.1	Procedimentos empíricos	42
5.4.2	Procedimentos analíticos.....	43
5.5	Aspectos éticos.....	45
6	RESULTADOS	46
6.1	Manuscrito 1.....	47
6.2	Manuscrito 2.....	61

6.3	Manuscrito 3	75
6.4	Produto.....	91
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
	REFERÊNCIAS.....	95
	APÊNDICES.....	106
	ANEXO.....	123

1 INTRODUÇÃO

A admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada para familiares e pacientes um evento estressante e ameaçador diante da possibilidade de perda. Em sua maioria, tais internações ocorrem de forma aguda e inadvertida gerando instabilidade dentro do ciclo familiar, bem como sentimentos de ansiedade, despreparo e sofrimento, comprometendo o equilíbrio emocional dos envolvidos e a dinâmica familiar (KHALEGHPARAST; JOOLAEI; MALEKI; PEYROVI; GHANBARI; BAHRANI, 2017; BATISTA; MONTESCHIO; GODOY; GÓES; MATSUDA; MARCON, 2019).

A UTI configura-se em um ambiente fechado, de alta complexidade tecnológica e concentração de pacientes graves, sujeitos a mudança no quadro clínico de maneira repentina, com manifestações fisiológicas do estado crítico, presença de dor, privação do sono, restrição da mobilidade, presença de ruídos e iluminação constante. Tais aspectos, acrescidos à limitação do contato com familiares, potencializa emoções, sentimentos e frustrações tanto ao paciente como à sua família (ROSA; SILVA; TEIXEIRA, 2017; BATISTA; MONTESCHIO; GODOY; GÓES; MATSUDA; MARCON, 2019).

Esse cenário complexo remete ao paciente e à sua rede de apoio um estado de fragilidade, insegurança, medo da morte, do desconhecido e da solidão, somados aos sentimentos de estresse e ansiedade podendo aumentar o tempo de internação, bem como o índice de mortalidade em UTI (GIBAUT; HORI; FREITAS; MUSSI, 2013; CHAPMAN; COLLINGRIDGE; MITCHELL; WRIGHT; HOPKINS; BUTLER; BROWN, 2016).

Entendendo a complexidade do contexto hospitalar, e os sentimentos proporcionados por uma internação, em 2004, foi implementado pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Humanização (PNH) o Humaniza SUS (Sistema Único de Saúde), uma política construída a partir de experiências concretas, com objetivo de disseminar tecnologias de humanização no campo da saúde através das cartilhas da PNH, sendo uma delas a “Visita Aberta e Direito a Acompanhante”, uma proposta de mudança garantindo o direito do paciente ao acompanhante e a visita aberta durante toda sua permanência hospitalar (BRASIL, 2004).

Do ponto de vista da PNH, com o desenvolvimento tecnológico a visão humanística durante o processo de cuidar foi sendo perdida, reduzindo o paciente a um corpo como uma máquina defeituosa e isolada do convívio de sua rede social/familiar, constatando de maneira expressiva a necessidade de voltar a cultivar antigos costumes realizados por culturas do passado, as quais priorizavam o calor da comunidade quando um membro da família ou comunidade encontrava-se em processo de adoecimento (BRASIL, 2007).

Para Rosa (2020), a presença da família no cenário de cuidados intensivos contribui para o bem-estar cognitivo do paciente, bem como aproxima a família da equipe de saúde propiciando, redução da ansiedade de ambos, e permitindo que estes participem de alguns processos decisórios durante o atendimento ao paciente, como também auxiliie na orientação e estimulação cognitiva do mesmo.

Além desses benefícios, Giannini (2017) em seu estudo identificou que, a presença de familiares em cuidados intensivos é uma medida de baixo custo, e a mesma pode proporcionar redução de complicações cardiocirculatórias, diminuição dos marcadores de estresse hormonal e escores de ansiedade, sendo uma medida preventiva ao *delirium*.

Diante disso, em meados de 2017, 119 hospitais brasileiros foram selecionados para participar do projeto “Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil”, uma parceria entre o Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), e de mais cinco hospitais de excelência do Brasil, com objetivo de reduzir em três anos (2018 – 2020), 50% das infecções relacionadas a assistência a saúde em UTI e ampliar o cuidado com foco no paciente e sua família, tendo em vista os benefícios identificados em pacientes que permaneceram com seus familiares em UTI (BRASIL, 2018a).

O Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), hospital ao qual desenvolvo minhas atividades profissionais, foi um dos hospitais selecionado para participar do projeto supracitado e, para alcançar os objetivos deste, foram formados times multiprofissionais para trabalharem questões voltadas à prevenção de infecção de corrente sanguínea, do trato urinário, de pneumonia associada à ventilação mecânica, e para inclusão da família em UTI.

Enquanto enfermeira assistencial na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) do ICSC fui escolhida para liderar o time família, do qual fazem parte: duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, duas psicólogas, duas assistentes sociais, duas fonoaudiólogas, uma fisioterapeuta e uma médica.

Esse time trabalhou durante os dois primeiros anos de projeto (2018 e 2019) focado na ampliação do horário de visita na UCO, mas para obter sucesso neste processo, foi necessário o desenvolvimento de rodas de conversa com a equipe em prol da aceitação da família na UCO, além da criação de *folders* e orientações impressas para os familiares que estavam sendo inseridos no processo de acompanhar seu familiar em maior tempo na UTI.

No entanto, a partir de dezembro de 2019 com a identificação do vírus (SARS-CoV-2), mais conhecido como *corona virus disease* (COVID-19), as portas da UCO que estavam cada vez mais abertas para a presença da família, precisaram limitar a política de visita ao

hospital pelo medo do desconhecido, passando de visita ampliada para visita restrita, pelo alto risco biológico (NEGRO; MUCCI; BECCARIA; BORGHI; CAPOCASA; CARDINALI; PASCULLI; RANZANI; VILLA; ZANGRILLO, 2020).

O vírus SARS-CoV-2 é responsável em causar uma doença respiratória que pode apresentar sintomas leves a moderados semelhantes a uma gripe, mas que em alguns casos podem ser mais graves, principalmente para pessoas que já apresentam comorbidades, podendo ocorrer a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e conseqüentemente levar ao óbito (BRASIL, 2020a).

Desde que foi descoberta, a doença vem se alastrando pelos diferentes continentes, preocupando a população mundial, bem como os líderes e governantes devido aos números de contágio e óbitos divulgados constantemente na mídia. Mediante a situação instalada, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a partir de 11 de março de 2020, estado de pandemia (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

A COVID-19 é transmitida de pessoa para pessoa através de gotículas respiratórias transportadas pelo ar, pelo toque em objetos e, presença em ambientes fechados/sem ventilação, por uma pessoa infectada. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), em menos de dois anos após o início da pandemia, cinco milhões de pessoas morreram de COVID-19 (ONU, 2021).

No Brasil, segundo o boletim epidemiológico número 33 ¹, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, a partir desta data, até 19 de setembro de 2020 foram confirmados 4.717.991 casos e 141.406 óbitos por COVID-19. Dados de abril de 2021, após um ano de pandemia, confirmam 14.521.289 casos de infectados pela COVID-19 e 398.185 óbitos confirmados no Brasil (BRASIL, 2021a).

As principais recomendações para prevenção do contágio estabelecidas são, uso de máscaras, etiqueta respiratória, higienização constante das mãos com água e sabão e/ou álcool em gel e o distanciamento social (OLIVEIRA; LUCAS; IQUIAPAZA, 2020). Entre essas medidas, o distanciamento social trouxe maiores impactos ao cotidiano dos brasileiros, tanto em questões econômicas, pelo afastamento do trabalho e comércio fechado, quanto em questões educacionais, pela suspensão de aulas escolares e universitárias. Além disso, o que

¹ **Boletim Epidemiológico Especial nº 33 - Doença pelo Coronavírus COVID-19:** apresenta a análise referente à Semana Epidemiológica 39 (20 a 26/09) de 2020. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial nº 33 - Doença pelo Coronavírus COVID-19.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos-1>. Acesso em: 20 out. 2020.

ficou em evidência foi o medo de enfrentar uma doença desconhecida e com alto risco de transmissibilidade (GARCIA; VIEIRA; SILVA, 2020).

Neste sentido, os profissionais de saúde foram altamente desafiados, os quais precisaram se adaptar rapidamente à nova realidade e às mudanças realizadas nas estruturas hospitalares, bem como participar de treinamentos de medidas de prevenção e planos de contingência que foram criados para o combate a COVID-19. Além de todo treinamento técnico da equipe multiprofissional, foi necessário adquirir novos materiais, insumos e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para o atendimento especial destes pacientes, como também, alterar regras de visitação e de acompanhantes nos hospitais, principalmente nas UTIs (FREEMAN-SANDERSON; ROSE; BRODSKY, 2020).

Diante da nova realidade, assim como supracitado, as visitas da UCO foram restritas, mas tendo em vista todo o trabalho que já havia sido realizado anteriormente pelo time família em prol das famílias e pacientes, foi sugerida a compra de um dispositivo móvel para realizar ligações por videochamada, pelo time família à direção do ICSC, a fim de minimizar o distanciamento social de forma segura para os pacientes e seus familiares.

De acordo com Negro e colaboradores (2020), uma videochamada poderia ser um método para atenuar os efeitos negativos do isolamento e aproximar os cuidadores/familiares dos pacientes, além de proporcionar melhor entendimento do prognóstico comunicado pelo médico diariamente.

Sabendo que uma internação em UTI gera ansiedade nas famílias e aumenta significativamente o risco de *delirium* nos pacientes (ROSA; SILVA; TEIXEIRA, 2017), a opção de realizar uma videochamada foi aceita pela direção do ICSC e então, a partir de abril de 2020, foram adquiridos dois *tablets* para apoiar a visita virtual, com a intenção de aproximar as famílias e também melhorar a qualidade da comunicação, a qual é imprescindível para atingir a satisfação da família, melhorar a confiança com a equipe de saúde e proporcionar importantes decisões clínicas e o bem-estar emocional dos membros da família e pacientes que estiverem lúcidos (NEGRO; MUCCI; BECCARIA; BORGHI; CAPOCASA; CARDINALI; PASCULLI; RANZANI; VILLA; ZANGRILLO, 2020).

Após um ano de pandemia, o estado de Santa Catarina tornou obrigatória a visita virtual para pacientes internados em decorrência da COVID-19, através da Lei nº 18.078/2021² o processo de aproximar as famílias por acesso virtual, reduzir riscos de

² **Lei nº 18.078 de 22 de janeiro de 2021:** Dispõe sobre o direito à visita virtual de familiares a pacientes internados em decorrência do novo coronavírus (COVID-19).

contágio e fortalecer a relação paciente/família/equipe de saúde foi sancionada pelo Governador Carlos Moisés da Silva em 22 de janeiro de 2021, entrando em vigor a partir desta data. Porém, a obrigatoriedade da visita virtual é vista como mais um desafio para os profissionais da linha de frente, devido à demanda e falta de preparo da equipe.

No ICSC as visitas virtuais, antes mesmo da lei aprovada, já estavam ocorrendo, estas eram realizadas pelo enfermeiro e sua equipe, sob a demanda dos pacientes ou quando a equipe identificava uma necessidade, como por exemplo, paciente choroso, ansioso ou com dificuldade de se comunicar com a equipe.

No entanto, algumas dificuldades foram identificadas quanto à realização da visita virtual, como definição de uma rotina de ligação para os pacientes, tendo em vista o pequeno número de dispositivos que a unidade dispõe para esta ação, responsabilidade da ligação, bem como a organização da mesma, dúvidas quanto ao que falar e como abordar o paciente e sua família.

Levando em conta que um Procedimento Operacional Padrão (POP) é uma ferramenta de gestão da qualidade, no qual contém ações descritivas de técnicas e procedimentos relacionados ao cuidado do paciente, e do qual o ICSC faz uso constante para melhoria de seus processos de cuidado, viu-se que a padronização da visita virtual através de um POP poderia melhorar o entendimento da equipe quanto à realização da mesma em UTI e assim, proporcionar cuidado humanizado em prol dos pacientes e seus familiares (MATO GROSSO DO SUL, 2016).

Desta forma, percebidas as dificuldades do enfermeiro em organizar e padronizar a visita virtual, e tendo em vista a importância dos POPs para a o ICSC, somado aos poucos estudos publicados na literatura científica, justifica-se a necessidade de investigar: **Como construir e validar um procedimento operacional padrão para o enfermeiro realizar a visita virtual familiar, ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana?**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Validar o conteúdo do procedimento operacional padrão de recomendações para o enfermeiro realizar a visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão integrativa acerca das tecnologias utilizadas pelo enfermeiro para realizar a visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva em tempos de pandemia.
- Construir um procedimento operacional padrão de recomendações para o enfermeiro realizar a visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para esta revisão de literatura, a fim de conhecer as produções científicas desenvolvidas nesta temática e identificar as lacunas de conhecimento, elaborou-se uma revisão narrativa sistematizada. Considera-se revisão narrativa uma forma de pesquisa baseada em amplas publicações de diferentes autores, apropriada para descrever e discutir o assunto em questão com objetivos de fundamentar teoricamente uma determinada área de estudo, sem esgotar as fontes de informações (MATTOS, 2015).

Foram realizadas buscas aleatórias de artigos publicados entre os anos de janeiro de 2009 a junho de 2021 nas bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PUBMED/MEDLINE); Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) utilizando-se os descritores individual e associadamente com auxílio dos operadores *booleanos* (delimitadores) representados pelos termos *AND* e *OR*, sendo *AND* uma combinação restritiva e *OR* uma combinação aditiva: “Unidades de terapia intensiva”, “Visitas a pacientes”, “Cuidados de enfermagem”, “Cuidados críticos”, “Pandemia” e “COVID-19”. Foram também utilizados trabalhos e livros referenciados pelos artigos encontrados nas bases de dados acima descritas, julgados importantes para a sustentação teórica.

3.1 Consequências de uma pandemia

Conforme o Instituto Butantan, quando determinado agente infeccioso se dissemina em diversos países ou continentes, e tal enfermidade atinge um grande número de pessoas, esse fato é conhecido como pandemia, o qual pode ter começado de forma controlada, como um surto ou epidemia, mas em algum momento perde-se o controle da disseminação da doença (SÃO PAULO, 2021).

De acordo com relatos históricos, desde 165 depois de Cristo (d.C.) pragas e pestes assolam o mundo, acredita-se que a primeira praga denominada Antonine (165-180 d.C.) foi causada pelo vírus da varíola ou sarampo, e no ano 541 d.C. a praga de Justiniano, transmitida por ratos infectados por uma bactéria chamada *Yersinia pestis*, deu origem a peste bubônica, a qual ceifou a vida de aproximadamente 25 a 100 milhões de pessoas ao longo de dois séculos (LEPAN, 2020).

Entre os anos de 1347 a 1351, no século XIV, a mesma doença infecciosa causada pela bactéria *Yersinia pestis*, originou a chamada Peste Negra, manifestando-se sob três formas: bubônica, transmitida por picadas de pulgas infectadas, pneumônica transmitida por

gotículas lançadas pela tosse de uma pessoa infectada no ambiente e pôr fim a septicemia, quando a infecção se alastra por todo organismo causando uma disfunção orgânica (FUNED, 2018).

A Peste Negra ainda é considerada a maior pandemia já vista no mundo, por ser a mais mortal, cerca de 200 milhões de pessoas perderam a vida, e também por ser até hoje a mais duradoura, cerca de quatro anos (FUNED, 2018).

Já no século XX, no período de 1918 a 1919, a Gripe Espanhola atingiu todos os continentes deixando mais de 50 milhões de mortos. Suspeita-se que a origem desta gripe pode ter sido na China, Reino Unido ou nos Estados Unidos da América, porém não há uma certeza, no entanto sabe-se que a origem genética do vírus ocorreu devido a uma mutação do vírus *Influenza* (H1N1), que se espalhou das aves para os humanos (CÂMARA FILHO, 2019).

Ainda no século XX, em 1983, foram notificados os primeiros casos do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (BRASIL, 2018b). Este vírus, conforme Faria e colaboradores (2014), foi transmitido de primatas para seres humanos pelo menos 13 vezes, sendo considerado causador de uma doença que suprime o sistema imunológico e atinge principalmente os linfócitos T CD4+, responsáveis em defender o organismo de doenças. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), até 2019 estimou-se que existiam 38 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo e cerca de 33 milhões de mortes confirmadas pela doença (OPAS, 2021).

Seguindo para o século XXI, destacam-se a Gripe Suína (2009 - 2010), causada por um novo subtipo de vírus *Influenza A* (H1N1) que levou a óbito cerca de 150.000 a 575.000 pessoas; O vírus Ebola (2014 - 2016), também chamado de febre hemorrágica ebola, transmitido por uma espécie de filovírus que causou mais de 11.300 mortes, dos 29.000 casos registrados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (JACOB; CROZIER; FISCHER; HEWLETT; KRAFT; LA VEGA; SOKA; WAHL; GRIFFITHS; BOLLINGER, 2020).

E desde dezembro de 2019 até o momento atual (2021), o mais novo vírus conhecido como COVID-19 vem assolando o planeta. Dados do painel coronavírus até início de junho de 2021 demonstram que este já causou cerca de 3,74 milhões de mortes em todo o mundo, e no Brasil cerca de 477 mil mortes, sendo considerada uma doença que supera em quase três vezes a média de mortes por infarto, doença considerada maior causa de óbitos no país antes da pandemia (CNN BRASIL, 2021).

A COVID-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus Sars-CoV-2, o qual foi descoberto na China, sendo considerado potencialmente grave, de elevada

transmissibilidade e de distribuição global. A doença pode se manifestar de diferentes formas, sendo da forma leve semelhante a uma síndrome gripal, e em casos mais graves, responsável em causar a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) (BRASIL, 2020).

A SRGA é desencadeada por uma lesão nos alvéolos, local onde ocorre a troca gasosa que oxigena o sangue, a qual leva a inflamação e ao acúmulo de líquido nos pulmões, o que consequentemente reduz a troca gasosa, a expansão pulmonar e aumenta a pressão nos vasos sanguíneos dos pulmões. Entre os principais sintomas presentes no indivíduo com SRGA encontram-se: desconforto respiratório, saturação de oxigênio < 95% e sensação de peso ou pressão no peito (MINAS GERAIS, 2021a).

Desta forma, pessoas acometidas pela COVID-19 que desenvolveram a SRAG, em sua maioria necessitaram de internação em leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), uma unidade especializada no cuidado a pacientes graves, para monitoramento constante dos sinais vitais, de suporte ventilatório, de medicamentos de alta complexidade e assistência especializada (FRANÇA; PINHEIRO; BARBOSA; AVENA, 2021).

3.2 Percurso histórico da Unidade de Terapia Intensiva e o cuidado crítico

A história da UTI iniciou durante a Guerra da Criméia (1854 a 1856), com a ação da renomada enfermeira Florence Nightingale e uma equipe de enfermeiras voluntárias, as quais dedicaram seus serviços ao cuidado de soldados feridos. Com sua liderança e conhecimento, Florence instituiu princípios básicos da moderna terapia intensiva, reduzindo de maneira expressiva a mortalidade através da classificação dos soldados mais graves associando vigilância e cuidado contínuo aos mesmos (CUCHI, 2009; GRENVIK; PINSKY, 2009; MOTA, 2017).

Na década de 20 o médico neurocirurgião Walter Edward Dandy descreveu o uso de uma unidade pós-operatória especial para seus pacientes neurocirúrgicos no Hospital *Johns Hopkins* em Baltimore, nos Estados Unidos da América (EUA), a qual foi considerada pela *Society Care and Medicine* (SCCM), a primeira UTI, sendo esta constituída por três leitos pós-operatórios neurocirúrgicos. Com a epidemia mundial de poliomielite no início dos anos 50 foram criadas outras unidades de assistência intensiva em várias partes do mundo, tendo em vista que os avanços tecnológicos voltados para a ventilação mecânica estavam sendo aprimorados cada vez mais (GRENVIK; PINSKY, 2009; ROCHA; PRADO; CABRAL; SOUZA; ANDERS, 2013; MOTA, 2017).

No Brasil, a partir de 1950, com a evolução da prática de ventilação mecânica controlada e a importação dos chamados pulmões de aço, foram criadas as primeiras unidades

de respiração. No entanto, apenas em 1967 é que de fato foi criada a primeira UTI respiratória no país, sendo essa estabelecida no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE-RJ), através dos estudos do médico Antônio Tufik Simão. Já no estado de São Paulo, o Hospital das Clínicas foi o pioneiro na implantação de outras UTIs (SÃO PAULO, 2009; ROCHA; PRADO; CABRAL; SOUZA; ANDERS, 2013).

Com o passar dos anos, e tendo em vista a necessidade de reduzir a morbimortalidade, o avanço da tecnologia, a biomedicina e o incentivo a Pesquisa Baseada em Evidências (PBE), vem promovendo progressivamente a melhoria dessas unidades, contribuindo para a crescente complexidade do atendimento e desenvolvimento de tecnologias rígidas que ajudam a fornecer um atendimento eficaz (ROCHA; PRADO; CABRAL; SOUZA; ANDERS, 2013).

A equipe de UTI, antes formada apenas por médicos e enfermeiros, atualmente conta com uma equipe multiprofissional, agregando técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, odontólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais e até mesmo engenheiros clínicos, os quais contribuem para a manutenção de aparelhos tecnológicos imprescindíveis (MOTA, 2017).

Os profissionais de saúde que desenvolvem suas atividades laborais em UTI devem responder a uma série de exigências, como competência, habilidade e destreza, disponibilidade para ficar confinado no ambiente hospitalar, disposição para cuidar de pacientes críticos, preparação para adaptar-se aos ruídos dos aparelhos, preparação para luta diária com a vida e com a morte, conhecimento técnico e científico e permanente atualização para fornecer um atendimento eficaz e de qualidade (FIGUEIREDO; SILVA; SILVA, 2009).

Diante desta realidade é possível afirmar que, a atuação em conjunto de uma equipe de saúde qualificada somado ao uso de aparelhos tecnológicos e de medicações eficazes no tratamento configura a UTI como uma unidade complexa, com grande potencial de fornecer ao doente crítico uma assistência qualificada e direcionada, visando à redução de eventos adversos e promovendo a recuperação, alívio e conforto aos pacientes (MOTA, 2017).

3.3 A importância da família para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva e as políticas de visita antes e após o início da pandemia de COVID-19

Quando um indivíduo é acometido por uma doença, sentimentos de ansiedade, medo, dor e angústia são gerados, tanto no doente como em sua rede familiar. Diante de uma internação em UTI, ambiente considerado para muitas pessoas como sinônimo da morte iminente, a possibilidade de perda e o medo do desconhecido traduzem esse momento como

estressante e de instabilidade familiar (FRIZON; NASCIMENTO; BERTONCELLO; MARTINS, 2011; EUGÊNIO; SOUZA, 2017).

Com uma estrutura complexa e altamente tecnológica, a UTI é uma unidade preparada para o cuidado e manutenção dos órgãos vitais e do equilíbrio fisiológico, permitindo a sobrevivência dos pacientes. Desta forma, exige-se que a equipe de saúde que ali atua tenha competência para realização de procedimentos e técnicas complexas, mas que ao mesmo tempo desenvolva suas atividades com foco protetivo e humanizado, tendo em vista que pacientes e familiares estão vivenciando uma experiência considerada traumática e de separação familiar (BETTINELLI; ERDMANN, 2009).

Entretanto, é imprescindível relatar que a família é de vital importância nas questões referentes ao processo saúde/doença do seu ente querido, pois são eles que conhecem os hábitos, desejos e reações dos mesmos e podem contribuir significativamente com a equipe de saúde participando de alguns processos decisórios durante o atendimento ao paciente, bem como podem aliviar desconfortos físicos e emocionais vivenciados pelos mesmos, enquanto estão internados na UTI (KHALEGHPARAST; JOOLAEI; GHANBARI; MALEKI; PEYROVI; BAHRANI, 2015).

Conforme Eugênio e Souza (2017), além do bem-estar cognitivo, a presença do familiar em UTI pode acalmar o paciente, aliviar sentimentos de ansiedade, e ainda mais, promover a melhora dos perfis hormonais e reduzir complicações cardiovasculares, tal como melhorar a frequência cardíaca e respiratória, aumentando consequentemente a saturação periférica de oxigênio, e corroborando para a melhora do paciente (ROSA, 2020).

Contudo, tradicionalmente o modelo de visita das UTIs é restrito na maioria dos hospitais do mundo, ou seja, são permitidas duas a três visitas, com duração de 30 a 60 minutos num período de 24 horas. Porém, nos últimos cinco anos, alguns hospitais vinham modificando a política de visita nas UTIs, ampliando e flexibilizando os horários devido aos bons resultados que estavam sendo comprovados na aproximação da família ao paciente internado em UTI (KHALEGHPARAST; JOOLAEI; MALEKI; PEYROVI; GHANBARI; BAHRANI, 2017).

Uma pesquisa de satisfação realizada numa UTI do Irã que não tinha uma política liberal de visita comprovou que, dos 303 pacientes que participaram da pesquisa 43 estavam satisfeitos, 94 pouco satisfeitos e 166 estavam insatisfeitos com a visita restritiva. Após teste e implementação da visita ampliada, realizaram mais uma vez a pesquisa, desta vez participaram 297 pacientes, destes 153 estavam satisfeitos, 62 pouco satisfeitos e 82 insatisfeitos, evidenciando a melhora significativa de satisfação dos pacientes em relação à

política de visita ampliada (KHALEGHPARAST; JOOLAEI; MALEKI; PEYROVI; GHANBARI; BAHRANI, 2017).

Considerando os benefícios que a presença da família traz ao paciente internado em UTI e a melhora da satisfação familiar, no Brasil, o Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013³, apoiou a construção de projetos que visassem à qualificação da assistência e contribuíssem para a cultura de segurança do paciente (BRASIL, 2018c).

Desta forma, em 2015 surgiu o projeto “UTI Visitas”, conduzido pelo Hospital Moinhos de Vento, localizado na capital do Rio Grande do Sul (RS). Dentre os objetivos deste projeto, um envolvia a ampliação do tempo de permanência do familiar junto ao leito do paciente, além da promoção da humanização do cuidado ao doente crítico, à avaliação do impacto dessa iniciativa em desfechos clínicos e o fornecimento de subsídios para a continuidade do cuidado da família ao paciente após a alta hospitalar (ROSA; SILVA; TEIXEIRA, 2017).

Para avaliar o impacto em desfechos clínicos, dois estudos pilotos foram conduzidos pelo projeto “UTI Visitas”. Um avaliou a ocorrência de *delirium* em pacientes internados na UTI com visita ampliada, e o outro avaliou a eficácia e a segurança de um modelo de visitação familiar ampliada (12 horas consecutivas por dia) comparado ao modelo tradicional (quatro horas e meia por dia dividido em três turnos) para prevenção do *delirium* (ROSA; SILVA; TEIXEIRA, 2017).

Os resultados dos estudos comprovaram uma redução de 50% na ocorrência de *delirium* de pacientes com visita ampliada e também redução de um dia no tempo mediano de internação na UTI, sendo que, ambos consideraram a visita ampliada um modelo seguro e benéfico aos pacientes (ROSA; SILVA; TEIXEIRA, 2017).

Porém, algo que preocupa as equipes de saúde quanto à ampliação e flexibilização das visitas, é com relação à infecção hospitalar, estes consideram que a permanência de visitas em maior tempo em UTI aumenta o risco de infecção, porém já existem evidências que comprovam que a visita restritiva *versus* a visita ampliada não demonstra diferença significativa nas infecções adquiridas pelos pacientes, mas comprova que o principal risco de infecção está relacionado aos procedimentos invasivos e microorganismos transmitidos por

³ **Portaria GM/MS nº 529/2013:** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529.** Diário da União. 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 22 de out. 2019.

transmissão cruzada (KHALEGHPARAST; JOOLAEI; GHANBARI; MALEKI; PEYROVI; BAHRANI, 2015; EUGÊNIO; SOUZA, 2017).

No entanto, desde a descoberta do novo coronavírus, e a partir do decreto de pandemia estabelecido pela OMS em março de 2020, em virtude do alto risco biológico de transmissão do vírus da COVID-19, as instituições de saúde precisaram alterar com urgência as políticas de visita aos hospitais e métodos de atendimentos em clínicas, ambulatórios e centros de saúde (GOLDFARB; BIBAS; BURNS, 2020).

A elevação no número de casos por contaminação do novo coronavírus, escassez de leitos de UTI, medos e incertezas relacionados ao combate do vírus, tornou a visita ampliada e flexível, implementada em muitos hospitais e UTIs do mundo, incompatível com a nova realidade, sendo por vez retomadas as visitas restritas e/ou total restrição de visitas no meio hospitalar, com objetivo de prevenir a propagação do vírus, bem como preservar o uso de equipamento de proteção individual (EPI) para os profissionais de saúde que atuam na linha de frente (GOLDFARB; BIBAS; BURNS, 2020).

Além disso, os governos mundiais estabeleceram medidas de contingência como, distanciamento social, a fim de reduzir a circulação de pessoas em espaços coletivos públicos e privados, uso de máscaras faciais e incentivo à higienização das mãos com água e sabão e/ou álcool em gel para controle da propagação do vírus (NING; SLATYER, 2021).

Porém, embora necessário, o distanciamento físico causado pela COVID-19 trouxe ainda mais sofrimento aos familiares de pacientes internados, principalmente no contexto das UTIs, onde estar perto e presente são considerados entre tantas, uma das necessidades mais importantes das famílias, tanto para confortar seu ente querido, como para melhorar a comunicação com a equipe de saúde e o entendimento dos mesmos (NING; SLATYER, 2021).

Sendo assim, mediante a nova realidade, muitos hospitais investiram em tecnologia virtual como uma alternativa de aproximar os pacientes de seus familiares de forma segura através de videochamadas, familiarizando o leito hospitalar e permitindo que a equipe de saúde conhecesse parte da realidade daquele paciente, e assim, pudesse estabelecer um diálogo além dos questionamentos necessários para uma avaliação profissional, e trazer conforto a ambos (FREEMAN-SANDERSON; ROSE; BRODSKY, 2020; KENNEDY; STEINBERG; ARNOLD; DOSHI; WHITE; DELAIR; NIGRA; ELMER, 2021).

3.4 Tecnologia do cuidado e o Enfermeiro de UTI

O avanço da tecnologia no último século tem acelerado de forma progressiva as transformações sociais, culturais e econômicas da sociedade. A pós-modernidade exige cada vez mais das organizações um alto grau de tecnologia e inovação, desta forma novos produtos e serviços chegam ao mercado e outros ficam obsoletos. Essa mudança alcança todas as áreas, inclusive a área da saúde e exige que os profissionais busquem conhecimento, aprimorem suas atividades laborais e acompanhem o crescimento tecnológico (SILVA; MORAIS; NASCIMENTO; RAMOS; NASCIMENTO; DUARTE, 2019).

A UTI como já abordado anteriormente é considerada uma unidade complexa que necessita de múltiplos fatores para seu desenvolvimento, como uma equipe multiprofissional capacitada e especializada, tecnologia avançada e o uso constante de serviços complementares para realizar diagnósticos com precisão. No entanto, quando se pensa em tecnologia, automaticamente já se imaginam máquinas e ferramentas utilizadas para a realização de exames, instrumentos para análises laboratoriais e utensílio para examinar pacientes (DUARTE; PASSOS, 2018).

Contudo, para Merhy e colaboradores (2002) a concepção sobre tecnologias mobiliza mais que instrumentos, envolvem o conhecimento de cada profissional ao desenvolver suas habilidades e capacidades em sua área de atuação. Os autores consideram três tipos de tecnologia, as quais se denominam leve, leve-dura e dura.

A tecnologia leve pode ser comparada ao acolhimento em saúde, por ser uma tecnologia baseada em um processo de relações, isto é, há um encontro entre pessoas, produz-se através de um trabalho vivo em ato. A leve-dura pode ser comparada a tecnologia de reparação, a qual exige conhecimento profissional aliado à correta prática profissional seja em algum procedimento e/ou conduta. E a dura é aquela desenvolvida através das tecnologias de informação, ou seja, depende de uma ferramenta para executar a atividade, um exemplo são os *softwares* utilizados para registros profissionais (MERHY; CHAKKOUR; STÉFANO; STÉFANO; SANTOS; RODRIGUES, *et al.*, 2002).

Em uma UTI, a tecnologia dura permite o suporte equivalente à manutenção de uma vida através de medicações infundidas por bombas de infusão, respiração através de ventilação mecânica, controle de sinais vitais através de monitores. A leve-dura, também conhecida como tecnologia *hard-soft*, oferece protocolos, diretrizes e processos. Enquanto a tecnologia leve guia os profissionais, principalmente os enfermeiros e a equipe técnica de enfermagem sobre métodos de exercer o cuidado, melhorar relacionamentos e o processo de comunicação (ROCHA; PRADO; CABRAL; SOUZA; ANDERS, 2013).

Deste modo, é importante que o enfermeiro que pratica suas atividades em UTI conheça e aplique tecnologias desenvolvidas para a melhora do cuidado, como exemplo, cita-se a técnica *Teach-back*, uma estratégia que pode ser utilizada pelo profissional de saúde para validar que explicou claramente as informações médicas e que os pacientes e/ou familiares têm um entendimento claro do que lhes foi dito. O uso desta tecnologia leve fortalece a comunicação entre equipe de saúde e paciente e/ou familiares, bem como melhora a qualidade no atendimento e segurança ao paciente (ROCHA; PRADO; CABRAL; SOUZA; ANDERS, 2013; CORDEIRO; SAMPAIO, 2019).

Desta forma, estudos apontam a necessidade do enfermeiro desenvolver cada vez mais estratégias com vistas no acolhimento, bem estar e comunicação efetiva, incluindo o uso de tecnologias duras e leve-duras para a aproximação dos pacientes de seus familiares (KOZUB, SCHELER, NECOECHEA e O'BYRNE, 2017). Entre os exemplos de tecnologias utilizadas neste período pandêmico para aproximarem pacientes de UTI de seus familiares, as videochamadas favoreceram tanto a comunicação como facilitaram o acesso de familiares distantes, proporcionando apoio emocional aos pacientes (CRISPIM; SILVA; CEDOTTI; CÂMARA; GOMES, 2020).

No entanto, a organização deste novo estilo de visitas, apresenta-se como um desafio aos enfermeiros, os quais se preocupam com as necessidades de cuidar tanto dos pacientes quanto do bem estar dos familiares, porém, caso esta demanda não for bem administrada pelos enfermeiros, está pode-se transformar em um fardo e distanciar ainda mais tais profissionais desse tipo de cuidado, para isso, torna-se imprescindível o desenvolvimento de instrumentos que auxiliem a prática assistencial do enfermeiro voltada para esta temática (KOZUB, SCHELER, NECOECHEA; O'BYRNE, 2017).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

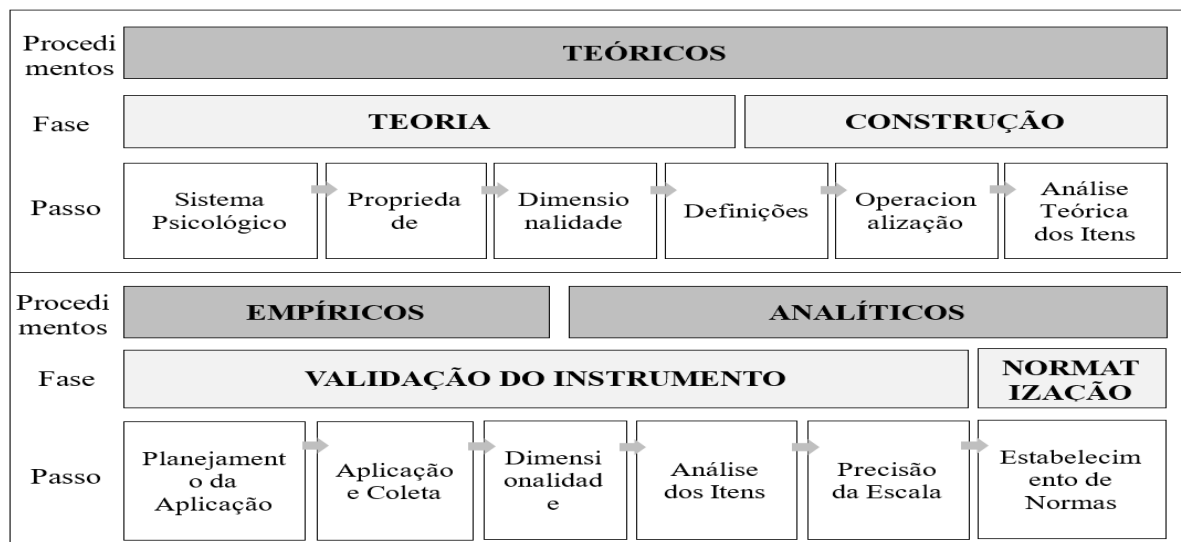
4.1 Construção e Validação de Instrumentos

Conforme Bertonecello (2004), quando não há disponíveis instrumentos adequados para medir aquilo que se propõe, duas estratégias podem ser utilizadas: a construção de novos instrumentos ou a adequação de um instrumento disponível em uma cultura para ser organizado na conjuntura cultural em que se deseja empregá-lo. O processo de construção e validação de instrumentos de medida são abordados por Pasquali (PASQUALI, 1996; 1998; 2013).

Conhecido por suas diversas publicações na área de avaliação psicológica, Luiz Pasquali, filósofo, pedagogo e psicólogo, tem em seu modelo teórico a elaboração de escalas psicométricas um caráter sistemático, baseado em três grandes polos, também denominados de procedimentos, sendo estes: 1. Procedimentos teóricos; 2. Procedimentos empíricos, também chamados experimentais e 3. Procedimentos analíticos ou estatísticos (PASQUALI, 1996; 1998; 2013; MEDEIROS; MARCOS JÚNIOR; PINTO; VITOR; SANTOS; BARICHELLO, 2015; LINS, 2018).

Cada um destes procedimentos assegura a construção e validação dos instrumentos e incorpora passos pertinentes à sua realização, conforme apresentado na Figura 1 adaptada do modelo original (PASQUALI, 1996; 1998; 2013).

Figura 1. Organograma adaptado, para construção e validação de instrumentos de medida.



Fonte: Adaptação de Bertonecello (2004) e de Pasquali (1998).

Os procedimentos teóricos são divididos em duas fases, sendo a primeira Teoria e a segunda Construção. A Fase teórica corresponde aos primeiros quatro passos, sendo estes: 1.

Sistema Psicológico; 2. Propriedade; 3. Dimensionalidade; 4. Definições; e a fase de construção corresponde ao quinto e sexto passos, sendo respectivamente a operacionalização (5) e a análise teórica dos itens (6). Estes passos devem ser elaborados para cada instrumento, de acordo com a literatura existente sobre o construto psicológico que o instrumento pretende medir (PASQUALI, 2013).

O primeiro passo da teoria enfoca o sistema psicológico, neste o pesquisador justifica o objeto para o qual se quer construir um instrumento. O segundo passo, propriedade, são delimitadas as características de construção do instrumento. Já o terceiro passo envolve a dimensionalidade, a qual se refere à estrutura interna do objeto para o qual se quer construir um instrumento, trata-se da unidade semântica, que pode ser uni ou multifatorial, a que compõe o objeto/sistema (PASQUALI, 2013).

A definição, quarto passo, caracteriza-se pela conceituação detalhada do construto, sendo baseado em definições constitutivas, ou seja, é concebido em termos de conceitos próprios da teoria em que ele se insere, e em definições operacionais, expressando as categorias de comportamento do construto (PASQUALI, 2013).

A construção dos itens do construto e expressão do comportamento do mesmo fazem parte da operacionalização, o quinto passo. Para condução deste, deve ser considerado: a fonte dos itens (literatura, população-alvo ou categorias comportamentais); a regra de construção dos itens, sendo recomendado um conjunto de 12 regras/critérios, os quais foram detalhados no Quadro 1; e por fim a quantidade de itens, sendo 20 itens considerado uma quantidade adequada para que o construto tenha uma boa representação, porém tal número pode variar a depender de construtos que envolvam maiores diversidades.

Quadro 1 - Critérios para construção dos itens no instrumento.

Nº	Critério para o item	Conceito
1	Comportamental	Expressa uma ação clara e precisa.
2	Objetividade	Permite expressar prioridades.
3	Simplicidade	Expressa uma única ideia.
4	Clareza	Compreensível, com citações curtas e positivas.
5	Relevância	Expressa o constructo para o qual foi construído.
6	Precisão	Tem uma posição determinada no constructo.
7	Variedade	Linguagem variada para impedir monotonia

8	Modalidade	Evita expressões extremadas.
9	Tipicidade	Utiliza expressões típicas, próprias, condizentes ao atributo.
10	Credibilidade	Evita itens ridículos, despropositados, infantis e ofensivos.
11	Amplitude	O conjunto de itens precisa garantir todos os níveis de compreensão da população-alvo.
12	Equilíbrio	O conjunto de itens devem ser distribuídos contendo a maior parte dificuldade mediana, que progressivamente diminui com itens fáceis e difíceis.

Fonte: Pasquali (2013).

O sexto passo, análise teórica dos itens, também identificado como análise de conteúdo ou mais propriamente, de análise do construto, trata-se da análise realizada por juízes com o objetivo de estabelecer a compreensão dos itens e a pertinências destes ao atributo que se pretende medir (PASQUALI, 2013). É desenvolvida em dois tipos: a análise semântica dos itens, em que os juízes são a própria população para qual se quer construir o instrumento, com o objetivo de obter a unanimidade de compreensão dos itens; e análise dos juízes, em que os juízes são peritos na área do construto (PASQUALI, 2013).

Os procedimentos empíricos/experimentais definem as etapas e técnicas de aplicação do instrumento para avaliação, visam coletar informações empíricas a partir da aplicação do instrumento-piloto a uma amostra que seja representativa da população-alvo. Compõe os procedimentos empíricos dois passos: o planejamento da aplicação (sétimo passo) e a aplicação e coleta (oitavo passo) (PASQUALI, 1998).

Por fim, nos procedimentos analíticos são realizadas as análises estatísticas para confirmar a validade e confiabilidade do instrumento, correspondendo ao nono passo, dimensionalidade, e ao décimo passo análise dos itens (PASQUALI, 1996; 1998).

O décimo primeiro passo, a precisão da escala, diz respeito à confiabilidade. Uma das formas de avaliação da confiabilidade é a partir da estimação da consistência interna do instrumento, isto é, as subpartes do instrumento são mensuradas de forma homogênea (BERTONCELLO, 2004). O último passo, estabelecimento de normas, trata-se do estabelecimento das normas em relação à necessidade de haver unidade em todos os processos no uso de um teste válido e preciso (PASQUALI, 2013).

Considerando a complexidade que envolve os procedimentos de construção e validação de instrumentos, segundo Pasquali (2013), para assegurar a legitimidade e validade do instrumento, três parâmetros mínimos devem ser considerados: a análise dos itens, a validade e a confiabilidade do instrumento.

4.2 Importância dos instrumentos validados para a área de enfermagem

Instrumentos validados na área de enfermagem contribuem positivamente para a avaliação e tomada de decisão do profissional enfermeiro na prática assistencial, tendo em vista, que os mesmos foram construídos por referenciais teóricos e validados de forma rigorosa e sofisticada através de análises estatísticas (GARDONA; BARBOSA, 2018).

De acordo com Alexandre e Coluci (2011), a validade corresponde à capacidade de um instrumento medir com precisão determinado fenômeno e a confiabilidade, configura-se na capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente.

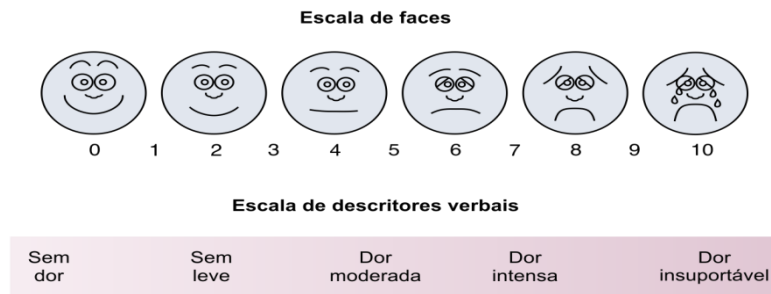
Entre os instrumentos de enfermagem mais citados na literatura, destacam-se aqueles voltados para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), os quais permitem a obtenção de dados de forma segura e possibilitam o reconhecimento das necessidades de saúde da pessoa ou população avaliada com maior precisão, contribuindo para o enfrentamento do problema e planejamento de melhorias (VIANA; PIRES, 2014).

Conforme o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a SAE orienta o cuidado e a documentação da prática profissional de enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem, valorizando a ciência da profissão e aumentando a visibilidade e reconhecimento da classe (COFEN, 2009).

Assim como a SAE, os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) validados, contribuem e auxiliam na prática do enfermeiro no alcance da uniformidade na execução de procedimentos, harmonização dos processos entre a equipe de saúde, bem como possibilitam treinamentos na área com objetivo de melhorar a assistência profissional e garantir a qualidade por meio da padronização e da rastreabilidade do processo em auditorias e inspeções (XIV EVINCI, 2019).

Há também outros instrumentos validados de diferente natureza clínica que contribuem para a prática do enfermeiro, como as escalas de dor, como as de face de Wong Baker (Figura 2) ou a visual analógica, escalas para avaliar a gravidade dos pacientes internados em UTI (APACHE) e o *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) instrumento capaz de definir o diagnóstico de sepse. O uso de instrumentos validados visa, reduzir incertezas e gerar de modo coeso, dados sobre o provável estado de saúde de alguém ou de uma situação (GARDONA; BARBOSA, 2018).

Figura 2 - Escala de faces Wong Baker para avaliação da dor.



Fonte: Academia de Medicina Guanabara Koogan, 2021.

Deste modo, Araújo e colaboradores (2020) recomendam fortemente o uso de instrumentos validados para a prática assistencial de enfermagem, pois consideram que por estes terem sido realizados com base em evidências e testes estatísticos, a qualidade do instrumento minimiza os riscos de julgamentos subjetivos do avaliador e reforçam a credibilidade dos resultados.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, com abordagem quantitativa e descritiva, cuja proposta foi construir e validar um instrumento com recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.

O estudo metodológico é considerado adequado para a obtenção, organização e análise de dados, com a intenção de elaborar, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisas, objetivando a construção de um instrumento confiável, preciso e utilizável. Além disso, apresenta rigor científico, sendo definido como uma importante ferramenta de pesquisa (LIMA, 2011; POLIT; BECK, 2019).

O desenvolvimento da pesquisa metodológica é composto pelas seguintes fases: definição do construto ou fenômeno a ser estudado/medido; construção dos itens ou elementos que irão compor o instrumento; definição dos especialistas na área do construto que irão avaliar os itens do instrumento; e o teste de validade e confiabilidade do instrumento (PASQUALI, 2013).

Diante do exposto, o processo de condução deste estudo foi dividido em duas etapas. A primeira destinada para a construção do instrumento, na qual foram desenvolvidos os procedimentos teóricos elencados por Pasquali (1998) e, posteriormente, a segunda etapa, na qual foram realizados os procedimentos empíricos e analíticos do instrumento, confirmando a fase de validação do instrumento e por fim a normatização do mesmo.

5.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), um hospital público, de referência no estado de Santa Catarina (SC) nas especialidades de cardiologia e vascular, localizado na região metropolitana da capital do estado, no município de São José, anexo ao Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, que atende a comunidade da grande Florianópolis e de outras localidades do estado, exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTA CATARINA, 2018).

Devido à temática da investigação, as unidades escolhidas para o desenvolvimento do estudo foram a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana COVID 1 (UCO COVID 1) e a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana 1 (UCO 1), ambas no segundo andar do ICSC.

A UCO COVID 1 dispõe de cinco leitos acomodados em um mesmo salão. Na área externa desta unidade há um vestiário com repouso para os funcionários, um banheiro, uma sala de material e uma copa. Esta unidade foi escolhida pelo contexto de cuidados diretos ao paciente cardiológico e vascular com COVID-19.

A UCO 1, segunda unidade escolhida, é composta por 10 leitos, sendo estes divididos para o atendimento de pacientes cardíacos e vasculares com diagnóstico clínico e cirúrgico. Dos 10 leitos, quatro são dispostos em um salão e os demais, seis leitos, são divididos em três quartos com espaço para dois leitos em cada quarto. Esta unidade também apresenta uma sala de chefia de enfermagem, um vestiário com repouso e banheiro para os funcionários de enfermagem, uma sala de material e uma copa.

Mesmo não sendo a principal unidade para o atendimento de pacientes com COVID-19, a UCO 1 foi mantida no cenário da pesquisa, pois esta, desde antes da pandemia é uma unidade referência no acolhimento familiar em UTI no ICSC, além disso, por se tratar de uma unidade intensiva, muitas vezes pacientes que teoricamente não estavam contaminados com o vírus, após alguns dias começavam a apresentar sinais clínicos da doença COVID-19 e então eram isolados nos leitos em que os quartos dispunham de portas.

Quanto à equipe multiprofissional atuante nas unidades referidas, a mesma é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, médicos cardiologistas, médicos residentes, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais.

5.3 Etapa 1: Construção do instrumento

Para a construção do instrumento, foram seguidos os procedimentos teóricos propostos por Pasquali (1998), os quais são apresentados abaixo de acordo com suas respectivas fases.

5.3.1 Fase Teórica

Para contemplar os passos 1 ao 4, foram elaboradas duas revisões de literatura, sendo a primeira uma revisão narrativa sistematizada, a qual está descrita no capítulo três desta dissertação, e a segunda, uma Revisão Integrativa (RI), no intuito de identificar as alternativas tecnológicas, utilizadas pelos profissionais da saúde para aproximar os familiares dos pacientes internados em UTI em tempos de pandemia.

A revisão de literatura constitui-se como um método de pesquisa criterioso, que permite a busca de evidências relevantes para determinado assunto, de forma sistemática dando suporte para a tomada de decisão e melhoria em determinada prática clínica e/ou

processo de trabalho (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

A metodologia seguida para o desenvolvimento da RI, consistiu nas cinco etapas propostas por Whittmore e Knalf (2005), sendo estas: 1. Formulação do problema e elaboração da questão norteadora da pesquisa; 2. Busca na literatura de acordo com os critérios de inclusão para responder à questão de pesquisa; 3. Coleta e avaliação dos estudos; 4. Análise dos resultados e; 5. Apresentação da síntese do trabalho.

Para atingir o objetivo da RI, foi elaborado um Protocolo de Revisão Integrativa (Apêndice A), o qual foi validado por um avaliador externo, e desenvolvido de acordo com as recomendações da diretriz *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (MOHER; LIBERATI; TETZLAFF; ALTMAN, 2009).

A pergunta norteadora da RI foi elaborada a partir do acrônimo PICO (P: população; I: intervenção; C: comparação e O: desfecho), uma ferramenta de Medicina Baseada em Evidências (MBE) que permite construir uma pergunta específica capaz de resolver a problemática levantada na pesquisa de interesse (AKOBENG, 2005; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007), sendo esta: Quais tecnologias têm sido utilizadas pelos profissionais da saúde para aproximar familiares de pacientes com COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva?

A coleta de dados da RI foi realizada no mês de março de 2021. A procura dos artigos se deu por meio da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de periódicos da CAPES. As bases de dados utilizadas foram: *Medical Literature Analysis and Retrieval System onLine* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), SCOPUS, *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *EMBASE*.

Os descritores utilizados na busca foram selecionados após consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH) sendo eles: “Unidades de terapia intensiva”, “Visitas a pacientes”, “Cuidados de enfermagem”, “Cuidados críticos”, “Pandemia” e “COVID-19”. Para cada base de dados foi elaborada uma estratégia de busca (Quadro 2) utilizando também palavras-chave e sinônimos, bem como os operadores *booleanos* (*AND* e *OR*), com o objetivo de abranger a totalidade das publicações na área de interesse.

Quadro 2 - Descrição da estratégia de busca utilizada.

Base de dados	Descritores
PUBMED	(<i>"Intensive Care Units"[Mesh] OR "Intensive Care Units" OR "Intensive care" OR "ICU" OR "intensive care unit" OR "Intensive cares") AND ("Visitors to Patients"[Mesh] OR "Visitors to Patients" OR "Patient Visitors" OR "Patient's Visitors" OR "Patients Visitors" OR "Patients' Visitor" OR "Patients' Visitors" OR "Visitors to Patient") AND ("Covid-19" OR "SARS2" OR "COVID-19"[Supplementary Concept] OR "COVID-19" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "COVID 2019" OR "SARS-CoV-2" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "coronavirus disease-19" OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2"[Supplementary Concept] OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" OR "Wuhan coronavirus" OR "coronavirus 2019" OR "coronavirus disease 2019" OR "nCoV 2019" OR "Pandemics"[Mesh] OR "Pandemics" OR "Pandemic")</i>)
EMBASE	(<i>"Intensive Care Units" OR "Intensive care" OR "ICU" OR "intensive care unit" OR "Intensive cares") AND ("Visitors to Patients" OR "Patient Visitors" OR "Patients Visitors" OR "Patients Visitor" OR "Patients Visitors" OR "Visitors to Patient") AND ("Covid-19" OR "SARS2" OR "COVID-19" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "COVID 2019" OR "SARS-CoV-2" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "coronavirus disease-19" OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" OR "Wuhan coronavirus" OR "coronavirus 2019" OR "coronavirus disease 2019" OR "nCoV 2019" OR "Pandemics" OR "Pandemic")</i>)
CINAHL	(<i>"Intensive Care Units" OR "Intensive care" OR "ICU" OR "intensive care unit" OR "Intensive cares") AND ("Visitors to Patients" OR "Patient Visitors" OR "Patient's Visitors" OR "Patients Visitors" OR "Patients' Visitor" OR "Patients' Visitors" OR "Visitors to Patient") AND ("Covid-19" OR "SARS2" OR "COVID-19" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "COVID 2019" OR "SARS-CoV-2" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "coronavirus disease-19" OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" OR "Wuhan coronavirus" OR "coronavirus 2019" OR "coronavirus disease 2019" OR "nCoV 2019" OR "Pandemics" OR "Pandemic")</i>)
SCOPUS	<i>TITLE-ABS-KEY(("Intensive Care Units" OR "Intensive care" OR "ICU" OR "intensive care unit" OR "Intensive cares") AND ("Visitors to Patients" OR "Patient Visitors" OR "Patient's Visitors" OR "Patients Visitors" OR "Patients' Visitor" OR "Patients' Visitors" OR "Visitors to Patient") AND ("Covid-19" OR "SARS2" OR "COVID-19" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "COVID 2019" OR "SARS-CoV-2" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "coronavirus disease-19" OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" OR "Wuhan coronavirus" OR "coronavirus 2019" OR "coronavirus disease 2019" OR "nCoV 2019" OR "Pandemics" OR "Pandemic"))</i>
LILACS	(<i>"Unidades de terapia intensiva" OR "Unidade de terapia intensiva" OR "UTI" OR "CTI" OR "Centro de Terapia Intensiva" OR "Centros de Terapia Intensiva" OR "terapia intensiva" OR "centro intensivo" OR "centros intensivos" OR "cuidados intensivos" OR "cuidado intensivo" OR "Cuidados Críticos" OR "Cuidado Crítico" OR "Unidades de Cuidados Intensivos" OR "Unidade de Cuidados Intensivos" OR "Intensive Care Units" OR "Intensive care" OR "ICU" OR "intensive care unit" OR "Intensive cares") AND ("Visitas a pacientes" OR "Visita a paciente" OR "Visitantes de Pacientes" OR "Visitantes do Paciente" OR "Visitante de Pacientes" OR "Visitantes del paciente" OR "Visitante de los pacientes" OR "Visitantes al Paciente" OR "Visitors to Patients" OR "Patient Visitors" OR "Patient's Visitors" OR "Patients Visitors" OR "Patients' Visitor" OR "Patients' Visitors" OR "Visitors to Patient") AND ("Pandemias" OR "Pandemia" OR "Covid-19" OR "SARS2" OR "COVID-19" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "COVID 2019" OR "SARS-CoV-2" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "coronavirus disease-19" OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" OR "Wuhan coronavirus" OR "coronavirus 2019" OR "coronavirus disease 2019" OR "nCoV 2019" OR "Pandemics" OR "Pandemic")</i>)

SCIELO	(("Unidades de terapia intensiva" OR "Unidade de terapia intensiva" OR "UTI" OR "CTI" OR "Centro de Terapia Intensiva" OR "Centros de Terapia Intensiva" OR "terapia intensiva" OR "centro intensivo" OR "centros intensivos" OR "cuidados intensivos" OR "cuidado intensivo" OR "Cuidados Críticos" OR "Cuidado Crítico" OR "Unidades de Cuidados Intensivos" OR "Unidade de Cuidados Intensivos" OR "Intensive Care Units" OR "Intensive care" OR "ICU" OR "intensive care unit" OR "Intensive cares") AND ("Visitas a pacientes" OR "Visita a paciente" OR "Visitantes de Pacientes" OR "Visitantes do Paciente" OR "Visitante de Pacientes" OR "Visitantes del paciente" OR "Visitante de los pacientes" OR "Visitantes al Paciente" OR "Visitors to Patients" OR "Patient Visitors" OR "Patient's Visitors" OR "Patients Visitors" OR "Patients' Visitor" OR "Patients' Visitors" OR "Visitors to Patient") AND ("Pandemias" OR "Pandemia" OR "Covid-19" OR "SARS2" OR "COVID-19" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "COVID 2019" OR "SARS-CoV-2" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "coronavirus disease-19" OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" OR "Wuhan coronavirus" OR "coronavírus 2019" OR "coronavirus disease 2019" OR "nCoV 2019" OR "Pandemics" OR "Pandemic"))
--------	--

Fonte: elaborado pelas autoras (2021)

Os critérios de inclusão definidos para a RI foram: artigos completos e disponíveis gratuitamente na *internet*, relatos de experiência e reflexão, pesquisas qualitativas e/ou quantitativas, nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados no período de janeiro de 2019 a março de 2021. Como critérios de exclusão: artigos com opinião, comentários, editoriais, cartas, ensaios, resenhas, resumos em anais de eventos ou periódicos, resumos expandidos, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais, publicações de trabalhos duplicados e ou sem aderência ao tema.

Após identificação dos estudos por meio da estratégia de busca, foram encontrados 92 artigos, destes, 34 na MEDLINE/PubMed, 19 na EMBASE, 14 na CINAHL, 25 na SCOPUS e zero nas bases LILACS e Scielo. Dos 92 artigos, 60 foram excluídos após a leitura do título e resumo por não contemplar o escopo do estudo, um foi excluído por ser no idioma alemão e 15 foram excluídos por duplicidade, resultando em 16 artigos para serem avaliados.

Para avaliação dos dados, utilizou-se um instrumento com os dados básicos dos artigos selecionados contendo título, autor, ano de publicação, objetivos, metodologia, resultados e conclusão. Os 16 artigos foram avaliados quanto à temática e afinidade à questão de pesquisa, sendo excluídos dois artigos por serem editorial, seis por não responder a questão norteadora, um por não estar disponível na íntegra e um por ser correspondência/carta, resultando em 10 artigos excluídos e seis artigos selecionados para compor a amostra. Os resultados da RI serão apresentados no capítulo seis desta dissertação.

5.3.2 Fase de construção

A partir dos resultados da revisão narrativa e da revisão integrativa, o instrumento foi construído, contendo três domínios e 43 itens justificados de acordo com a literatura em um

arquivo da *Microsoft Word 2019* e, posteriormente, importados para uma ferramenta *online* do *Google Forms* (Apêndice B), que possibilita a criação de formulários para a rápida e automática alimentação dos dados.

Esta ferramenta tecnológica é multifuncional e possibilita a elaboração e organização do instrumento de acordo com a intencionalidade da pesquisa, sendo algumas de suas vantagens: facilidade para a organização dos itens do instrumento, fácil e automática importação dos resultados para tabulação; alternativas de preenchimento obrigatório para o avanço dos itens possibilitando menores chances de perdas das respostas; e o rápido preenchimento, entendimento e manejo da tecnologia online pelos juízes (HEIDEMANN; OLIVEIRA; VEIT, 2010).

O instrumento *online* foi dividido da seguinte forma:

A primeira etapa do instrumento continha o título: “Validação do Procedimento Operacional Padrão: Visita Virtual Familiar em UTI Coronariana”, e uma mensagem informando o tempo que seria dispensado para o preenchimento do mesmo, cerca de 20 minutos e um espaço para o preenchimento do *e-mail* do juiz.

Na sequência, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), onde a concordância de participação condicionava para o prosseguimento do instrumento.

A próxima etapa contemplava as questões voltadas para a identificação do avaliador, na qual seriam respondidas informações relacionadas a idade, sexo, área de formação, função ou cargo na instituição, titulação e local de trabalho.

Após esta etapa, o juiz seria direcionado às instruções para avaliação do instrumento, as quais abarcam cinco critérios a serem avaliados (Quadro 3), e a explicação de como responder através da escala *Likert* de quatro pontos.

Quadro 3 - Critérios avaliados no instrumento.

Critério	Definição
Concordância	Ato de concordar com o texto e/ou ação descrita;
Coerência	Consiste em verificar a lógica nos argumentos apresentados;
Objetividade	Atribui à observação da questão em si, passível de entendimento;
Pertinência	O tema é considerado pertinente à área, na comunidade científica e na prática assistencial;

Conteúdo	Referente a informação contida em cada item, e se o mesmo está em consonância com as evidências científicas, legislações nacionais, se está de acordo com a realidade prática no país, se pode circular no meio científico na área, se está de forma clara e objetiva, e por fim, se apresenta-se de forma correta cada uma de suas etapas.
----------	---

Fonte: elaborado pelas autoras (2021)

Quanto à escala, as respostas dos juízes seriam obtidas através da escala *Likert*, possibilitando até quatro categorias de resposta, sendo: (1) Discordo; (2) Discordo parcialmente; (3) Concordo parcialmente; (4) Concordo.

A escala *Likert* é amplamente utilizada em pesquisa devido a sua característica de fácil aplicabilidade e construção, possibilitando a análise de concordância de opiniões, mediante uma graduação ordinal de informações (POLIT; BECK, 2019).

Considerando os critérios a serem avaliados, os domínios e seus respectivos itens foram distribuídos da seguinte forma: Domínio 1: Objetivo - 2 itens; Domínio 2: Materiais/Equipamentos necessários para a realização da visita virtual familiar - 5 itens; Domínio 3: Descrição das atividades que competem ao enfermeiro - 36 itens. Ao final de cada domínio, foi fornecido um espaço para dúvidas e sugestões dos juízes especialistas.

Para contemplar o sexto passo da Teoria de Pasquali (1998), análise dos itens, foi definido o público alvo a fim de realizar-se a análise semântica dos itens. Entendendo que para esta investigação a validação do conteúdo deste instrumento seria para fundamentar um Procedimento Operacional Padrão (POP), com vistas a padronizar a visita virtual familiar para pacientes internados em UTI em tempos de pandemia, seguindo as regras e orientações da equipe diretiva do hospital, decidiu-se pelos juízes enfermeiros, que têm experiência e atuam em UCO/UTI.

A literatura apresenta controvérsias sobre a escolha do número e a qualificação, de juízes ou especialistas (*experts*), para validar o conteúdo de um instrumento. Contudo, corrobora-se com Alexandre e Coluci (2011), que nessa decisão, deve se levar em conta as características e utilização do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários.

Desta forma, foram convidados 23 enfermeiros do ICSC, sendo elencados os seguintes critérios de inclusão dos participantes: ter experiência de no mínimo seis meses em Unidade Coronariana ou Unidade de Terapia Intensiva; e os critérios de exclusão: estar de férias ou de licença de saúde.

O público foi escolhido com base numa amostra não probabilística intencional, ou seja, os sujeitos foram selecionados propositalmente para responder a pesquisa, tendo em vista que determinada população constitui fonte objetiva de informação e contribui para a melhoria e validação do instrumento. Este tipo de amostragem é usado com frequência quando o pesquisador quer uma amostra de juízes (POLIT; BECK, 2019).

5.4 Etapa 2: Validação do instrumento

A validação é caracterizada pela avaliação de medidas psicométricas que vão verificar a amplitude em que esta medida corresponde ao fenômeno mensurado (PASQUALI, 2013). Segundo Pasquali (2013), para se considerar um teste válido a medida deve ser congruente com aquilo que de fato se quer medir, ou seja, a capacidade de um instrumento medir com precisão o objetivo a ser estudado.

A validação de conteúdo consiste em verificar se o instrumento constitui uma amostra representativa, uma vez que o conteúdo de um item deve ser considerado válido para estabelecer confiança nas inferências resultantes. Para que o conteúdo forneça informações claras de cada medida, o pesquisador pode contar com a colaboração da análise de especialistas na área (MEDEIROS; MARCOS JÚNIOR; PINTO; VITOR; SANTOS; BARICHELLO, 2015).

O parecer de juízes especialistas permite ao pesquisador garantir que o item elaborado representa adequadamente a significância de interesse para construir instrumentos confiáveis, que irão subsidiar uma prática mais segura, padronizando o cuidado com base em conhecimento científico (PASQUALI, 2013).

Para a validação do instrumento desta dissertação, foram seguidos os procedimentos empíricos e analíticos propostos por Pasquali (1998).

5.4.1 Procedimentos empíricos

Para a aplicação do instrumento, os enfermeiros selecionados para compor a amostra foram convidados a participar da pesquisa através de uma carta convite (Apêndice C), a qual foi encaminhada via mensagem eletrônica (*WhatsApp*) e correio eletrônico (*E-mail*). Dos 23 enfermeiros selecionados e convidados, 15 atenderam a amostra de investigação, que foi intencional e não-probabilística, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D).

O instrumento foi submetido à validação de conteúdo de julho a agosto de 2021, sendo considerado o tempo de resposta máximo de 20 dias após o seu envio. Os juízes peritos na área do construto julgaram a adequação comportamental dos atributos. Sua principal tarefa foi

avaliar se o domínio e seus itens constituíam ou não uma representação adequada do construto e, para isso, esperou-se uma concordância de cerca de $\geq 85\%$ entre os juízes para que o item não fosse descartado (PASQUALI, 2013).

Para cada item apresentado, o juiz avaliou os cinco critérios já descritos no quadro 3, os quais foram respondidos a partir das caixas de resposta de múltipla escolha do tipo *Likert* que compreendeu em quatro categorias de respostas, sendo cada critério: 1 – discordo; 2 – discordo parcialmente; 3 – concordo parcialmente; 4 – concordo.

Reforça-se que, a utilização da escala *Likert* além de simples aplicação, permite a visualização de um panorama das respostas que foram discordantes e concordantes, como também apresenta o grau de intensidade destas respostas (HULLEY *et al*, 2015).

Aguardou-se um período de 20 dias para as devolutivas dos enfermeiros com as respectivas avaliações do instrumento. Os dados coletados foram exportados do *Google Forms* para uma planilha da *Microsoft Excel*® versão 2019.

5.4.2 Procedimentos analíticos

A análise dos dados sociodemográficos foi por meio de estatística descritiva simples, apresentando frequências absolutas e relativas. A estatística descritiva foi utilizada para apresentar um resumo dos dados por meio de tabelas, facilitando a compreensão e visualização dos dados (SIQUEIRA; TIBÚRCIO, 2011).

A confiabilidade e validade dos itens foram analisadas por meio do coeficiente Alfa de *Cronbach* e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O Alfa de *Cronbach* é a medida das correlações entre os itens que fazem parte de um instrumento. O coeficiente alfa analisa a consistência interna de cada dimensão verificando a uniformidade de cada item do instrumento em comparação com o restante dos itens do mesmo instrumento (PASQUALI, 2013).

Para a obtenção do coeficiente alfa de *Cronbach* o cálculo de três parâmetros são indispensáveis, sendo eles: variância total do teste (S_T^2), variância de cada item individualmente (s_i^2), e soma das variâncias destes itens ($\sum s_i^2$). Sendo sua fórmula expressada da seguinte maneira, onde “n” representa o número de itens:

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right)$$

O resultado esperado neste cálculo, para Pasquali (1998), pode variar de 0 (ausência total de consistência interna dos itens) a 1 (presença de uma consistência de 100%). A fórmula resultante em 1 mostra que a variação equivalente de todos os itens representa sua total homogeneidade. A soma dessa variação de cada item individual se reduz e, com isso, aumenta a variância em comum resultando em um maior índice de alfa (PASQUALI, 2013). A classificação da confiabilidade do cálculo de Alfa de *Cronbach* é de acordo com os valores apresentados no Quadro 4.

Consideram-se satisfatórios os instrumentos que apresentem valores de $> 0,60$. Sabendo que quanto maior o valor alfa melhor será a sua confiabilidade. Para este estudo, o valor mínimo aceitável para cada domínio calculado separadamente foi de $\geq 0,85$.

Quadro 4 - Classificação da confiabilidade do coeficiente α de *Cronbach*.

CONFIABILIDADE	VALOR DE α
Muito baixa	$\alpha \leq 0,30$
Baixa	$0,30 < \alpha \leq 0,60$
Moderada	$0,60 < \alpha \leq 0,75$
Alta	$0,75 < \alpha \leq 0,90$
Muito alta	$\alpha > 0,90$

Fonte: Freitas; Rodrigues (2005).

Com o propósito de determinar a concordância entre os dados coletados foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), um dos métodos mais utilizados na área da saúde, principalmente, pelos enfermeiros para a validação de conteúdo (POLIT; BECK, 2019). O IVC mede a proporção de concordâncias de itens de um instrumento avaliado por dois ou mais juízes de maneira independente. Além de permitir analisar cada item individualmente, também permite analisar o instrumento como um todo (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O IVC emprega uma escala tipo *Likert* com pontuação de um a quatro, com o objetivo de avaliar a relevância/concordância dos itens construídos. O cálculo do índice de concordância considera como conteúdo inválido os itens classificados na escala do tipo *Likert* pelos juízes de 1 ou 2. Por outro lado, considera-se o conteúdo válido as classificações assinaladas em 3 ou 4 (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003). A seguir a fórmula para avaliar cada item individualmente:

$$IVC = \frac{\text{Número de classificação 3 ou 4}}{\text{Número total de classificações}}$$

Para avaliar o instrumento como um todo, Borges (2012) descreve o seguinte cálculo: deve-se realizar a média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é, soma-se todos os IVC calculados separadamente e divide-se pelo número de itens considerados na avaliação.

Diante disso, para que uma escala seja validada como excelente, entre os itens o cálculo IVC deve atingir $\geq 0,78$ e a média de IVC do instrumento $\geq 0,90$. Para este estudo foi considerado IVC $\geq 0,80$ excelente, IVC entre 0,60 e 0,79 bom e IVC $< 0,59$ ruim. A análise de permanência do item no instrumento foi julgada pela concordância ou discordância entre os juízes que assinalaram o item como válido com pontuação acima de 3 na escala de *Likert*, assim, para o item permanecer no instrumento considerou-se um IVC $\geq 0,85$.

A normatização do instrumento foi definida de acordo com as necessidades do ICSC, sendo estabelecido que a cada dois anos o instrumento deve ser atualizado.

5.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos e científicos que envolvem as pesquisas com seres humanos, de acordo com Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A mesma foi submetida para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), via Plataforma Brasil, e aprovada sob parecer consubstanciado do CEP número: 29469520.4.0000.0113 no dia 25 de março de 2020.

No entanto devido ao período pandêmico, o presente estudo necessitou ser ajustado para atender às novas demandas a respeito da política de visita hospitalar frente à pandemia, sendo realizada uma emenda junto ao CEPSH do ICSC, e aprovado novo parecer consubstanciado, sob o número: 4.952.463 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 29469520.4.0000.0113 (ANEXO A).

Ao longo do processo foram respeitados todos os aspectos envolvendo a dignidade humana, sendo esclarecidos os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como a importância da participação dos mesmos, protegendo devidamente aos participantes da pesquisa, os quais foram informados através da carta convite (Apêndice C) e do TCLE (Apêndice D).

6 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação serão apresentados na forma de manuscritos, seguindo a RESOLUÇÃO NORMATIVA N° 46/2019/CPG de 24 de junho de 2019 em consonância à Instrução Normativa 01/PEN/2016, de 17 de agosto de 2016 (UFSC, 2016, p. 1) que define critérios para a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional) da UFSC. Assim, apresentam-se neste capítulo três manuscritos e o produto construído:

Manuscrito 1: Visita virtual familiar a pacientes com COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva: Alternativa Tecnológica.

Manuscrito 2: Tecnologia virtual de visita familiar a pacientes com COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: Construção de um Procedimento Operacional Padrão.

Manuscrito 3: Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: Validação de um Procedimento Operacional Padrão.

Produto: Procedimento Operacional Padrão: Visita Virtual Familiar em UTI Coronariana

6.1 MANUSCRITO 1: Visita virtual familiar a pacientes com COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva: Alternativa Tecnológica

Húndra Prestes de Godoi

Kátia Cilene Godinho Bertoncello

RESUMO

Objetivo: Identificar as principais tecnologias utilizadas pelos profissionais da saúde, para aproximar familiares dos pacientes acometidos pela COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, na qual foram realizadas buscas em seis bases de dados, no recorte temporal de janeiro de 2019 a março de 2021, nos idiomas inglês, espanhol e português, utilizando os descritores “Unidades de Terapia Intensiva”, “Visitas a pacientes”, “Cuidados de Enfermagem”, “Cuidados Críticos”, “Pandemias” e “COVID-19”. Os dados foram analisados de forma descritiva e agrupados em categorias. **Resultados:** A amostra final compreendeu seis artigos, os quais foram discutidos a partir de duas categorias, sendo estas: Mudança nas políticas de visita em unidade de terapia intensiva frente a COVID-19 e Tecnologias utilizadas para aproximar familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva durante a pandemia de COVID-19. Os estudos destacaram que, mediante a realidade da pandemia, a principal mudança nas políticas de visita foram a restrição/suspensão da visita presencial no ambiente hospitalar, em especial nas unidades de terapia intensiva. E a tecnologia utilizada como alternativa para aproximar familiares e pacientes, foram os dispositivos móveis, como *tablets* com acesso a rede de *internet* que possibilitou a realização de videochamadas e videoconferências com os familiares. **Conclusão:** Mesmo em tempos de pandemia, os profissionais de saúde usufruíram da tecnologia dura como alternativas para manter a comunicação dos pacientes com seus familiares e assegurar o distanciamento social necessário e protetivo.

Descritores: Visitas a pacientes; Pandemias; COVID-19; Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados Críticos; Cuidados de Enfermagem.

Introdução

A proximidade do familiar no contexto hospitalar é vista por especialistas na área da saúde como um fator-chave na qualidade e na segurança dos cuidados de saúde, pois tende a diminuir falhas ou erros na comunicação entre profissionais e famílias e aumentar a confiança dos envolvidos, durante o tratamento do paciente e/ou ente querido (MENDIOLA; GOMEZ; FURST; RASMUSSEN, 2021).

Além disso, Eugênio e Souza (2017) e Rosa (2020), comprovam em seus estudos que a presença do familiar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), diminui a ansiedade do paciente, melhora os perfis hormonais e reduz complicações cardiovasculares. Promove o

bem-estar cognitivo, bem como melhora a frequência cardíaca e respiratória, aumentando consequentemente a saturação periférica de oxigênio, e corroborando para a melhora do paciente.

No entanto, com a descoberta de um vírus potencialmente grave e de elevada transmissibilidade, identificado em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, o novo coronavírus (SARS-CoV-2), mais conhecido como *corona virus disease* (COVID-19), capaz de causar sintomas leves a moderados semelhantes a uma gripe, mas que em outros casos, pode causar sintomas graves sendo necessário suporte respiratório e internação em UTI, levou a restrição das visitas presenciais e abertas à família na UTI, tal como, em todo contexto hospitalar a partir de março de 2020, após publicação do decreto da Organização Mundial da Saúde (OMS) declarando estado de pandemia (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

Esta mudança fez-se necessária, a fim de combater a disseminação do vírus e minimizar o contágio entre a população. Junto a esta, outras medidas de proteção foram impostas, destacando-se o distanciamento social, a etiqueta respiratória, o uso de máscara em qualquer ambiente (fechado ou aberto), a higiene das mãos com água e sabão ou álcool em gel, e se possível manter-se em domicílio para evitar aglomerações (OLIVEIRA; LUCAS; IQUIAPAZA, 2020).

A nova realidade trouxe inúmeros desafios, tanto para os profissionais da saúde, quanto para pacientes e seus familiares. Os profissionais da saúde depararam-se dia a dia com obstáculos voltados ao medo da contaminação, devido à exposição a um patógeno pouco conhecido, insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequado para situação, escassez de leitos de UTI para suprir a demanda da COVID-19, bem como sentimento de impotência, visto que o tratamento terapêutico ainda está em estudo e a produção de vacina, que há pouco tempo foi liberada, ainda é insuficiente para toda população (BRASIL, 2020b; COSTA, 2020; DANTAS, 2021).

Para os pacientes, os desafios frente a uma internação em UTI já eram grandes mesmo antes do período pandêmico, como restrição ao leito, alimentação diferenciada dos hábitos diários, vergonha da exposição do corpo durante momentos de higiene e/ou hábitos intestinais, ruído e iluminação constante, comunicação prejudicada em casos de pacientes traqueostomizados e/ou desorientados (VALLEY; SCHUTZ; NAGLE; MILES; LIPMAN; KETCHAM; KENT; HIBBARD; HARLAN; HAUSCHILDT, 2020).

Com a COVID-19, além das dificuldades e desafios citados, soma-se o isolamento social excepcional, onde as visitas presenciais foram temporariamente suspensas,

contribuindo ainda mais para o estresse agudo, ansiedade e sintomas de depressão dos pacientes e levando muitos a desenvolverem *delirium*, dificultando o desmame de ventilação mecânica e aumentando a necessidade de sedação contínua (NING; SLATYER, 2021).

Quanto aos familiares, estes também apresentam sentimentos de estresse e instabilidade familiar ao saber que seu ente querido está em um leito de UTI ou necessita de um. Com as restrições impostas pela pandemia, o ônus tornou-se maior, haja vista a ausência de visitas presenciais, o boletim médico realizado por telefone, e o contato reduzido da família com a equipe assistencial (VALLEY; SCHUTZ; NAGLE; MILES; LIPMAN; KETCHAM; KENT; HIBBARD; HARLAN; HAUSCHILDT, 2020).

Mediante esta nova realidade mundial, o distanciamento social e a privação de visitas na UTI foi abrindo para pacientes e seus familiares margem para fantasias, desconhecimento da realidade e dúvidas quanto ao bem-estar dos entes queridos internados. No entanto, numa tentativa de reduzir o distanciamento entre pacientes e seus familiares, diferentes hospitais começaram a utilizar a tecnologia em prol da aproximação de pacientes e seus familiares (EUGÊNIO; SOUZA, 2017; COSTA, 2020).

Diante disso, tendo em vista a situação pandêmica atual, esta pesquisa teve como objetivo identificar as tecnologias utilizadas pelos profissionais da saúde, para aproximar familiares de seus entes queridos acometidos pela COVID-19 que se encontram internados em Unidade de Terapia Intensiva.

Método

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), cuja estratégia metodológica permite sintetizar e analisar o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado. (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). A presente RI seguiu cinco etapas, sendo: formulação do problema e elaboração da questão norteadora da pesquisa, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados (WHITTEMORE; KNALF, 2005).

Na primeira etapa, para a formulação do problema e elaboração da questão norteadora, utilizou-se a estratégia PICO, uma sigla do inglês que significa respectivamente “População, Intervenção, Comparação e Desfecho”, o qual permite limitar de forma específica e científica a questão de pesquisa (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007). Desta forma, apresenta-se a seguinte questão norteadora: **Quais tecnologias têm sido utilizadas pelos profissionais da saúde para aproximar familiares de pacientes com COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva?**

Sendo P: profissionais da saúde; I: Tecnologias; C: Familiares de pacientes com COVID-19 internados em UTI; O: Aproximação dos familiares de pacientes com COVID-19 por meio da tecnologia.

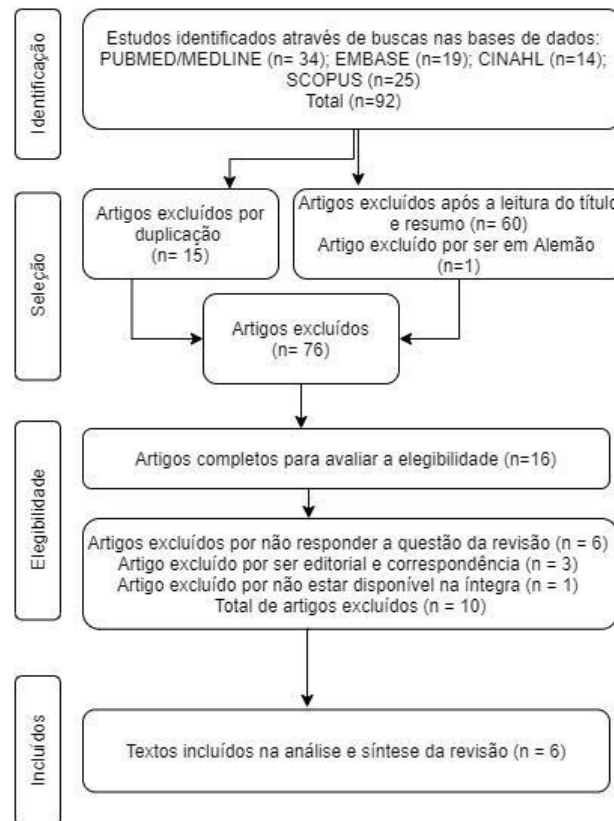
Na segunda etapa, coleta de dados, foi realizada a busca de artigos no recorte temporal de janeiro de 2019 a março de 2021, nos idiomas inglês, espanhol e português, nas seguintes bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via *National Library of Medicine* (PubMed), EMBASE, CINAHL, SCOPUS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scielo, utilizando-se os seguintes descritores “Unidades de terapia intensiva”, “Visitas a pacientes”, “Cuidados de enfermagem”, “Cuidados críticos”, “Pandemia” e “COVID-19”, de forma individual e associada com auxílio dos operadores *booleanos* (delimitadores) representados pelos termos *AND* e *OR*.

Como critérios de inclusão foram utilizados: artigos completos e disponíveis gratuitamente na *internet*, relatos de experiência e reflexão, pesquisas qualitativas e/ou quantitativas, nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados no período de janeiro de 2019 a março de 2021. Os critérios de exclusão foram: artigos com opinião, comentários, editoriais, cartas, ensaios, resenhas, resumos em anais de eventos ou periódicos, resumos expandidos, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais, publicações de trabalhos duplicados e ou sem aderência ao tema.

Foram encontrados 92 artigos na estratégia de busca, sendo 34 na MEDLINE/PubMed, 19 na EMBASE, 14 na CINAHL, 25 na SCOPUS e zero nas bases LILACS e Scielo. Do total, 60 foram excluídos após a leitura do título e resumo por não contemplar o escopo do estudo, um foi excluído por ser no idioma alemão e 15 foram excluídos por duplicidade, resultando em 16 artigos para serem avaliados.

Na terceira etapa, avaliação dos dados, utilizou-se um instrumento com os dados básicos dos artigos selecionados contendo título, autor, ano de publicação, objetivos, metodologia, resultados e conclusão. Os 16 artigos foram avaliados quanto a temática e afinidade à questão de pesquisa, sendo excluídos dois artigos por serem editorial, seis por não responder à questão norteadora, um por não estar disponível na íntegra e um por ser correspondência/carta, resultando em 10 artigos excluídos e seis artigos selecionados para esta revisão (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama da seleção de artigos para revisão integrativa.



Fonte: Adaptado do modelo PRISMA (Page *et al*, 2020).

Na quarta etapa, os dados foram analisados de forma descritiva e, a partir das informações do instrumento de coleta, elaborou-se um quadro (Quadro 1) para apresentação dos resultados, separando os mesmos em duas categorias: Mudança nas políticas de visita em UTI frente a COVID-19 e Tecnologias utilizadas para aproximar familiares de pacientes internados em UTI, durante a pandemia de COVID-19.

Na quinta etapa da revisão, foi possível conhecer avaliar os resultados entre as categorias formadas e assim, identificar lacunas do conhecimento, expor conclusões e vieses da pesquisa, permitindo assim a discussão e síntese do conhecimento produzido sobre o tema pesquisado.

Não foi necessária aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), pois não houve envolvimento direto de seres humanos como participantes na pesquisa, porém foi assegurado a autoria dos artigos pesquisados por meio de citação e referência dos autores.

Resultados

Os seis estudos (100%) que compõem a amostra estão publicados no idioma inglês, cinco foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA) e um na Espanha. A amostra é composta por três relatos de experiência, dois estudos quantitativos e um estudo qualitativo.

Após a leitura, análise e síntese do conteúdo dos artigos, elaborou-se um quadro (Quadro 1), organizando, os estudos em duas categorias a serem discutidas: **Mudança nas políticas de visita em UTI frente a COVID-19 e Tecnologias utilizadas para aproximar familiares de pacientes internados em UTI, durante a pandemia de COVID-19.**

Quadro 1 - Artigos científicos incluídos na amostra (n=6).

Categoria	Artigos (n=6)	
Mudança nas políticas de visita em UTI frente a COVID-19	1. Autores/Ano/País	Valley; Schutz; Nagle; Miles; Lipman; Ketcham; Kent; Hibbard; Harlan; Hauschildt, 2020. EUA.
	Objetivos	Compreender as mudanças nas políticas e estratégias de visita usadas para se comunicar com os familiares por causa da COVID-19.
	Método	Pesquisa Transversal Quantitativa
	Resultados	Dos 89 hospitais convidados a participar, 49 (55%) responderam a pesquisa e confirmaram a mudança em suas políticas de visita por causa da COVID. Um (2%) dos hospitais participantes afirmou que ainda permitia uma visita por paciente, já todos os outros (98%) implementaram política de proibição de visita, 19 (39%) hospitais sem exceção e 29 (59%) permitiam certas exceções, como visita em final de vida, procedimento, cirurgias, partos e pacientes pediátricos. Sobre a mudança na comunicação com os familiares, 40 (82%) hospitais confirmaram a mudança de presencial para telefone ou videochamada entre médicos e familiares e entre pacientes e familiares, 34 (69%) hospitais utilizaram videochamada, um (2%) garantiu um <i>tablet</i> por paciente e dois (4%) hospitais utilizavam os próprios dispositivos dos pacientes para realizar a ligação.
	2. Autores/Ano/País	Piscitello; Fukushima; Saulitis; Tian; Hwang; Gupta e Sheldon, 2020.
	Objetivos	Avaliar a quantidade de reuniões familiares por telefone, vídeo e pessoalmente para pacientes recebendo cuidados na unidade de terapia intensiva durante rígidas políticas de restrição de visitantes devido à pandemia de COVID-19
	Método	Estudo de coorte observacional retrospectivo

	Resultados	Entre março e junho de 2020, 650 reuniões familiares foram documentadas, destas 381 (59%) ocorreram por telefone, 53 (8%) por vídeo e 70 (11%) ocorreram presencialmente, 146 (22%) não foram definidas por falta de registro adequado. Foi identificado que as reuniões que foram realizadas presencialmente tiveram objetivos de cuidados definidos, enquanto as reuniões por telefone e vídeo não mostraram muitas mudanças. Também foram identificados que dos 481 pacientes admitidos entre março e junho de 2020, 61 (13%) foram incluídos na amostra, sendo que destes 32 (62%) eram hispânicos ou latinos, 15 (25%) eram negros ou afro-americanos e 6 (10%) eram brancos. Confirmou-se que pacientes brancos e negros ou afro-americanos tiveram mais número de reuniões familiares por telefone do que hispânicos ou latinos. A diferença nas taxas de atendimento, com base na raça e etnia, aumentam a preocupação de que a comunicação para determinados pacientes encontra-se inadequada e desigual após a implementação de políticas de restrição de visitantes.
	3. Autores/Ano/País	Wendel; Stack; Chisholm; Kelly; Elogoodin; Liguori; Green; Kalsi; Soffin, 2020. EUA.
	Objetivos	Descrever o desenvolvimento, a implementação e a experiência preliminar com o serviço de comunicação dedicado para fornecer suporte às famílias de pacientes com COVID-19 e para auxiliar as equipes de UTI no atendimento ao paciente.
	Método	Relato de Experiência
	Resultados	Em um hospital de Nova York foi criado em março de 2020 uma equipe de comunicação médica de família, “ <i>Family Medical Communications Team</i> ” (FMCT), com objetivo de fornecer serviço de ligação 24 horas, sete dias por semana para apoiar e informar as famílias de pacientes internados por COVID-19 e permitir que a equipe assistencial da UTI concentrasse seus esforços apenas no paciente. Fazem parte desta equipe, 10 médicos anestesistas, um clínico e um reumatologista pediátrico. O fluxo de atendimento da equipe funciona com o apoio da equipe administrativa, denominada serviço de excelência (SEL), a qual entra em contato com os familiares, identifica o representante do paciente e comunica o médico da equipe. Um médico da FMCT é escolhido para acompanhar determinada família durante o tempo de internação do paciente, este busca informações a respeito do estado do paciente com os médicos da UTI e então entra em contato com a família, comunica o quadro do paciente, bem como conversa com os familiares a respeito das preocupações, dúvidas e atitudes da família. O desenvolvimento do FMCT fornece uma estrutura para melhorar o atendimento de pacientes com COVID-19, apoiar suas famílias e ampliar os recursos durante a pandemia.
Tecnologias utilizadas para aproximar familiares de	4. Autores/Ano/País	Freeman-Sanderson; Rose; Brodsky, 2020. EUA.
	Objetivos	Relatar as principais mudanças e limitações da comunicação impostas pela COVID-19 para pacientes internados em UTI,

pacientes internados em UTI durante a pandemia de COVID-19.		e as inovações/soluções para a comunicação efetiva através de dispositivos eletrônicos durante a pandemia.
	Método	Relato de Experiência
	Resultados	Devido a COVID-19 a comunicação foi afetada dentro dos ambientes hospitalares, o uso de equipamentos de proteção individual descaracteriza os profissionais da saúde, o uso da máscara dificulta o entendimento e diminui o volume da voz, resultando em comunicação ineficaz entre profissionais e entre profissionais e pacientes. Além disso, a visita restrita e o isolamento, trazem prejuízos aos pacientes, como ansiedade, risco de <i>delirium</i> , aumento do risco de mortalidade. Com o objetivo de melhorar a comunicação durante a pandemia, dispositivos móveis foram citados como meios de aproximação entre pacientes e seus familiares e também permitir que as famílias participem das decisões médico-paciente quando a presença física não for possível.
	5. Autores/Ano/País	Marin-Corral; Garcia-Sanz; Masclans, 2021. Barcelona.
	Objetivos	Descrever o projeto “caminhadas a beira-mar de cura” realizado a pacientes internados em UTI por tempo prolongado por COVID-19.
	Método	Relato de Experiência
	Resultados	O projeto "Caminhadas à beira-mar de cura" traz o relato de como a equipe programou um passeio à orla marítima de Barcelona, local turístico da cidade que fica em frente ao Hospital Del Mar. É agendado um dia para o passeio, confirmam-se os materiais necessários para o transporte (ventilador, tubo, maleta de medicamentos, cilindro de oxigênio), selecionam-se uma equipe de profissionais preparados (médico, enfermeiro, fisioterapeuta e auxiliar de enfermagem), comunica-se aos familiares para que aguardem o paciente em frente ao hospital. Tempo de transporte até a orla 2 minutos. Não foi relatada a duração total do passeio, porém foram descritos bons sentimentos e emoções do paciente e familiares, a imensa satisfação da equipe e o olhar atento e emocional dos pedestres próximos.
	6. Autores/Ano/País	Kennedy; Steinberg; Arnold; Doshi; White; DeLair; Nigra; Elmer, 2021. EUA.
	Objetivos	Explorar experiências, perspectivas e atitudes de familiares e médicos de UTI sobre interações por telefone e vídeo durante as restrições de visitantes do hospital COVID-19.
	Método	Pesquisa qualitativa
Resultados	Participaram da pesquisa 21 familiares e 14 médicos, ambos concordaram que o telefone e o vídeo foram instrumentos eficazes para comunicar informações do paciente. Quanto aos benefícios e limitações do telessaúde, foi observado que tais meios cumprem as metas de comunicação e conseguem	

		<p>transmitir impressões gerais do paciente, principalmente as de baixo risco, como atualizações das 24 horas, porém a mesma implica em situações menos favorável quando envolvem discussões de alto risco (prognóstico grave ou reservado) e definição de metas de cuidado ao paciente em conjunto com a família. Algumas estratégias de comunicação foram sugeridas para melhorar o entendimento da família como, mostrar o ambiente que o paciente está internado, posicionar melhor a câmera durante a videochamada, oferecer oportunidade para a família perguntar sobre os dispositivos invasivos e aparelhos da UTI utilizados pelo paciente. A respeito das perspectivas, os médicos expressaram apreensão em não saber se conseguiam estabelecer empatia com as famílias pelo telessaúde e as famílias expressaram apreensão por não saber se seu ente querido estava recebendo o “melhor” cuidado sem a visita presencial.</p>
--	--	--

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras (2021).

Discussão

Os seis artigos desta revisão, destacam as principais mudanças ocorridas na política de visitação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) durante a pandemia relacionada ao novo coronavírus, bem como as tecnologias utilizadas pelos profissionais de saúde para aproximar familiares de seus entes queridos internados em UTI.

Com base nos resultados, os artigos serão discutidos a partir de duas categorias: 1. Mudança nas políticas de visita em UTI frente a COVID-19 (artigos 1 a 3), 2. Tecnologias utilizadas para aproximar familiares de pacientes internados em UTI durante a pandemia de COVID-19 (artigos 4 a 6).

A primeira categoria, “Mudança nas políticas de visita em UTI frente a COVID-19” é caracterizada por duas pesquisas quantitativas e um relato de experiência, sendo que todos foram publicados no ano de 2020, nos Estados Unidos da América (EUA).

De acordo com os estudos, a principal mudança envolveu a restrição da visita presencial aos pacientes internados em UTI, bem como a redução do número de acompanhantes em outros setores do hospital. O objetivo desta mudança foi minimizar a circulação de pessoas no ambiente hospitalar, evitar a disseminação do vírus e organizar o fluxo de visitas em casos excepcionais, cabendo aos estabelecimentos de saúde a busca por novas alternativas de manter a comunicação entre pacientes, familiares e profissionais da saúde (BRASIL, 2020b).

Um estudo realizado em Michigan comprovou que 49 hospitais do estado, mudaram suas políticas de visitação devido a COVID-19, sendo que, 19 hospitais implementaram rígidas restrições a visita de familiares sem exceções, 29 hospitais permitiam certas exceções,

como visitas frente a finalidade da vida, determinados procedimentos, como parto ou cirurgia, ou para pacientes pediátricos, e apenas um hospital indicou que a visita ainda era permitida limitando-se a um familiar por paciente (VALLEY, SCHUTZ, NAGLE, MILES, LIPMAN, KETCHAM, KENT, HIBBARD, HARLAN, HAUSCHILDT, 2020).

Profissionais de um hospital de Nova York, entendendo as limitações necessárias frente a COVID-19 e mudanças nas políticas de visita, desenvolveram um serviço de atendimento telefônico de 24 horas, visando apoiar e informar aos familiares de pacientes as decisões e planos de cuidados instituídos pela equipe da UTI. Esta prática foi incentivada pelo hospital, pois promove o envolvimento da família, aumenta a satisfação destes e reduz o risco de desenvolvimento de sintomas relacionados ao estresse (WENDEL; STACK; CHISHOLM; KELLY; ELOGOODIN; A LIGUORI; GREEN; KALSI; SOFFIN, 2020).

Outros hospitais utilizaram a videochamada para manter o contato entre profissionais, pacientes e familiares. Porém, sabe-se que mesmo diante destas alternativas, a restrição de visitas impacta diretamente na comunicação eficaz entre os envolvidos. (VALLEY, SCHUTZ, NAGLE, MILES, LIPMAN, KETCHAM, KENT, HIBBARD, HARLAN, HAUSCHILDT, 2020).

Piscitello e colaboradores (2020) confirmam que, com a suspensão de atendimentos presenciais, os índices de conferência familiar foram reduzidos e aquelas que foram realizadas por videoconferência, não promoveram mudanças significativas na prática assistencial. Além disso, nem todas as famílias têm condições de se adequar aos novos padrões de visita, neste mesmo estudo, confirmou-se que pacientes brancos e negros ou afro-americanos tiveram mais número de reuniões familiares por telefone do que hispânicos ou latinos, aumentando a preocupação de que a comunicação para determinados pacientes encontra-se inadequada e desigual após a implementação de políticas de restrição de visitantes.

A segunda categoria “Tecnologias utilizadas para aproximar familiares de pacientes internados em UTI durante a pandemia de COVID-19”, reuniu três artigos, dois relatos de experiência, um publicado em 2020 nos EUA, outro publicado em 2021 em Barcelona e uma pesquisa qualitativa, publicada em 2021 nos EUA.

Os dispositivos móveis foram os mais utilizados pelos hospitais como alternativa de melhorar a comunicação durante a pandemia, aproximar pacientes de seus familiares, bem como permitir que as famílias participassem das decisões médico-pacientes (FREEMAN-SANDERSON; ROSE; BRODSKY, 2020).

Entre os dispositivos móveis mais utilizados, destacaram-se o uso de *tablets* e *smartphones*, oferecendo oportunidades de comunicação face a face, permitindo a

visualização de expressões faciais, entonação de voz clara em chamadas de vídeo e desta forma melhorando o potencial de sucesso da comunicação. Quanto aos aplicativos mais utilizados destacaram-se o *WhatsApp*, *FaceTime* e *Skype* (FREEMAN-SANDERSON; ROSE; BRODSKY, 2020).

Para situações de internação prolongada, além da videochamada, o Hospital Del Mar em Barcelona desenvolveu uma visita diferenciada para pacientes que já passaram do período de transmissão do vírus, intitulada “Caminhadas à beira mar de cura” esta permite a presença de um familiar que em conjunto com a equipe multiprofissional, conduz o paciente até a orla marítima de Barcelona, proporcionando momentos de bons sentimentos e emoção entre os envolvidos, além de chamar atenção da população próxima (MARIN-CORRAL; GARCIA-SANZ; MASCLANS, 2021).

Assim como em Barcelona, projetos semelhantes a estes foram realizados em hospitais brasileiros, tal como relato do Hospital de Campanha Lagoa-Barra, no estado do Rio de Janeiro (RJ), os pacientes em fase de recuperação da COVID-19 e que já passaram do período de transmissão, são levados em companhia da equipe multidisciplinar para um passeio no solário do hospital, proporcionando momentos de relaxamento e aproximação da equipe ao paciente, bem como propiciando que o mesmo usufrua de benefícios naturais, como a luz solar, a qual melhora o humor, equilibra o ritmo circadiano e modifica o ambiente de tensão tão próprio do ambiente hospitalar (PORTAL HOSPITAIS BRASIL, 2020).

Tais meios de comunicação e visitas foram investidos pelos hospitais, pois se entendeu que o telefone e o vídeo são instrumentos eficazes e que permitem a comunicação segura a respeito dos pacientes para seus familiares. No entanto limitações também foram encontradas, Kennedy e colaboradores (2021) avaliaram em seu estudo que a equipe médica tem maior dificuldade de transmitir informações por meios tecnológicos quando se trata de pacientes com prognóstico grave ou reservado.

Desta forma, algumas estratégias foram estabelecidas pela equipe de saúde, para que a família possa compreender melhor o caso, como mostrar durante a videochamada o ambiente que o paciente se encontra, bem como oportunizar que a família questione sobre cuidados recebidos pelo ente querido e uso de dispositivos invasivos (KENNEDY; STEINBERG; ARNOLD; DOSHI; WHITE; DELAIR; NIGRA; ELMER, 2021).

O conhecimento a respeito da tecnologia em prol dos pacientes contribui para que a equipe de enfermagem se aprimore no desenvolvimento das mesmas e assim, tenha maior facilidade em humanizar a assistência em tempos de pandemia e/ou restrição de visitas nos hospitais.

Como limitações, para esta revisão encontrou-se poucos artigos científicos, devido ao coronavírus ser uma doença em estudo, sendo necessário incluir três relatos de experiência para compor a amostra da mesma.

Conclusão

A presente revisão identificou que os principais meios utilizados para aproximar familiares de pacientes internados, principalmente em Unidade de Terapia Intensiva, durante um período pandêmico foram os dispositivos virtuais.

Comprovou-se que estes são eficazes para o compartilhamento de informações a respeito da condição de saúde dos pacientes, garantindo segurança e distanciamento social adequado, no entanto questiona-se a total eficácia e entendimento da família, em casos que envolvem pacientes graves e com prognóstico reservado, bem como para com pacientes estrangeiros e/ou de renda baixa.

Os artigos presentes nesta revisão não trouxeram nenhuma publicação revelando o momento em que a chamada de vídeo é realizada ao paciente, nem mesmo os critérios eleitos para realização da chamada, ou fluxograma para organizar uma visita virtual, desta forma, torna-se notório a lacuna de conhecimento frente a este processo, sendo necessário o desenvolvimento de novas pesquisas, bem como a construção e validação de instrumentos que possam subsidiar esta prática assistencial do enfermeiro.

Referências

BOTELHO, Louise Lira Roedel; DE ALMEIDA CUNHA, Cristiano Castro; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em:

<http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220> Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019 - nCoV)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 32 p. Disponível em:

<https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf> . Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa analisa impacto psicológico da covid em profissionais da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020b. Disponível em:

<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/saude-mental-pesquisa-analisa-impacto-psicologico-do-enfrentamento-a-covid-19-em-profissionais-da-saude> Acesso em: 09 ago. 2021.

COSTA, Dalva Marques. Os desafios do profissional de enfermagem mediante a COVID-19. **Gestão e Tecnologia**, Goiânia, v. 1, n. 30, p. 19-21, jul. 2020. Disponível em: <http://www.faculadadedelta.edu.br/revistas3/index.php/gt/article/view/54> . Acesso em: 19 abr. 2021.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832021000100502&script=sci_arttext Acesso em: 20 set. 2021.

EUGÊNIO, Cláudia Severgnini; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Visita aberta em uti adulto: utopia ou realidade?. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 539-549, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-34364> Acesso em: 20 set. 2021.

FREEMAN-SANDERSON, Amy; ROSE, Louise; BRODSKY, Martin B. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) corta laços com o mundo exterior dos pacientes. **Australian Critical Care** , v. 33, n. 5, pág. 397-398, 2020. Disponível em: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(20\)30284-8/abstract](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(20)30284-8/abstract) Acesso em: 24 abr. 2021.

KENNEDY, Niki R.; STEINBERG, Alexis; ARNOLD, Robert M.; DOSHI, Ankur A.; WHITE, Douglas B.; DELAIR, Will; NIGRA, Karen; ELMER, Jonathan. Perspectives on Telephone and Video Communication in the Intensive Care Unit during COVID-19. **Annals Of The American Thoracic Society**, [S.L.], v. 18, n. 5, p. 838-847, maio 2021. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1513/AnnalsATS.202006-729OC> Acesso em: 6 jul. 2021.

MARIN-CORRAL, Judith; GARCIA-SANZ, Àngela; MASCLANS, Joan Ramon. Humanizing ICU Coronavirus Disease 2019 Care. **Chest**, [S.L.], v. 159, n. 2, p. 489-491, 2021. Disponível em: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(20\)34917-5/abstract](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(20)34917-5/abstract) Acesso em: 06 jul. 2021.

MENDIOLA, Brittany *et al.* Facilitating Virtual Visitation in Critical Care Units During a Pandemic. **Holistic Nursing Practice**, v. 35, n. 2, p. 60-64, 2021. Disponível em: https://journals.lww.com/hnpjjournal/Fulltext/2021/03000/Facilitating_Virtual_Visitation_in_Critical_Care.3.aspx?context=LatestArticles Acesso em: 15 set. 2021.

MOHER David *et al.* Preferred reporting items for ; systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PloS Med.** 2009; 6(7):e 1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097. Acesso em: 6 jul. 2021.

NING, Jing; SLATYER, Susan. When ‘open visitation in intensive care units’ meets the Covid-19 pandemic. **Intensive And Critical Care Nursing**, [S.L.], v. 62, p. 102969. 2021. Disponível em: <https://researchrepository.murdoch.edu.au/id/eprint/58977/> Acesso em: 16 abr. 2021.

OLIVEIRA, Adriana Cristina de; LUCAS, Thabata Coaglio; IQUIAPAZA, Robert Aldo. What has the covid-19 pandemic taught us about adopting preventive measures?. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 29, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cgMnvhg95jVqV5QnnzfZwSQ/abstract/?lang=en> Acesso em: 16 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doença causada pelo coronavírus (COVID-19):** Relatórios de Situação da OMS. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/coronavirus/doenca-causada-pelo-novo-coronavirus-covid-19> . Acesso em: 20 out. 2020.

PISCITELLO, Gina M.; FUKUSHIMA, Corinna M.; SAULITIS, Anna K.; TIAN, Katherine T.; HWANG, Jennifer; GUPTA, Shreya; SHELDON, Mark. Family Meetings in the Intensive Care Unit During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. **American Journal Of Hospice And Palliative Medicine®**, [S.L.], v. 38, n. 3, p. 305-312, 2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049909120973431> Acesso em: 15 set. 2021.

PORTAL HOSPITAIS BRASIL (ed.). **Banho de sol revigora pacientes de UTI no Hospital de Campanha Lagoa-Barra.** 2020. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/banho-de-sol-revigora-pacientes-de-uti-no-hospital-de-campanha-lagoa-barra/> Acesso em: 07 jun. 2021.

ROSA, Regis. **Projeto UTI Visitas.** Disponível em: <http://www.utivisitas.com.br/>. Acesso em: 22 mar. 2020.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 15, p. 508-511, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=en&format=pdf> Acesso em: 07 abr. 2020.

VALLEY, Thomas S.; SCHUTZ, Amanda; NAGLE, Max T.; MILES, Lewis J.; LIPMAN, Kyra; KETCHAM, Scott W.; KENT, Madison; HIBBARD, Clarice E.; HARLAN, Emily A.; HAUSCHILDT, Katrina. Changes to Visitation Policies and Communication Practices in Michigan ICUs during the COVID-19 Pandemic. **Am J Respir Crit Care Med.**, Nova York, v. 202, n. 6, p. 883-885, 2020. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.202005-1706LE> . Acesso em: 15 mar. 2021.

WENDEL PK, STACK RJ, CHISHOLM MF, KELLY MJ, ELOGOODIN B, LIGUORI GA, GREEN DST, KALSIS MS, SOFFIN EM. **Development of a Communications Program to Support Care of Critically Ill Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients;**7(5):673-676. 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2374373520956865> Acesso em: 08 ago. 2021.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x> Acesso: 10 mai. 2021.

6.2 MANUSCRITO 2: Tecnologia virtual de visita familiar a pacientes com COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: construção de um Procedimento Operacional Padrão

Húndra Prestes de Godoi

Kátia Cilene Godinho Bertoncello

RESUMO

Objetivo: descrever o processo de construção de um procedimento operacional padrão para o enfermeiro realizar a visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. **Método:** Estudo metodológico, com abordagem quantitativa e descritiva. **Resultados:** Para a construção dos itens do construto, foram realizadas duas revisões, uma narrativa e outra integrativa. Com o resultado das revisões, foi possível extrair as principais recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, as quais foram organizadas sob três domínios e 43 itens. **Conclusão:** Este Procedimento Operacional Padrão foi elaborado a partir de evidências científicas, cujo objetivo voltado para proporcionar ao enfermeiro, atualização e melhor julgamento crítico no que tange ao planejamento de realização de uma visita virtual familiar, em sua prática profissional no cuidado ao paciente acometido pela COVID-19 internado em Terapia Intensiva Coronariana.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Visitas a pacientes; Pesquisa metodológica em Enfermagem; Cuidados Críticos; Cuidados de Enfermagem; Pandemias; COVID-19.

Introdução

A presença da família junto ao paciente crítico vem sendo estudada cada vez mais ao longo dos últimos cinco anos, autores como Rosa, Silva e Teixeira (2017) e Eugênio e Souza (2017) puderam comprovar em seus estudos que, a presença da família no ambiente crítico pode proporcionar ao paciente redução da ansiedade, menor risco de *delirium*, menor tempo de internação e redução do risco de mortalidade, assim como, pode aumentar a satisfação familiar, melhorar a comunicação entre profissional e família, e melhorar o sono e descanso dos pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

No entanto, com a descoberta do novo coronavírus, as portas das UTIs que estavam cada vez mais abertas à política de cuidados centrado no paciente e família, foram abruptamente fechadas devido ao medo do incerto relacionado ao alto risco biológico causado pelo vírus SARS-CoV-2, conhecido como *corona virus disease* (COVID-19) e considerado

potencialmente letal principalmente para pessoas com comorbidades e idosos (BRASIL, 2020a).

Devido à facilidade de transmissão da COVID-19, e após decreto de pandemia declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir de 11 de março de 2020, a visitação presencial e aberta em UTI tornou-se incompatível com o cenário atual, no entanto tal distanciamento acarretou em sofrimento emocional significativo para os pacientes e seus familiares, sendo necessário que outras medidas fossem tomadas em prol destes (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

Sendo assim, com intuito de minimizar o sofrimento emocional e “aproximar” os familiares de pacientes internados em UTI e vice-versa, práticas de visita virtual foram estabelecidas em alguns hospitais do mundo e também no Brasil. Esta tecnologia, além de permitir o contato seguro, reduz os efeitos negativos do isolamento, melhora o entendimento da família a respeito do prognóstico médico e favorece o reconhecimento do ambiente hospitalar e da equipe assistencial (NEGRO; MUCCI; BECCARIA; BORGHI; CAPOCASA; CARDINALI; PASCULLI; RANZANI; VILLA; ZANGRILLO, 2020).

Entretanto, para realização de uma visita virtual/videochamada, é necessário que a UTI seja equipada com material mínimo necessário para tal e tenha disponível rede de *internet*, além disso, faz-se necessário que os profissionais da prática assistencial, em especial os enfermeiros por permanecerem 24 horas ao lado do paciente, sejam orientados para realizar uma visita virtual para um paciente em UTI, bem como saibam identificar e avaliar as necessidades dos pacientes para a realização segura da videochamada (CRISPIM; SILVA; CEDOTTI; CÂMARA; GOMES, 2020).

Desta forma, torna-se fundamental o uso de um instrumento padronizado e validado para guiar a prática assistencial do enfermeiro, pois este contribui positivamente para a avaliação e tomada de decisão do profissional enfermeiro, tendo em vista, que o mesmo foi construído com base em referenciais teóricos (GARDONA; BARBOSA, 2018).

Considerando as restrições da visita familiar ao paciente internado na UTI em tempos de pandemia, e com vistas a orientar o enfermeiro assistencial, esta pesquisa teve como objetivo construir um Procedimento Operacional Padrão (POP) para o enfermeiro realizar a visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.

Método

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico, com abordagem quantitativa, descritiva, com enfoque na construção de conteúdo de um Procedimento

Operacional Padrão (POP), com recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual da família ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO). Desenvolvido em março de 2021, através das etapas metodológicas de construção sustentadas pelos procedimentos teóricos, propostos por Pasquali (2013) – Teoria de Elaboração de Instrumental Psicológico.

A construção dos procedimentos teóricos deste estudo abrangeu quatro passos: 1) sistema psicológico: identificação das necessidades dos pacientes internados em UTI/UCO em tempos de pandemia, o distanciamento dos familiares e as dificuldades do enfermeiro frente a estas questões; 2) propriedade do sistema psicológico: delimitação dos estudos a serem investigados para compor os itens do instrumento; 3) dimensionalidade do atributo: estruturação interna do instrumento, como unidade única ou em componentes distintos; dimensão homogênea ou heterogênea para definição do instrumento como uni ou multifatorial. Devendo a resposta emergir da teoria sobre o instrumento que se pretende construir; 4) definição dos construtos: conceituação detalhada do instrumento, baseada na literatura, e na experiência das pesquisadoras.

Na definição operacional, os termos que compõem o instrumento devem representar operações concretas, para isto, deve-se especificar e categorizar os itens e subitens para garantir a cobertura do instrumento; 5) operacionalização do construto: construção dos domínios e itens do POP com recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual da família ao paciente com COVID-19 internado na UCO; 6) análise teórica dos itens: limitou-se à validação semântica por consenso, para compreensão dos itens que compõe o POP (PASQUALI, 2013).

Resultados

Foram realizados seis passos para a construção deste POP, sendo que para o primeiro passo, denominado de Sistema Psicológico, buscou-se a definição da ideia do conteúdo do instrumento através da prática assistencial da pesquisadora.

Com a vivência em uma UCO percebeu-se as dificuldades e limitações do profissional enfermeiro em promover a aproximação/visita de familiares aos pacientes com COVID-19, entre as principais, destacam-se: Restrição de visitas presenciais à pacientes com COVID-19 internados em UTI/UCO, estado de pandemia decretado pela OMS e distanciamento familiar, prejudicando o entendimento da família relacionado ao quadro clínico do paciente. Mediante tais circunstâncias definiu-se a questão de pesquisa a ser estudada.

No segundo passo, denominado de Propriedade do Sistema Psicológico, foram realizadas duas revisões de literatura, sendo uma narrativa e outra integrativa a fim de encontrar as melhores evidências para compor o instrumento.

Para ambas as revisões, foram feitas buscas nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System onLine* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), SCOPUS, *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *EMBASE*, utilizando os seguintes descritores “Unidades de terapia intensiva”, “Visitas a pacientes”, “Cuidados de enfermagem”, “Cuidados críticos”, “Pandemia” e “COVID-19”. O recorte temporal utilizado para a revisão narrativa foi de 2009 a 2021 e para a integrativa de 2019 a 2021, ambas as buscas foram feitas nos idiomas português, inglês e espanhol.

Na revisão narrativa foram abordados os seguintes temas: Consequências de uma pandemia; Percurso histórico da Unidade de Terapia Intensiva e o cuidado crítico; A importância da família para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva e as políticas de visita antes e após o início da pandemia de COVID-19; e as Tecnologia do cuidado e o Enfermeiro de UTI.

Na revisão integrativa foram selecionados seis estudos para compor a amostra, os quais abordaram as principais tecnologias utilizadas pelos profissionais da saúde, para aproximar familiares de seus entes queridos acometidos pela COVID-19 internados em UTI, sendo estes: dispositivos virtuais conectados à *internet*, os quais favoreceram as videochamadas em UTI.

No terceiro passo, denominado de Dimensionalidade do Atributo, foi definido que a estrutura interna do mesmo seria unifatorial, tendo em vista que um POP visa a execução de uma determinada tarefa, para um determinado público alvo e cenário.

O quarto passo, chamado de Definição dos Construtos, explorou-se o detalhamento do instrumento com base na literatura estudada. Na definição “constitutiva” foram analisadas as revisões realizadas a respeito dos benefícios da visita virtual familiar ao paciente internado em UTI/UCO, bem como as principais tecnologias utilizadas para promover esta aproximação após início da pandemia de COVID-19. Na definição “operacional”, foram listados e categorizados os itens, de modo a representar um melhor resultado dos mesmos.

O quinto passo, denominado de Operacionalização do Construto, configurou-se a construção dos domínios e itens do instrumento (1ª versão), o qual a partir da síntese dos estudos foi estruturado em três domínios e 43 itens, contendo as recomendações ao

enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na UCO, e a fundamentação dos itens, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – Recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.

Recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.	
Domínio 1 : Objetivo - 2 itens	
Item construído	Fundamentação
1. Orientar os enfermeiros para a realização da visita virtual familiar na UTI Coronariana abordando os pacientes e seus familiares.	Orientar os enfermeiros através de um procedimento operacional padrão garante a padronização de tarefas a ser realizada, promove segurança a prática do enfermeiro, bem como possibilita a correção de não conformidades, contribuindo para diminuir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa (SALES <i>et al.</i> , 2018).
2. Realizar visita virtual familiar através de um dispositivo móvel, com a finalidade de manter o vínculo e fornecer apoio emocional ao paciente durante sua internação.	A visita virtual familiar é um meio que o enfermeiro pode usufruir para promover apoio emocional ao paciente durante sua internação, aproximar os pacientes de seus familiares, realizar conferência familiar com parentes distantes, reduzir sintomas de ansiedade e risco de <i>delirium</i> , proporcionar segurança aos familiares e reduzir o risco de contágio e contaminação da COVID-19. (CRISPIM, <i>et al.</i> , 2020; FREEMAN-SANDERSON; ROSE; BRODSKY, 2020).
Domínio 2: Materiais/Equipamentos necessários para a realização da visita virtual familiar - 5 itens	
Item construído	Fundamentação
3. Acesso a internet/rede <i>wireless</i> do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.	Materiais e equipamentos necessários para realizar uma videochamada na UTI Coronariana.
4. Dispositivo móvel: <i>Tablet</i> do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.	
5. Aplicativo <i>whatsapp business</i>	
6. No sistema de gestão hospitalar em saúde obter o número do telefone celular do familiar que tenha <i>whatsapp</i> .	
7. Compressa não estéril e produto de limpeza indicado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) para limpeza do <i>tablet</i> antes do uso; Exemplo: Quaternário de amônia.	

Domínio 3: Descrição das atividades que competem ao enfermeiro - 36 itens	
Item construído	Fundamentação
8. Avaliar o paciente internado na UTI Coronariana e identificar, a necessidade de uma visita virtual, conforme critérios definidos nos itens 9 e 10 deste POP;	A proximidade do familiar com o paciente reduz as possibilidades do mesmo desenvolver sofrimento emocional, ansiedade, bem como diminui o risco de delirium, aumenta sua segurança, autoestima e conforto emocional (VALLEY, <i>et al.</i> , 2020).
9. Observar os critérios de inclusão para pacientes COM capacidade verbal efetiva: <ul style="list-style-type: none"> - Fora da ventilação mecânica; - Hemodinamicamente estáveis; - Lúcidos; - Com início de alteração de humor; - Solicitam a visita da família. 	Uma videochamada pode atenuar os efeitos negativos do isolamento em UTI, provocado pela suspensão temporária da presença física do familiar durante a pandemia do COVID-19. Essa tecnologia virtual vem aproximar os cuidadores/familiares dos pacientes, através da visualização de imagens e sons, em tempo real, atenuar "os medos" de não ver seu familiar, além de proporcionar melhor entendimento entre paciente e familiar, ao comunicar diariamente o prognóstico médico (NEGRO, <i>et al.</i> , 2020).
10. Observar os critérios de inclusão para pacientes SEM capacidade verbal efetiva: <ul style="list-style-type: none"> - Em desmame de ventilação mecânica; - Traqueostomizados; - Com risco de <i>delirium</i>; - Hemodinamicamente estáveis; - Familiares que solicitam ver o paciente. 	
11. Orientar aos técnicos administrativos da UTI Coronariana a agendar a visita virtual familiar, através do <i>tablet</i> da instituição seguindo os itens 12 ao 20 deste POP;	O técnico administrativo é essencial para promover suporte às atividades administrativas desenvolvidas pelo enfermeiro (ANTUNES <i>et al.</i> , 2017).
12. Conferir no Sistema de Gestão em Saúde Hospitalar e/ou Ficha de internação em prontuário físico o número do telefone celular do familiar que tenha <i>whatsapp</i> ;	A visita virtual familiar agendada permite a organização do enfermeiro, de sua equipe e dos familiares, proporciona melhora da comunicação entre família e equipe, permite que a família entenda melhor a condição de saúde do seu familiar internado e possa participar das decisões da equipe, bem como reduz o sofrimento dos envolvidos e aproxima o paciente de uma voz e imagem familiar, proporcionando conforto para o mesmo (CRISPIM, <i>et al.</i> , 2020).
13. Salvar o número do familiar no <i>tablet</i> , colocar a identificação do primeiro nome do paciente, seguido do nome do seu familiar;	
14. Enviar através do <i>tablet</i> uma mensagem ao familiar: "Prezado cuidador/familiar, a UTI Coronariana do ICSC informa que, devido a pandemia da COVID-19, as visitas presenciais foram suspensas, mas para aproximar os pacientes de seus familiares, estamos realizando visitas virtuais familiares através do <i>whatsapp</i> . Gostaríamos de saber o melhor horário para entrarmos em contato para o agendamento da visita virtual familiar. Ficamos no aguardo. Atenciosamente, Equipe de saúde da UTI Coronariana";	
15. Receber a informação do melhor horário e quem são os familiares que participarão da visita virtual familiar;	
16. Agendar dia e horário com os familiares para a	

realização da visita virtual, após confirmação da disponibilidade do <i>tablet</i> e do paciente;	
17. Anotar nome do paciente e do familiar, data e horários da visita virtual, no mural da “Comunicação Efetiva” da UTI Coronariana;	
18. Comunicar ao enfermeiro o horário do agendamento da visita virtual familiar, para que o mesmo comunique a informação na passagem de plantão dos enfermeiros e de sua equipe;	
19. Enviar mensagem ao familiar orientando o funcionamento da visita virtual: “Prezado cuidador/familiar, a videochamada terá duração de 5 a 10 minutos. Atenção, tome cuidado com a exibição das suas imagens e seus áudios. Não é permitido que você grave imagens e nem áudio durante esta visita virtual familiar. Evitar falar sobre assuntos desagradáveis. Recomendamos, se possível, adicionar outros familiares à chamada. É permitido mostrar/falar ao paciente sobre seus animais domésticos, plantas, sua casa, entre outros assuntos do interesse do paciente. Atenciosamente, Equipe de saúde UTI Coronariana”.	
20. Informar ao familiar, em caso de mensagens de dúvidas quanto ao bem estar do paciente, que o <i>whatsapp</i> do dispositivo móvel <i>tablet</i> é um canal de comunicação exclusivo para a visita virtual familiar e que estas dúvidas serão respondidas durante o boletim médico.	
21. Orientar a equipe técnica de enfermagem a auxiliar a visita virtual familiar;	De acordo com a Lei nº 7.498/1986 as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão do enfermeiro (BRASIL, 1986).
22. Informar ao técnico de enfermagem responsável pelo paciente sobre a decisão de horário da visita virtual;	
23. Conferir e organizar o material para a visita virtual familiar (conferência de bateria do <i>tablet</i> , do contato do familiar e do horário da visita no mural da comunicação efetiva);	Os dispositivos móveis são instrumentos tecnológicos, que oferecem oportunidades de comunicação face a face. Aproximam virtualmente o paciente de seus familiares, bem como promovem o entendimento da família sobre o estado de saúde, oferece a visualização do ambiente que ele está internado, e permite o familiar conhecer os profissionais que estão cuidando do mesmo. (FREEMAN-SANDERSON; ROSE; BRODSKY, 2020; KENNEDY, <i>et al.</i> , 2021).
24. Orientar o paciente que será feita uma videochamada com os seus familiares;	
25. Colocar o paciente em posição semi-fowler (30 a 45 graus) ou Fowler (90 graus) no leito, com auxílio da equipe técnica de enfermagem, e avaliar contra indicações de posicionamento;	
26. Realizar a ligação da videochamada utilizando o <i>tablet</i> ;	
27. Apresentar-se aos familiares, informando: nome, função, nome do setor e do hospital;	
28. Aproximar-se do leito do paciente, apresentar o ambiente, explicando os aparelhos e dispositivos hospitalares que estão sendo utilizados;	

29. Posicionar o <i>tablet</i> de forma que a câmera mostre principalmente a face do paciente, e adequar o volume do áudio;	
30. Avaliar e acordar com o paciente se ele consegue ou se quer segurar o <i>tablet</i> ou se prefere que você o faça, no caso dos pacientes COM capacidade verbal;	
31. Deixar o paciente à vontade para conversar, lembrar que a visita virtual familiar será de 5 a 10 minutos no máximo, cuidar para não expor a imagem e som de outros pacientes e/ou profissionais de saúde, no caso dos pacientes COM capacidade verbal;	
32. Permanecer se possível a uma distância que permita observar intercorrências e interferir em caso de dúvidas da família (exemplo: paciente recebendo dieta por cateter enteral e não souber responder quando questionado se estava se alimentando), no caso dos pacientes COM capacidade verbal;	
33. Responder às dúvidas dos familiares, relativos aos cuidados de enfermagem;	
34. Orientar e estimular os familiares a enviar fotos, mensagens de áudio e ou vídeo, que a equipe de enfermagem irá mostrar ao paciente;	
35. Relembrar aos familiares que as dúvidas quanto ao quadro clínico, poderão ser solucionadas, durante o boletim médico que está sendo feito por ligação telefônica;	
36. Orientar aos familiares e pacientes que não é permitido registrar fotografias, nem mesmo para envio aos familiares;	
37. Finalizar visita virtual familiar ao término dos 10 minutos;	O planejamento do tempo de visita familiar virtual permite ao enfermeiro, organizar todas as visitas virtuais dos pacientes internados na UTI Coronariana e selecionados de acordo com os critérios de inclusão. (KENNEDY, <i>et al.</i> , 2021). Promove a organização da equipe de saúde e familiares para a cada visita virtual agendada (CRISPIM, <i>et al.</i> , 2020).
38. Comunicar ao paciente e ao familiar que o tempo de visita virtual terminou, e recomendar que eles se despeçam no caso dos pacientes COM capacidade verbal;	
39. Solicitar ao técnico administrativo que envie a seguinte mensagem do <i>whatsapp</i> do <i>tablet</i> para o do familiar, para agendar a próxima visita virtual familiar: “Obrigada por atender a videochamada, gostaríamos de agendar sua próxima visita virtual, nos envie quais os dias e horários disponíveis. Ficamos no aguardo. Atenciosamente, Equipe de saúde da UTI Coronariana.”;	
40. Higienizar o <i>tablet</i> (enfermeiro/técnico de enfermagem), com compressa não estéril, úmida com produto de limpeza indicado pelo SCIH do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina;	A desinfecção do instrumento virtual <i>tablet</i> é fundamental para prevenir a infecção hospitalar cruzada (BRASIL, 2009).
41. Guardar o <i>tablet</i> na mesa do técnico administrativo e colocar para carregar;	Mantém a organização da UTI e evita extravio do dispositivo virtual <i>tablet</i> .

42. Registrar visita virtual familiar no prontuário do paciente: hora, nome do familiar, parentesco, resumo da visita e intercorrências;	O registro é essencial no processo do cuidar, possibilita a comunicação segura entre os profissionais de enfermagem e a equipe de saúde. Torna-se útil para possíveis esclarecimentos em casos de processos éticos e judiciais e na avaliação da qualidade da assistência prestada (COFEN, 2016).
43. Encaminhar as demandas de atendimento de outros profissionais da saúde (serviço social, psicologia e ou medicina).	

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras (2021).

A primeira versão do instrumento foi redigida em um arquivo da *Microsoft Word* 2019 e, posteriormente, importada para uma ferramenta *online* do *Google Forms*, a fim de possibilitar a análise teórica dos itens pelos juízes, e assim contemplar o sexto passo.

Na ferramenta *online* o instrumento foi dividido em quatro etapas, sendo a primeira a página inicial contendo o título do POP e uma mensagem informando o tempo de resposta do instrumento, e um espaço para o preenchimento do *e-mail*. Na segunda etapa, apresentava-se o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), onde a concordância de participação condicionava para o prosseguimento do instrumento.

A terceira etapa contemplava as questões voltadas para a identificação do avaliador. Na sequência o juiz era direcionado às instruções para análise dos itens, onde se utilizou uma escala *Likert* de quatro categorias de resposta, sendo: (1) Discordo; (2) Discordo parcialmente; (3) Concordo parcialmente; (4) Concordo. Para validação dos itens foram utilizados cinco critérios, os quais compreenderam: Concordância, coerência, objetividade, pertinência e conteúdo.

Por fim, após a construção do POP, este foi encaminhado ao público alvo para validação semântica dos itens.

Discussão

O presente estudo descreve o percurso metodológico da construção do POP para a visita virtual familiar ao paciente internado em UCO. Este instrumento é composto por três domínios e 43 itens, os quais embasam os procedimentos para a realização da visita virtual familiar.

Conforme Sales e colaboradores (2018), um POP é uma ótima ferramenta a ser utilizada na área da saúde, pois esta garante a padronização de tarefas a serem realizadas, promove segurança para a prática do enfermeiro, possibilita a correção de não conformidades, contribui para educação permanente dos profissionais e minimiza as distorções adquiridas na prática.

O Domínio 1, é constituído por dois itens, os quais estabelecem os objetivos do POP sobre a orientação e realização da visita virtual familiar. Vale salientar que, para a construção deste domínio seguiu o embasamento de estudos acerca da importância do entendimento dos enfermeiros quanto a padronização da prática assistencial para a realização da visita virtual a pacientes em situação crítica de saúde, que se encontram internados em UTI/UCO e restritos ao recebimento de visitas presenciais devido a COVID-19 e suas complicações.

Frente ao exposto, a visita virtual familiar realizada pelo enfermeiro é fundamental para que o paciente receba o suporte emocional da família durante o período de internação, fortalecendo os laços de aproximação, reduzindo sintomas de ansiedade, do risco de *delirium*, além da prevenção do risco de contágio da COVID-19 aos familiares (CRISPIM, *et al.*, 2020; FREEMAN-SANDERSON; ROSE; BRODSKY, 2020).

Nesse sentido, é fundamental que o enfermeiro tenha compreensão sobre a importância da proximidade do familiar ao paciente em cuidados críticos, tendo em vista que esta minimiza os efeitos negativos do isolamento quando internado em terapia intensiva, assim reduzindo as possibilidades deste desenvolver sofrimento emocional, ansiedade e *delirium*, e respectivamente elevando a autoestima, proporcionando maior conforto emocional e segurança (FREEMAN-SANDERSON; ROSE; BRODSKY, 2020; NEGRO; MUCCI; BECCARIA; BORGHI; CAPOCASA; CARDINALI; PASCULLI; RANZANI; VILLA; ZANGRILLO, 2020).

Diante dos benefícios supracitados e por ser um instrumento de fácil acesso e utilizado com frequência no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina para orientar rotinas e cuidados de enfermagem aos profissionais enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, o POP foi eleito pelas pesquisadoras para compilar as recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na UCO.

Por sua vez, no domínio 2, este contém cinco itens, os quais abrangem as tecnologias utilizadas para a realização da visita virtual familiar, bem como seu detalhamento quanto aos passos necessário para a execução da videochamada como acesso a *internet*, compra de dispositivos móveis que permitam uma comunicação virtual através de aplicativos, como *whatsapp*, *facetime*, *skype*, formalização de um banco de dados com os contatos dos principais familiares e responsáveis pelo paciente, para que assim os profissionais de saúde possam realizar contato/videochamada na UTI (PISCITELLO; FUKUSHIMA; SAULITIS; TIAN; HWANG; GUPTA; SHELDON, 2020).

Para Freeman-Sanderson; Rose; Brodsky (2020) e Kennedy, *et al.*, (2020), no que se refere aos dispositivos móveis, estas são tecnologias que oferecem oportunidades de

comunicação face a face, aproximando virtualmente o paciente da família, promovendo o entendimento desta acerca do quadro clínico. Ademais, proporciona a observação da ambiência onde ele está internado, permitindo o familiar conhecer os profissionais que estão realizando o cuidado.

No Domínio 3, a descrição das atividades que competem ao enfermeiro frente a visita virtual familiar, foi elaborada 36 itens, os quais trazem subsídios ao enfermeiro, no que tange a compreensão e o julgamento clínico, preconizando as intervenções adequadas para organização, realização, orientação e finalização de uma visita virtual familiar em UTI/UCO (VALLEY, SCHUTZ, NAGLE, MILES, LIPMAN, KETCHAM, KENT, HIBBARD, HARLAN, HAUSCHILDT, 2020).

Entre os itens descritos no Domínio 3, os primeiros três (8, 9 e 10) destacam-se pela importância do reconhecimento dos critérios para a realização de uma visita virtual para os pacientes internados em UTI/UCO com capacidade verbal e sem capacidade verbal. Entende-se que a avaliação do enfermeiro baseada em critérios pré-estabelecidos permite que o mesmo possa subsidiar o planejamento do cuidado com segurança e tomar decisões para atender às principais necessidades do paciente (VALLEY, SCHUTZ, NAGLE, MILES, LIPMAN, KETCHAM, KENT, HIBBARD, HARLAN, HAUSCHILDT, 2020; KENNEDY, STEINBERG, ARNOLD, DOSHI, WHITE; DELAIR, NIGRA, ELMER, 2021).

Para a dinâmica de trabalho do enfermeiro durante o plantão, o planejamento quanto aos horários para a realização da visita virtual familiar é de suma importância principalmente para o paciente e a família. Corroborando com Crispim *et al*, (2020), o agendamento de visita virtual familiar permite a organização do enfermeiro, da equipe e dos familiares, assim melhorando a comunicação entre família e equipe, permitindo que a família compreenda melhor a condição de saúde do seu familiar internado e que possa participar das decisões da equipe, bem como reduz o sofrimento dos envolvidos e aproxima o paciente de uma voz e imagem familiar, proporcionando conforto para o mesmo.

Por fim, após a realização da visita virtual familiar, seguindo os procedimentos descritos em todas as etapas, para que esta tenha o êxito esperado, enfatiza-se o registro junto ao prontuário do paciente, de forma a relatar as principais informações durante a realização desta. De acordo com o Cofen (2016), o registro é essencial no processo do cuidar, pois possibilita a comunicação segura entre os profissionais de enfermagem e a equipe de saúde. Torna-se útil para possíveis esclarecimentos em casos de processos éticos e judiciais e na avaliação da qualidade da assistência prestada.

Enquanto contribuições para a enfermagem este POP têm como finalidade padronizar a realização da visita virtual familiar para os pacientes que se encontram internados em UTI/UCO, em vista que a videochamada traz inúmeros benefícios para o paciente crítico.

Conclusão

O presente estudo alcançou o objetivo de construir um Procedimento Operacional Padrão (POP) com as recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. Para a construção das recomendações de cuidados realizou-se uma busca na literatura, que a partir das evidências atuais contribuíram para a construção dos domínios e itens do POP.

Para cada um dos três domínios, foram construídos itens do cuidado de enfermagem os quais abordaram as principais recomendações ao enfermeiro na realização de uma videochamada para familiares de pacientes internados na UTI/UCO acometidos pela COVID-19. Enfatiza-se que a construção de tecnologias, as quais objetivam padronizar e qualificar a assistência de enfermagem contribui significativamente para a segurança do paciente.

Como limitação deste estudo, pontua-se o quantitativo reduzido de artigos relacionados à temática publicados até o momento, encontrando-se em sua maioria relatos de experiência, os quais não foram desconsiderados em vista da COVID-19 ser uma doença nova, as publicações para o melhor conhecimento da doença e sua terapêutica ainda estão em ascensão para melhorar o nível de evidência.

A utilização deste POP apoiará a assistência do enfermeiro de UTI/UCO para uma prática baseada em evidências, além de proporcionar ao enfermeiro atualização e melhor julgamento crítico para o momento ideal de realização de uma visita virtual familiar em sua prática profissional no cuidado ao paciente acometido pela COVID-19 internado em UTI/UCO.

Referências

ANTUNES, Adenilza Aparecida *et al.* **Manual de processos de trabalhos da unidade de terapia intensiva adulto**: hospital de clínicas unicamp. 2. ed. Campinas: Unicamp, 2017. 153 p. Disponível em: <https://intranet.hc.unicamp.br/>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. Constituição (1986). Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Lei Nº 7.498/86 de 25 de Junho de 1986**. Brasília, Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/leis>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019 - nCoV)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 32 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf> . Acesso em: 20 out. 2020.

COFEN (org.). **Guia de Recomendações**: para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília: Cofen, 2016. 52 p. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html. Acesso em: 12 maio 2021.

CRISPIM, Douglas; SILVA, Maria Júlia Paes da; CEDOTTI, Walmir; CÂMARA, Milena; GOMES, Sarah Ananda. **Comunicação difícil e COVID-19**: recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia. Minas Gerais: Associação Médica de Minas Gerais, 31 p. 2020. Disponível em: <https://ammg.org.br>. Acesso em: 02 set. 2021.

EUGÊNIO, Cláudia Severgnini; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Visita aberta em uti adulto: utopia ou realidade?. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 539-549, 17 out. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-34364> Acesso em: 02 set. 2021.

FREEMAN-SANDERSON, Amy; ROSE, Louise; BRODSKY, Martin B. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) corta laços com o mundo exterior dos pacientes. **Australian Critical Care** , v. 33, n. 5, pág. 397-398, 2020. Disponível em: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(20\)30284-8/abstract](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(20)30284-8/abstract) Acesso em: 24 abr. 2021.

GARDONA, Rodrigo Galvão Bueno; BARBOSA, Dulce Aparecida. The importance of clinical practice supported by health assessment tools. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 4, p. 1815-1816, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wJNmGt9cQmmgPjrWfJFTmGQ/?stop=previous&lang=en&format=html> Acesso em: 10 jun. 2021.

KENNEDY, Niki R.; STEINBERG, Alexis; ARNOLD, Robert M.; DOSHI, Ankur A.; WHITE, Douglas B.; DELAIR, Will; NIGRA, Karen; ELMER, Jonathan. Perspectives on Telephone and Video Communication in the Intensive Care Unit during COVID-19. **Annals Of The American Thoracic Society**, [S.L.], v. 18, n. 5, p. 838-847, maio 2021. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1513/AnnalsATS.202006-729OC> Acesso em: 6 jul. 2021.

NEGRO, Alessandra; MUCCI, Milena; BECCARIA, Paolo; BORGHI, Giovanni; CAPOCASA, Tania; CARDINALI, Matteo; PASCULLI, Nicola; RANZANI, Roberta; VILLA, Giulia; ZANGRILLO, Alberto. Introducing the Video call to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during COVID-19 pandemia. **Intensive And Critical Care Nursing**, [S.L.], v. 60, p.

102893-2, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7247985/>
Acesso em: 16 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doença causada pelo coronavírus (COVID-19):** Relatórios de Situação da OMS. 2020. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/topicos/coronavirus/doenca-causada-pelo-novo-coronavirus-covid-19> . Acesso em: 20 out. 2020.

PASQUALI, Luiz. *Psicometria: teorias dos testes na psicologia e na educação*. 5ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PISCITELLO, Gina M.; FUKUSHIMA, Corinna M.; SAULITIS, Anna K.; TIAN, Katherine T.; HWANG, Jennifer; GUPTA, Shreya; SHELDON, Mark. Family Meetings in the Intensive Care Unit During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. **American Journal Of Hospice And Palliative Medicine®**, [S.L.], v. 38, n. 3, p. 305-312, 2021. Disponível em:
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049909120973431> Acesso em: 22 set. 2021.

ROSA, Regis Goulart; SILVA, Daiana Barbosa da; TEIXEIRA, Cassiano. Projeto UTI Visitas: Implementação e avaliação da visita familiar ampliada em UTIs brasileiras. **Top Cidadania: Associação Brasileira de Recursos Humanos**, Porto Alegre, p.1-31. 2017. Disponível em:
https://www.abrhrs.org.br/sites/default/files/artigos/case_hospital_moinhos_de_vento.pdf . Acesso em: 22 out. 2019.

SALES, Camila Balsero *et al.* Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 126-134, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/cc7m9JRGcVMPS9wpKshkVZz/?lang=en&format=html>
Acesso em: 09 jul. 2021.

VALLEY, Thomas S.; SCHUTZ, Amanda; NAGLE, Max T.; MILES, Lewis J.; LIPMAN, Kyra; KETCHAM, Scott W.; KENT, Madison; HIBBARD, Clarice E.; HARLAN, Emily A.; HAUSCHILDT, Katrina. Changes to Visitation Policies and Communication Practices in Michigan ICUs during the COVID-19 Pandemic. **Am J Respir Crit Care Med.**, Nova York, v. 202, n. 6, p. 883-885, 2020. Disponível em:
<https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.202005-1706LE> . Acesso em: 15 mar. 2021.

6.3 MANUSCRITO 3: Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: Validação de um Procedimento Operacional Padrão.

Húndra Prestes de Godoi

Kátia Cilene Godinho Bertoncello

RESUMO

Objetivo: validar o conteúdo de um procedimento operacional padrão com recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual da família ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. **Método:** Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico com abordagem quantitativa, realizado de janeiro a agosto de 2021, com vistas à validação de conteúdo de um procedimento operacional padrão construído a partir de uma revisão de literatura prévia, o qual foi dividido em 3 domínios e 43 itens. Este procedimento operacional padrão foi enviado para avaliação de *experts* através de um formulário eletrônico *Google Forms*, o qual apresentava uma escala tipo *Likert* de quatro pontos. Para validação foram utilizados, o Coeficiente de Validade de Conteúdo ($>0,85$) e o Índice de Validade de Conteúdo ($IVC > 0,85$). **Resultados:** o procedimento operacional padrão constituído por 3 domínios e 43 itens, foi validado por 15 juízes especialistas, os quais avaliaram o mesmo quanto à concordância, coerência, objetividade, pertinência e conteúdo. O domínio 1 foi validado com um IVC de 1,0 e um α de 0,91, sendo considerado excelente, com confiabilidade muito alta ($\alpha > 0,90$), o domínio 2 foi validado com um IVC de 0,97 e um α de 0,89, sendo considerado excelente e com confiabilidade alta, e o domínio 3 foi validado com um IVC de 0,97 e um α de 0,85, sendo considerado excelente e com confiabilidade alta. O procedimento operacional padrão como um todo foi considerado validado com um IVC total de 0,98 e um α de 0,89, sendo considerado excelente, e com confiabilidade alta. **Conclusão:** o procedimento operacional padrão se mostrou válido quanto ao conteúdo e com alta confiabilidade por juízes especialistas. Mediante os resultados, considera-se que o instrumento validado deve ser utilizado na prática do enfermeiro.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Visitas a pacientes; Cuidados Críticos; Cuidados de Enfermagem; Pandemias; COVID-19; Estudos de Validação.

Introdução

A partir de março de 2020, com a declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) a respeito da pandemia instalada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), medidas clássicas e rigorosas de saúde pública, como vigilância, detecção, isolamento de pessoas infectadas e quarentena de pessoas expostas, foram estabelecidas a fim de impedir a propagação do vírus, mais conhecido como COVID-19 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

Diante deste cenário, hospitais, centros de saúde e clínicas optaram pela restrição das visitas presenciais nestes estabelecimentos, com o propósito de garantir a segurança de

pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, bem como reduzir o fluxo de pessoas e o risco de transmissão do vírus. Tal restrição, não foi imposta sem critérios, mas foi entendida como sendo para aquele momento a melhor alternativa em uma crise gerada por uma doença ainda pouco conhecida (FICANHA; SILVA; ROCHA; BADKE; COGO; SILVA; JACOBI, 2020; IBPS, 2020).

Perante o exposto, a política de visitas das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) necessitou ser alterada e ajustada rapidamente para atender a nova realidade mundial. As visitas antes presenciais, flexíveis e abertas, passaram a ser totalmente restritas, com exceção em alguns hospitais e em alguns casos, como visita em final de vida, procedimentos/cirurgias, partos e pacientes pediátricos, desde que estes, não se encontrassem em alas de isolamento, destinadas ao tratamento de pacientes com COVID-19 (VALLEY; SCHUTZ; NAGLE; MILES; LIPMAN; KETCHAM; KENT; HIBBARD; HARLAN; HAUSCHILDT, 2020).

No entanto, de acordo com estudiosos da área de cuidados críticos, vários benefícios foram comprovados a respeito da presença da família ao paciente internado em UTI, como a redução da ansiedade, menor risco de *delirium*, menor tempo de internação e redução do risco de mortalidade, assim como, aumento da satisfação familiar, melhora na comunicação entre profissional e família, melhora do sono e descanso dos pacientes (ROSA; SILVA; TEIXEIRA, 2017; EUGÊNIO; SOUZA, 2017).

Porém, com a restrição imposta pela pandemia, além das dificuldades comumente já vivenciadas por pacientes de UTI, mudança na rotina de vida diária, restrição ao leito, mudança de equipe a cada troca de plantão, ruídos, iluminação, alimentação diferenciada e perda da privacidade, o isolamento social trouxe consequências ainda maiores relacionadas a ausência da presença da família (ROSE; COOK; CASEY; MEYER, 2020).

Sentimentos de ansiedade, estresse, medo e inclusive, neste caso para os familiares que perderam seus entes queridos em UTI, prejuízos na elaboração do luto, devido a impossibilidade de dizer adeus pela restrição estabelecida (ROSE; COOK; CASEY; MEYER, 2020).

A partir desta realidade, foi necessário que os profissionais de saúde buscassem soluções alternativas para promover a aproximação de pacientes e familiares. Fotos e cartas a beira leito foram algumas das estratégias criadas, assim como o incentivo ao envio de áudios via mensagem eletrônica (*WhatsApp*), telefonemas e quando possível a realização de uma videochamada (WAKAM; MONTGOMERY; BIESTERVELD; BROWN, 2020).

A videochamada, mais conhecida como visita virtual, ganhou espaço em muitos hospitais, e no Brasil já é lei, o Senado analisou o Projeto de Lei (PL) 2.136/2020, que

objetivava regulamentar a prática de visitas virtuais de familiares a pacientes internados em UTI, e na primeira semana de setembro de 2021, o mesmo foi aprovado sob número da lei, 14.198 de 2 de setembro de 2021⁴, trazendo em sua ementa a permissão da realização de videochamada entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas de seus familiares (BRASIL, 2021b; BRASIL, 2021c).

Diante desta nova realidade, para que os novos estilos de visitas sejam implementados, ressalta-se a importância do conhecimento e atualização constante do enfermeiro no que se refere ao atendimento humanizado aos pacientes internados em terapia intensiva com COVID-19, e também no desenvolvimento e uso de instrumentos validados que possam subsidiar uma prática assistencial mais segura, padronizando o cuidado e tendo como base o conhecimento científico (PASQUALI, 2013; DAG; BISKIN; GOZKAYA, 2019).

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo validar o conteúdo de um Procedimento Operacional Padrão (POP) com recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.

Método

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico, com abordagem quantitativa, descritiva, com enfoque na validação de conteúdo de um POP previamente construído, contendo recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19, internado em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.

Os estudos metodológicos são amplamente utilizados na área da saúde, visto que estes visam à investigação de métodos para coleta e organização dos dados, baseados nas melhores evidências, favorecendo a condução de investigações com rigor acentuado com a finalidade de implementar intervenções válidas e confiáveis visando a qualidade e segurança dos pacientes (PASQUALI, 2013; MEDEIROS; JÚNIOR; PINTO; VITOR; SANTOS; BARICHELLO, 2015).

⁴ **Lei nº 14.198:** Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares.

BRASIL. Lei nº 14.198, de 02 de setembro de 2021. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília, DF, 02 set. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.198-de-2-de-setembro-de-2021-342651108>. Acesso em: 10 set. 2021.

Para validação do conteúdo do POP, utilizou-se da experiência de um grupo de enfermeiros *experts* em terapia intensiva, a fim de definir a representatividade do construto medido.

Foi realizado contato prévio com os enfermeiros através de uma carta convite, a qual foi encaminhada por meio digital (*WhatsApp* e *e-mail*). Enquanto critério de inclusão foi estabelecido atuação em Unidade Coronariana ou Unidade de Terapia Intensiva por no mínimo seis meses, e como critérios de exclusão encontrar-se em período de férias ou de licença saúde.

Foram convidados a participar da pesquisa 23 enfermeiros de uma mesma instituição, os quais se encaixavam nos critérios de inclusão da pesquisa, destes, 15 participaram do estudo, os quais atenderam a amostra da investigação, que foi intencional e não probabilística, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu através de um formulário do *Google Forms*®, construído pelas pesquisadoras e disponibilizado por meio eletrônico, denominado: “Validação do Procedimento Operacional Padrão: Visita Virtual Familiar em UTI Coronariana”, o qual continha os seguintes elementos: introdução com esclarecimento sobre o tempo necessário para responder a pesquisa, endereço de *e-mail* do respondente, TCLE, perfil do avaliador, instruções para avaliação do POP, questionário propriamente dito com os seus diferentes domínios, e sugestões e agradecimentos pela participação.

A avaliação do POP foi realizada por meio de uma escala *Likert*, com categorias em quatro níveis de importância e seleção de uma única resposta para cada variável analisada, sendo respectivamente: (1) discordo; (2) discordo parcialmente; (3) concordo parcialmente; (4) concordo. Para cada item apresentado, o juiz avaliou cinco critérios, sendo estes: concordância; coerência; objetividade; pertinência e conteúdo.

O POP foi submetido à validação de conteúdo no período de julho a agosto de 2021. O tempo considerado de resposta foi de 20 dias após o seu envio. Os juízes especialistas julgaram a adequação comportamental dos atributos e a principal tarefa voltou-se a avaliação do domínio, se este, constituía ou não uma representação adequada do construto, desta forma, esperou-se uma concordância de $\geq 0,85\%$ entre os juízes para que o domínio fosse validado (PASQUALI, 2013).

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha no *Microsoft Excel*®, sendo que as informações sociodemográficas foram analisadas por estatística descritiva simples, apresentando frequências absolutas e relativas. Quanto à confiabilidade e validade dos

construtos						
DOMÍNIO 2 - Materiais/Equipamentos necessários para a realização da visita virtual familiar						
3. Acesso a internet/rede wireless do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. 4. Dispositivo móvel: Tablet do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. 5. Aplicativo whatsapp business 6. No sistema de gestão hospitalar em saúde obter o número do telefone celular do familiar que tenha <i>whatsapp</i> . 7. Compressa não estéril e produto de limpeza indicado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) para limpeza do <i>tablet</i> após o uso; Exemplo: Quaternário de amônia.						
	Concordância	Coerência	Objetividade	Pertinência	Conteúdo	Alfa de Cronbach
Validação do domínio e construtos	0,93	1,0	1,0	1,0	0,93	0,898

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

O quadro 2 traz o resultado do domínio três, que corresponde a descrição das atividades que competem ao enfermeiro na realização da visita virtual. Este domínio é composto por 36 itens (8 - 43), os quais auxiliam o enfermeiro a desenvolver determinada atividade com segurança, e em benefício ao paciente.

Os itens 8, 9 e 10 permitem ao enfermeiro avaliar e identificar a necessidade de uma visita virtual para pacientes com capacidade verbal e sem capacidade verbal. Já os itens 11 a 20, guiam o enfermeiro na orientação ao técnico administrativo, no que se trata ao agendamento de uma visita virtual através do *tablet* da instituição. Os itens 21 e 22 são voltados para orientação e informação do enfermeiro para equipe técnica de enfermagem, e os itens 23 ao 36 abordam os passos necessários para a organização e realização da visita virtual.

Quanto aos itens 37 a 43, estes são voltados para a finalização da visita virtual, orientação de como registrar a visita no prontuário do paciente, e encaminhamentos de demandas identificadas durante a visita para a equipe multiprofissional.

O domínio 3 foi validado com um IVC $\geq 0,85\%$ e com confiabilidade alta.

Quadro 2 - Validação domínio 3.

DOMÍNIO 3 - Descrição das atividades que competem ao enfermeiro
8. Avaliar o paciente internado na UTI Coronariana e identificar, a necessidade de uma visita virtual, conforme critérios definidos abaixo (itens 9 e 10): 9. Observar os critérios de inclusão para pacientes COM capacidade verbal efetiva: <ul style="list-style-type: none"> - Fora da ventilação mecânica; - Hemodinamicamente estáveis; - Lúcidos; - Com início de alteração de humor; - Solicitam a visita da família.

10. Observar os critérios de inclusão para pacientes **SEM** capacidade verbal efetiva:
 - Em desmame de ventilação mecânica;
 - Traqueostomizados;
 - Com risco de *delirium*;
 - Hemodinamicamente estáveis;
 - Familiares que solicitam ver o paciente.
11. Orientar aos técnicos administrativos da UTI Coronariana a agendar a visita virtual familiar através do *tablet* da instituição seguindo os itens 12 ao 20 deste POP;
12. Conferir no Sistema de Gestão em Saúde Hospitalar e/ou Ficha de internação em prontuário físico o número do telefone celular do familiar que tenha whatsapp;
13. Salvar o número do familiar no *tablet*, colocar a identificação do primeiro nome do paciente, seguido do nome do seu familiar;
14. Enviar através do *tablet* uma mensagem ao familiar: “Prezado cuidador/familiar, a UTI Coronariana do ICSC informa que, devido a pandemia da COVID-19, as visitas presenciais foram suspensas, mas para aproximar os pacientes de seus familiares, estamos realizando visitas virtuais familiares através do whatsapp. Gostaríamos de saber o melhor horário para entrarmos em contato para o agendamento da visita virtual familiar. Ficamos no aguardo. Atenciosamente, Equipe de saúde da UTI Coronariana”;
15. Receber a informação do melhor horário e quem são os familiares que participarão da visita virtual familiar;
16. Agendar dia e horário com os familiares para a realização da visita virtual, após confirmação da disponibilidade do *tablet* e do paciente;
17. Anotar nome do paciente e do familiar, data e horários da visita virtual, no mural da “Comunicação Efetiva” da UTI Coronariana;
18. Comunicar ao enfermeiro o horário do agendamento da visita virtual familiar, para que o mesmo comunique a informação na passagem de plantão dos enfermeiros e de sua equipe;
19. Enviar mensagem ao familiar orientando o funcionamento da visita virtual: “Prezado cuidador/familiar, a videochamada terá duração de 5 a 10 minutos. Atenção, tomar cuidado com a exibição das suas imagens e seus áudios. Não é permitido que você grave imagens e nem áudio durante esta visita virtual familiar. Evitar falar sobre assuntos desagradáveis. Recomendamos, se possível, adicionar outros familiares à chamada. É permitido mostrar/falar ao paciente sobre seus animais domésticos, plantas, sua casa, entre outros assuntos do interesse do paciente. Atenciosamente, Equipe de saúde UTI Coronariana”.
20. Informar ao familiar, em caso de mensagens de dúvidas quanto ao bem estar do paciente, que o whatsapp do dispositivo móvel *tablet* é um canal de comunicação exclusivo para a visita virtual familiar e que estas dúvidas serão respondidas durante o boletim médico.
21. Orientar a equipe técnica de enfermagem a auxiliar a visita virtual familiar;
22. Informar ao técnico de enfermagem responsável pelo paciente sobre a decisão de horário da visita virtual;
23. Conferir e organizar o material para a visita virtual familiar (conferência de bateria do *tablet*, do contato do familiar e do horário da visita no mural da comunicação efetiva);
24. Questionar ao paciente se o mesmo deseja realizar uma videochamada para seus familiares, caso o mesmo concorde orientá-lo quanto às regras e benefícios da mesma;
25. Colocar o paciente em posição semi-fowler (30 a 45 graus) ou Fowler (90 graus) no leito, com auxílio da equipe técnica de enfermagem, e avaliar contraindicações de posicionamento;
26. Realizar a ligação da videochamada utilizando o *tablet*;
27. Apresentar-se aos familiares, informando: nome, função, nome do setor e do hospital;
28. Aproximar-se do leito do paciente, apresentar o ambiente, explicando os aparelhos e dispositivos hospitalares que estão sendo utilizados;
29. Posicionar o *tablet* de forma que a câmera mostre principalmente a face do paciente, e adequar o volume do áudio;
30. Avaliar e acordar com o paciente se ele consegue ou se quer segurar o *tablet* ou se prefere que você o faça, no caso dos pacientes COM capacidade verbal;
31. Deixar o paciente à vontade para conversar, lembrar que a visita virtual familiar será de 5 a 10 minutos no máximo, cuidar para não expor a imagem e som de outros pacientes e/ou profissionais de saúde, no caso dos pacientes COM capacidade verbal;
32. Permanecer se possível a uma distância que permita observar intercorrências e interferir em caso de dúvidas da família (exemplo: paciente recebendo dieta por cateter enteral e não souber responder quando questionado se estava se alimentando), no caso dos pacientes COM capacidade verbal;
33. Responder às dúvidas dos familiares, relativos aos cuidados de enfermagem;
34. Orientar e estimular os familiares a enviar fotos, mensagens de áudio e ou vídeo, que a equipe de enfermagem irá mostrar ao paciente;

<p>35. Lembrar aos familiares que as dúvidas quanto ao quadro clínico, poderão ser solucionadas, durante o boletim médico que está sendo feito por ligação telefônica;</p> <p>36. Orientar aos familiares e pacientes que não é permitido registrar fotografias, nem mesmo para envio aos familiares</p> <p>37. Finalizar visita virtual familiar ao término dos 10 minutos;</p> <p>38. Comunicar ao paciente e ao familiar que o tempo de visita virtual terminou, e recomendar que eles se despeçam no caso dos pacientes COM capacidade verbal;</p> <p>39. Solicitar ao técnico administrativo que envie a seguinte mensagem do <i>whatsapp</i> do <i>tablet</i> para o do familiar, para agendar a próxima visita virtual familiar: “Obrigada por atender a videochamada, gostaríamos de agendar sua próxima visita virtual, nos envie quais os dias e horários disponíveis. Ficamos no aguardo. Atenciosamente, Equipe de saúde da UTI Coronariana.”;</p> <p>40. Higienizar o <i>tablet</i> (enfermeiro/técnico de enfermagem), com compressa não estéril, úmida com produto de limpeza indicado pelo SCIH do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina;</p> <p>41. Guardar o <i>tablet</i> na mesa do técnico administrativo e colocar para carregar;</p> <p>42. Registrar visita virtual familiar no prontuário do paciente: hora, nome do familiar, parentesco, resumo da visita e intercorrências;</p> <p>43. Encaminhar as demandas de atendimento de outros profissionais da saúde (serviço social, psicologia e ou medicina).</p>						
	Concordância	Coerência	Objetividade	Pertinência	Conteúdo	Alfa de Cronbach
Validação do domínio e construtos	0,93	1,0	1,0	1,0	0,93	0,857

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Para a validação de conteúdo, utilizaram-se medidas de confiabilidade de Alfa de *Cronbach* e IVC, conforme consta na tabela 01.

Tabela 1 - Validação de conteúdo, por medidas de confiabilidade de Alfa de *Cronbach* e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) do Protocolo Operacional Padrão de recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19, internado em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. Florianópolis, SC, 2021.

Domínios	Juízes	IVC	Alfa De Cronbach	Nível de Confiabilidade
1	15	1,0	0,916	Muito Alta
2	15	0,97	0,898	Alta
3	15	0,97	0,857	Alta
Total	15	0,98	0,890	Alta

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Com isso, e após os ajustes realizados conforme as sugestões dos juízes, a versão final do POP foi alcançada, podendo o mesmo ser visualizado no quadro 3.

Quadro 3 – POP validado com recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.

DOMÍNIO 1 - Objetivos
<p>1. Orientar os enfermeiros para a realização da visita virtual familiar na UTI Coronariana abordando os pacientes e seus familiares.</p> <p>2. Realizar visita virtual familiar através de um dispositivo móvel, com a finalidade de manter o vínculo e fornecer apoio emocional ao paciente durante sua internação.</p>
DOMÍNIO 2 - Materiais/Equipamentos necessários para a realização da visita virtual familiar
<p>3. Acesso a internet/rede wireless do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.</p> <p>4. Dispositivo móvel: Tablet do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.</p> <p>5. Aplicativo whatsapp business</p> <p>6. No sistema de gestão hospitalar em saúde obter o número do telefone celular do familiar que tenha <i>whatsapp</i>.</p> <p>7. Compressa não estéril e produto de limpeza indicado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) para limpeza do tablet antes e após o uso; Exemplo: Quaternário de amônia</p>
DOMÍNIO 3 - Descrição das atividades que competem ao enfermeiro
<p>8. Avaliar o paciente internado na UTI Coronariana e identificar, a necessidade de uma visita virtual, conforme critérios definidos abaixo (itens 9 e 10):</p> <p>9. Observar os critérios de inclusão para pacientes COM capacidade verbal efetiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fora da ventilação mecânica; - Hemodinamicamente estáveis; - Lúcidos; - Com início de alteração de humor; - Solicitam a visita da família. <p>10. Observar os critérios de inclusão para pacientes SEM capacidade verbal efetiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em desmame de ventilação mecânica; - Traqueostomizados; - Com risco de <i>delirium</i>; - Hemodinamicamente estáveis; - Familiares que solicitam ver o paciente. <p>11. Orientar aos técnicos administrativos da UTI Coronariana a agendar a visita virtual familiar através do <i>tablet</i> da instituição seguindo os itens 12 ao 20 deste POP;</p> <p>12. Conferir no Sistema de Gestão em Saúde Hospitalar e/ou Ficha de internação em prontuário físico o número do telefone celular do familiar que tenha <i>whatsapp</i>;</p> <p>13. Salvar o número do familiar no <i>tablet</i>, colocar a identificação do primeiro nome do paciente, seguido do nome do seu familiar;</p> <p>14. Enviar através do <i>tablet</i> uma mensagem ao familiar: “Prezado cuidador/familiar, a UTI Coronariana do ICSC informa que, devido a pandemia da COVID-19, as visitas presenciais foram suspensas, mas para aproximar os pacientes de seus familiares, estamos realizando visitas virtuais familiares através do <i>whatsapp</i>. Gostaríamos de saber o melhor horário para entrarmos em contato para o agendamento da visita virtual familiar. Ficamos no aguardo. Atenciosamente, Equipe de saúde da UTI Coronariana”;</p> <p>15. Receber a informação do melhor horário e quem são os familiares que participarão da visita virtual familiar;</p> <p>16. Agendar dia e horário com os familiares para a realização da visita virtual, após confirmação da disponibilidade do <i>tablet</i> e do paciente;</p> <p>17. Anotar nome do paciente e do familiar, data e horários da visita virtual, no mural da “Comunicação Efetiva” da UTI Coronariana;</p> <p>18. Comunicar ao enfermeiro o horário do agendamento da visita virtual familiar, para que o mesmo comunique a informação na passagem de plantão dos enfermeiros e de sua equipe;</p> <p>19. Enviar mensagem ao familiar orientando o funcionamento da visita virtual: “Prezado cuidador/familiar, a videochamada terá duração de 5 a 10 minutos. Atenção, tomar cuidado com a exibição das suas imagens e seus áudios. Não é permitido que você grave imagens e nem áudio durante esta visita virtual familiar. Evitar</p>

- falar sobre assuntos desagradáveis. Recomendamos, se possível, adicionar outros familiares à chamada. É permitido mostrar/falar ao paciente sobre seus animais domésticos, plantas, sua casa, entre outros assuntos do interesse do paciente. Atenciosamente, Equipe de saúde UTI Coronariana".
20. Informar ao familiar, em caso de mensagens de dúvidas quanto ao bem estar do paciente, que o whatsapp do dispositivo móvel tablet é um canal de comunicação exclusivo para a visita virtual familiar e que estas dúvidas serão respondidas durante o boletim médico.
 21. Orientar a equipe técnica de enfermagem a auxiliar a visita virtual familiar;
 22. Informar ao técnico de enfermagem responsável pelo paciente sobre a decisão de horário da visita virtual;
 23. Conferir e organizar o material para a visita virtual familiar (conferência de bateria do tablet, do contato do familiar e do horário da visita no mural da comunicação efetiva);
 24. Questionar ao paciente se o mesmo deseja realizar uma videochamada para seus familiares, caso o mesmo concorde orientá-lo quanto às regras e benefícios da mesma;
 25. Colocar o paciente em posição semi-fowler (30 a 45 graus) ou Fowler (90 graus) no leito, com auxílio da equipe técnica de enfermagem, e avaliar contraindicações de posicionamento;
 26. Realizar a ligação da videochamada utilizando o *tablet*;
 27. Apresentar-se aos familiares, informando: nome, função, nome do setor e do hospital;
 28. Aproximar-se do leito do paciente, apresentar o ambiente, explicando os aparelhos e dispositivos hospitalares que estão sendo utilizados;
 29. Posicionar o *tablet* de forma que a câmera mostre principalmente a face do paciente, e adequar o volume do áudio;
 30. Avaliar e acordar com o paciente se ele consegue ou se quer segurar o *tablet* ou se prefere que você o faça, no caso dos pacientes COM capacidade verbal;
 31. Deixar o paciente à vontade para conversar, lembrar que a visita virtual familiar será de 5 a 10 minutos no máximo, cuidar para não expor a imagem e som de outros pacientes e/ou profissionais de saúde, no caso dos pacientes COM capacidade verbal;
 32. Permanecer se possível a uma distância que permita observar intercorrências e interferir em caso de dúvidas da família (exemplo: paciente recebendo dieta por cateter enteral e não souber responder quando questionado se estava se alimentando), no caso dos pacientes COM capacidade verbal;
 33. Responder às dúvidas dos familiares, relativos aos cuidados de enfermagem;
 34. Orientar e estimular os familiares a enviar fotos, mensagens de áudio e ou vídeo, que a equipe de enfermagem irá mostrar ao paciente;
 35. Relembrar aos familiares que as dúvidas quanto ao quadro clínico, poderão ser solucionadas, durante o boletim médico que está sendo feito por ligação telefônica;
 36. Orientar aos familiares e pacientes que não é permitido registrar fotografias, nem mesmo para envio aos familiares
 37. Finalizar visita virtual familiar ao término dos 10 minutos;
 38. Comunicar ao paciente e ao familiar que o tempo de visita virtual terminou, e recomendar que eles se despeçam no caso dos pacientes COM capacidade verbal;
 39. Solicitar ao técnico administrativo que envie a seguinte mensagem do *whatsapp* do *tablet* para o do familiar, para agendar a próxima visita virtual familiar: "Obrigada por atender a videochamada, gostaríamos de agendar sua próxima visita virtual, nos envie quais os dias e horários disponíveis. Ficamos no aguardo. Atenciosamente, Equipe de saúde da UTI Coronariana.";
 40. Higienizar o *tablet* (enfermeiro/técnico de enfermagem), com compressa não estéril, úmida com produto de limpeza indicado pelo SCIH do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina;
 41. Guardar o *tablet* na mesa do técnico administrativo e colocar para carregar;
 42. Registrar visita virtual familiar no prontuário do paciente: hora, nome do familiar, parentesco, resumo da visita e intercorrências;
 43. Encaminhar as demandas de atendimento de outros profissionais da saúde (serviço social, psicologia e ou medicina).

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Discussão

Instrumentos validados são cada vez mais utilizados na área da saúde a fim de guiar a prática assistencial baseada em evidências e proporcionar segurança aos profissionais de saúde (LEITE; ÁFIO; CARVALHO; SILVA; ALMEIDA; PAGLIUCA, 2018).

Para este estudo, foi escolhido construir e validar um Procedimento Operacional Padrão (POP), tendo em vista que o mesmo auxilia o enfermeiro em suas atividades assistenciais, gerenciais e de liderança de equipe, assegura a padronização de tarefas a serem realizadas, assim como possibilita a correção de não conformidades de forma educativa (SALES; BERNARDES; GABRIEL; BRITO; MOURA; ZANETTI, 2018).

Além disso, o POP é amplamente utilizado na instituição para o qual o mesmo foi desenvolvido, sendo uma das principais ferramentas utilizadas pelos enfermeiros para promover a educação permanente de suas equipes.

Para que um instrumento seja considerado validado, é necessário a realização de algumas etapas, as quais conforme Pasquali (2013) são descritas como procedimentos teóricos, empíricos e analíticos. Desta forma, seguindo as recomendações deste renomado pesquisador, para validação deste POP foram realizadas as seguintes etapas, revisão integrativa da literatura a respeito da temática, construção do POP contendo três domínios e 43 itens e por fim a validação do POP por meio dos *experts* selecionados através de uma amostra não probabilística intencional.

De acordo com Guimarães, Pena, Lopes, Lopes e Barros (2015), a validade de um instrumento deve ser condizente com aquilo que se deseja investigar, exigindo assim, que os instrumentos sejam validados por profissionais *experts* na área, com conhecimento teórico e prático, para validar o instrumento com base em seu julgamento crítico.

Sendo assim, os *experts* participantes encontravam-se de acordo com o critério de inclusão escolhido para avaliação do POP, o qual era atuar ou ter atuado em Unidade Coronariana ou Unidade de Terapia Intensiva por no mínimo seis meses, e assim contribuíram, significativamente, para o aperfeiçoamento dos domínios e seus itens com base em seus conhecimentos teórico, científico e experiência prática profissional.

A validação por juízes especialistas propicia um olhar dinâmico e atento ao tema em estudo, o que corrobora com outros estudos que utilizaram de juízes especialistas para analisar e validar diferentes instrumentos de cuidado (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O POP foi dividido em domínios, e cada um deles foi composto por determinados itens voltados ao assunto daquele domínio em específico, para que assim, a recomendação quanto a realização de visita virtual em UTI fosse atendida como um todo.

Desta forma, o domínio 1, que trata sobre o objetivo do POP, foi validado com um IVC de 1,0 e um α de 0,91, sendo considerado excelente, com confiabilidade muito alta ($\alpha > 0,90$) e mantido sem alteração.

A visita virtual familiar é um meio que o enfermeiro pode usufruir para promover apoio emocional ao paciente durante sua internação, aproximar os pacientes de seus familiares, realizar conferência familiar com parentes distantes, reduzir sintomas de ansiedade e risco de *delirium*, proporcionar segurança aos familiares e reduzir o risco de contágio e contaminação da COVID-19. (CRISPIM; SILVA; CEDOTTI; CÂMARA; GOMES, 2020; FREEMAN-SANDERSON; ROSE; BRODSKY, 2020).

Já o domínio 2, que trata a respeito dos materiais/equipamentos necessários para a realização da visita virtual familiar, foi validado com um IVC de 0,97 e um α de 0,89, sendo considerado excelente e com confiabilidade alta ($0,75 \leq \alpha \leq 0,90$). O item 7 deste domínio sofreu alteração de acordo com o sugerido pelos *experts*, este descrevia a ação de limpeza do *tablet* apenas após o uso, no entanto, para validação do domínio, foi incluído conforme sugestão realizar a limpeza do *tablet* antes e após o uso com o produto indicado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

Conforme a literatura o ambiente hospitalar, incluindo o ar, a água e as superfícies inanimadas que cercam o paciente, podem ser focos diretos ou indiretos de contato e de transmissão de infecção. Contudo, viu-se que a limpeza concorrente realizada em materiais de uso comum para pacientes, é eficaz na desinfecção, sendo assim, para garantir a limpeza correta e prevenir o risco de infecção cruzada, a sugestão foi incluída no POP (MINAS GERAIS, 2021b).

O domínio 3, composto pelo maior número de itens deste estudo, foram abordadas as atividades que competem ao enfermeiro frente a orientação da equipe administrativa e de enfermagem, avaliação e identificação da necessidade do paciente de uma visita virtual, bem como a organização, realização e finalização da visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na UCO. Este domínio foi validado com um IVC de 0,97 e um α de 0,85, sendo considerado excelente e com confiabilidade alta ($0,75 \leq \alpha \leq 0,90$).

Entre as considerações avaliadas pelos *experts* no domínio 3, para o item 10 foi sugerido que, para os pacientes sem capacidade verbal, ou seja, pacientes intubados, traqueostomizados, com risco de *delirium*, seria interessante que a família passasse por uma avaliação psicológica antes de ver o paciente, a fim de evitar transtornos ao familiar despreparado, no entanto, tal consideração não foi acatada neste item, tendo em vista que o item 43 aborda especificamente sobre o encaminhamento de demandas de atendimentos para os demais profissionais da saúde.

Diante dos desafios da prática assistencial em UTI/UCO, ter critérios bem definidos em protocolos auxilia o profissional enfermeiro a tomar decisões precisas para atender aos

pacientes com segurança, e resolver com agilidade as necessidades dos mesmos (VALLEY; SCHUTZ; NAGLE; MILES; LIPMAN; KETCHAM; KENT; HIBBARD; HARLAN; HAUSCHILDT, 2020).

A organização é imprescindível para o sucesso de uma atividade, ainda mais quando envolve mais de um participante, como no caso da visita virtual, a mesma engloba participação do profissional, paciente e familiar. Seguindo os passos recomendados, é possível promover a comunicação entre família e equipe, melhorar a compreensão da família quanto ao quadro clínico de seu familiar, bem como incentivar a participação destes nas decisões que envolvem o paciente (CRISPIM; SILVA; CEDOTTI; CÂMARA; GOMES, 2020).

Quanto à realização da visita virtual, no item 24 foi sugerido que antes de orientar a videochamada, o paciente fosse questionado quanto ao desejo do mesmo ver seus familiares, desta forma, entendendo que o princípio de autonomia do paciente é um dos pilares da bioética, o item foi alterado conforme sugerido (UGARTE; ACIOLY, 2014).

Analisando os benefícios que uma visita virtual familiar proporciona ao paciente internado em UTI/UCO por COVID-19, considera-se que o POP validado neste estudo é relevante para a realidade atual, e que o mesmo contribui para a promoção do cuidado humanizado ao paciente crítico, bem como auxilia os enfermeiros e sua equipe a utilizar a tecnologia para minimizar o distanciamento entre pacientes e familiares de forma segura. Sabendo da constante evolução tecnológica no mundo, é justo que cada vez mais os profissionais de saúde busquem por melhorias, a fim de proporcionar conforto aos pacientes e seus familiares.

Conclusão

O presente estudo alcançou o objetivo de validar um Procedimento Operacional Padrão (POP) com as recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.

O conteúdo do POP, constituído de 3 domínios e 43 itens, foi validado por *experts* na área, e utilizando-se medidas de confiabilidade de Alfa de *Cronbach* e IVC, seu conteúdo foi considerado excelente (IVC 0,98) e o instrumento como um todo de alta confiabilidade (0,89).

Entre os limites encontrados para o desenvolvimento deste estudo cita-se que ainda existem poucas publicações a respeito do tema visita virtual em UTI, levando em conta que a COVID-19 é uma doença em estudo, e que a presença da família em UTI e o cuidado

centrado no paciente/família ainda não é uma realidade em muitos países, mesmo já constando os benefícios da mesma ao paciente.

A utilização deste POP validado trará maior segurança e agilidade ao enfermeiro para o desenvolvimento de uma videochamada em UTI/UCO, bem como servirá como instrumento de educação permanente para orientação de sua equipe, tal como para o desenvolvimento de práticas de humanização em benefício ao paciente e seus familiares.

Ressalta-se a importância da continuidade do estudo, visando garantir a validação clínica do mesmo, e proporcionar seu uso com maior confiabilidade na prática clínica do enfermeiro intensivista.

Referências

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrn/abstract/?format=html&lang=pt> Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. AGÊNCIA SENADO. **Projeto regulamenta visitas virtuais de familiares a pacientes em UTIs**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/07/21/projeto-regulamenta-visitas-virtuais-de-familiares-a-pacientes-em-utis> . Acesso em: 08 set. 2021b.

BRASIL. Lei nº 14.198, de 02 de setembro de 2021. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília, DF, 02 set. 2021c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.198-de-2-de-setembro-de-2021-342651108> Acesso em: 10 set. 2021.

CRISPIM, Douglas; SILVA, Maria Júlia Paes da; CEDOTTI, Waldir; CÂMARA, Milena; GOMES, Sarah Ananda. **Comunicação difícil e COVID-19: recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia**. Minas Gerais: Associação Médica de Minas Gerais, 31 p. 2020. Disponível em: <https://ammg.org.br>. Acesso em: 02 set. 2021.

DAG, Gülten S.; BISKIN, Songül; GÖZKAYA, Meral. Determination of nursing procedures and competencies in emergency departments: a cross sectional study. **Nursing & Health Sciences**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 307-315, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nhs.12598> Acesso em: 09 jul. 2021.

EUGÊNIO, Cláudia Severgnini; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Visita aberta em uti adulto: utopia ou realidade?. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 539-549, 17 out. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-34364> Acesso em: 09 jul. 2021.

FICANHA, Elidiane Emanuelli; SILVA, Erisvan Vieira da; ROCHA, Verginia Margareth Possatti; BADKE, Marcio Rossato; COGO, Silvana Bastos; SILVA, Edcarlos Vasconcelos da; JACOBI, Luciane Flores. Aspectos biopsicossociais relacionados ao isolamento social durante a pandemia de Covid-19: uma revisão integrativa. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 8, p. 1-27, 2020. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6410> Acesso em: 20 set. 2021.

FREEMAN-SANDERSON, Amy; ROSE, Louise; BRODSKY, Martin B. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) corta laços com o mundo exterior dos pacientes. **Australian Critical Care**, v. 33, n. 5, pág. 397-398, 2020. Disponível em: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(20\)30284-8/abstract](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(20)30284-8/abstract) Acesso em: 24 abr. 2021.

GUIMARÃES, Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos; PENA, Silvana Barbosa; LOPES, Juliana de Lima; LOPES, Camila Takao; BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Experts for Validation Studies in Nursing: new proposal and selection criteria. **International Journal Of Nursing Knowledge**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 130-135, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12089> Acesso em: 24 abr. 2021.

IBPS - INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. (São Paulo) (org.). **Paciente com COVID-19 – Pode ou não pode acompanhante?** 2020. Disponível em: <https://segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/humanizacao-do-atendimento-em-tempos-de-covid-19/> . Acesso em: 08 set. 2021.

LEITE, Sarah de Sá; ÁFIO, Aline Cruz Esmeraldo; CARVALHO, Luciana Vieira de; SILVA, Jacqueline Mota da; ALMEIDA, Paulo César de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 4, p. 1635-1641, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xs83trTCYB6bZvpccTgfK3w/?lang=en> Acesso em: 08 set. 2021.

MEDEIROS, Rosana; MARCOS JÚNIOR; PINTO, Diana; VITOR, Allyne; SANTOS, Viviane; BARICHELLO, Elizabeth. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. **Revista de Enfermagem Referência**, [S.L.], v. , n. 4, p. 127-135, 5 mar. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/riv14009> Acesso em: 25 mar. 2020.

MINAS GERAIS. Maria Thereza Coelho Papatela Jabour. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (org.). **Diretrizes Assistenciais para Enfrentamento da COVID-19**. 9. ed. Belo Horizonte: Fhemig, 2021b. 24 p. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/> . Acesso em: 22 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doença causada pelo coronavírus (COVID-19): Relatórios de Situação da OMS**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/coronavirus/doenca-causada-pelo-novo-coronavirus-covid-19> . Acesso em: 20 out. 2020.

PASQUALI, Luiz. **Psicometria: teorias dos testes na psicologia e na educação**. 5ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

ROSA, Regis Goulart; SILVA, Daiana Barbosa da; TEIXEIRA, Cassiano. Projeto UTI Visitas: Implementação e avaliação da visita familiar ampliada em UTIs brasileiras. **Top Cidadania**: Associação Brasileira de Recursos Humanos, Porto Alegre, p.1-31. 2017.

Disponível em:

https://www.abrhrs.org.br/sites/default/files/artigos/case_hospital_moinhos_de_vento.pdf.

Acesso em: 22 out. 2019.

ROSE, Louise; COOK, Amelia; CASEY, Joseph; MEYER, Joel. Restricted family visiting in intensive care during COVID-19. **Intensive And Critical Care Nursing**, [S.L.], v. 60, p. 102896, 2020. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/32601012> Acesso em: 20 ago. 2021.

SALES, Camila Balsero; BERNARDES, Andrea; GABRIEL, Carmen Silvia; BRITO, Maria de Fátima Paiva; MOURA, André Almeida de; ZANETTI, Ariane Cristina Barboza. Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities.

Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 71, n. 1, p. 126-134, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/cc7m9JRGcVMPS9wpKshkVZz/?lang=en&format=html>

Acesso em: 09 jul. 2021.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. The principle of autonomy in Brazil: one needs to discuss it **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [S.L.], v. 41, n. 5, p. 374-377, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/vtLjkcHyJvtMS8Fzrxv748w/abstract/?lang=en>

Acesso em: 20 set. 2021.

VALLEY, Thomas S.; SCHUTZ, Amanda; NAGLE, Max T.; MILES, Lewis J.; LIPMAN, Kyra; KETCHAM, Scott W.; KENT, Madison; HIBBARD, Clarice E.; HARLAN, Emily A.; HAUSCHILDT, Katrina. Changes to Visitation Policies and Communication Practices in Michigan ICUs during the COVID-19 Pandemic. **Am J Respir Crit Care Med.**, Nova York, v. 202, n. 6, p. 883-885, 2020. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7491388/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

WAKAM, Glenn K.; MONTGOMERY, John R.; BIESTERVELD, Ben E.; BROWN, Craig S.. Not Dying Alone — Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 382, n. 24, p. 1-2, 2020. Disponível em:

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2007781> Acesso em: 15 mar. 2021.

6.4 PRODUTO: Procedimento Operacional Padrão: Visita Virtual Familiar em UTI Coronariana

POP validado com recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.

DOMÍNIO 1 - Objetivos
<p>1. Orientar os enfermeiros para a realização da visita virtual familiar na UTI Coronariana abordando os pacientes e seus familiares.</p> <p>2. Realizar visita virtual familiar através de um dispositivo móvel, com a finalidade de manter o vínculo e fornecer apoio emocional ao paciente durante sua internação.</p>
DOMÍNIO 2 - Materiais/Equipamentos necessários para a realização da visita virtual familiar
<p>3. Acesso a internet/rede wireless do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.</p> <p>4. Dispositivo móvel: Tablet do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.</p> <p>5. Aplicativo whatsapp business</p> <p>6. No sistema de gestão hospitalar em saúde obter o número do telefone celular do familiar que tenha <i>whatsapp</i>.</p> <p>7. Compressa não estéril e produto de limpeza indicado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) para limpeza do tablet antes e após o uso; Exemplo: Quaternário de amônia</p>
DOMÍNIO 3 - Descrição das atividades que competem ao enfermeiro
<p>8. Avaliar o paciente internado na UTI Coronariana e identificar, a necessidade de uma visita virtual, conforme critérios definidos abaixo (itens 9 e 10):</p> <p>9. Observar os critérios de inclusão para pacientes COM capacidade verbal efetiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fora da ventilação mecânica; - Hemodinamicamente estáveis; - Lúcidos; - Com início de alteração de humor; - Solicitam a visita da família. <p>10. Observar os critérios de inclusão para pacientes SEM capacidade verbal efetiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em desmame de ventilação mecânica; - Traqueostomizados; - Com risco de <i>delirium</i>; - Hemodinamicamente estáveis; - Familiares que solicitam ver o paciente. <p>11. Orientar aos técnicos administrativos da UTI Coronariana a agendar a visita virtual familiar através do <i>tablet</i> da instituição seguindo os itens 12 ao 20 deste POP;</p> <p>12. Conferir no Sistema de Gestão em Saúde Hospitalar e/ou Ficha de internação em prontuário físico o número do telefone celular do familiar que tenha <i>whatsapp</i>;</p> <p>13. Salvar o número do familiar no <i>tablet</i>, colocar a identificação do primeiro nome do paciente, seguido do nome do seu familiar;</p> <p>14. Enviar através do <i>tablet</i> uma mensagem ao familiar: “Prezado cuidador/familiar, a UTI Coronariana do ICSC informa que, devido a pandemia da COVID-19, as visitas presenciais foram suspensas, mas para aproximar os pacientes de seus familiares, estamos realizando visitas virtuais familiares através do <i>whatsapp</i>. Gostaríamos de saber o melhor horário para entrarmos em contato para o agendamento da visita virtual familiar. Ficamos no aguardo. Atenciosamente, Equipe de saúde da UTI Coronariana”;</p> <p>15. Receber a informação do melhor horário e quem são os familiares que participarão da visita virtual familiar;</p> <p>16. Agendar dia e horário com os familiares para a realização da visita virtual, após confirmação da disponibilidade do <i>tablet</i> e do paciente;</p> <p>17. Anotar nome do paciente e do familiar, data e horários da visita virtual, no mural da “Comunicação Efetiva” da UTI Coronariana;</p> <p>18. Comunicar ao enfermeiro o horário do agendamento da visita virtual familiar, para que o mesmo comunique a informação na passagem de plantão dos enfermeiros e de sua equipe;</p> <p>19. Enviar mensagem ao familiar orientando o funcionamento da visita virtual: “Prezado cuidador/familiar, a videochamada terá duração de 5 a 10 minutos. Atenção, tomar cuidado com a exibição das suas imagens</p>

- e seus áudios. Não é permitido que você grave imagens e nem áudio durante esta visita virtual familiar. Evitar falar sobre assuntos desagradáveis. Recomendamos, se possível, adicionar outros familiares à chamada. É permitido mostrar/falar ao paciente sobre seus animais domésticos, plantas, sua casa, entre outros assuntos do interesse do paciente. Atenciosamente, Equipe de saúde UTI Coronariana".
20. Informar ao familiar, em caso de mensagens de dúvidas quanto ao bem estar do paciente, que o whatsapp do dispositivo móvel tablet é um canal de comunicação exclusivo para a visita virtual familiar e que estas dúvidas serão respondidas durante o boletim médico.
 21. Orientar a equipe técnica de enfermagem a auxiliar a visita virtual familiar;
 22. Informar ao técnico de enfermagem responsável pelo paciente sobre a decisão de horário da visita virtual;
 23. Conferir e organizar o material para a visita virtual familiar (conferência de bateria do tablet, do contato do familiar e do horário da visita no mural da comunicação efetiva);
 24. Questionar ao paciente se o mesmo deseja realizar uma videochamada para seus familiares, caso o mesmo concorde orientá-lo quanto às regras e benefícios da mesma;
 25. Colocar o paciente em posição semi-fowler (30 a 45 graus) ou Fowler (90 graus) no leito, com auxílio da equipe técnica de enfermagem, e avaliar contraindicações de posicionamento;
 26. Realizar a ligação da videochamada utilizando o *tablet*;
 27. Apresentar-se aos familiares, informando: nome, função, nome do setor e do hospital;
 28. Aproximar-se do leito do paciente, apresentar o ambiente, explicando os aparelhos e dispositivos hospitalares que estão sendo utilizados;
 29. Posicionar o *tablet* de forma que a câmera mostre principalmente a face do paciente, e adequar o volume do áudio;
 30. Avaliar e acordar com o paciente se ele consegue ou se quer segurar o *tablet* ou se prefere que você o faça, no caso dos pacientes COM capacidade verbal;
 31. Deixar o paciente à vontade para conversar, lembrar que a visita virtual familiar será de 5 a 10 minutos no máximo, cuidar para não expor a imagem e som de outros pacientes e/ou profissionais de saúde, no caso dos pacientes COM capacidade verbal;
 32. Permanecer se possível a uma distância que permita observar intercorrências e interferir em caso de dúvidas da família (exemplo: paciente recebendo dieta por cateter enteral e não souber responder quando questionado se estava se alimentando), no caso dos pacientes COM capacidade verbal;
 33. Responder às dúvidas dos familiares, relativos aos cuidados de enfermagem;
 34. Orientar e estimular os familiares a enviar fotos, mensagens de áudio e ou vídeo, que a equipe de enfermagem irá mostrar ao paciente;
 35. Relembrar aos familiares que as dúvidas quanto ao quadro clínico, poderão ser solucionadas, durante o boletim médico que está sendo feito por ligação telefônica;
 36. Orientar aos familiares e pacientes que não é permitido registrar fotografias, nem mesmo para envio aos familiares.
 37. Finalizar visita virtual familiar ao término dos 10 minutos;
 38. Comunicar ao paciente e ao familiar que o tempo de visita virtual terminou, e recomendar que eles se despeçam no caso dos pacientes COM capacidade verbal;
 39. Solicitar ao técnico administrativo que envie a seguinte mensagem do *whatsapp* do *tablet* para o do familiar, para agendar a próxima visita virtual familiar: "Obrigada por atender a videochamada, gostaríamos de agendar sua próxima visita virtual, nos envie quais os dias e horários disponíveis. Ficamos no aguardo. Atenciosamente, Equipe de saúde da UTI Coronariana.";
 40. Higienizar o *tablet* (enfermeiro/técnico de enfermagem), com compressa não estéril, úmida com produto de limpeza indicado pelo SCIH do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina;
 41. Guardar o *tablet* na mesa do técnico administrativo e colocar para carregar;
 42. Registrar visita virtual familiar no prontuário do paciente: hora, nome do familiar, parentesco, resumo da visita e intercorrências;
 43. Encaminhar as demandas de atendimento de outros profissionais da saúde (serviço social, psicologia e ou medicina).

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo atingiu o objetivo geral, de validar um Procedimento Operacional Padrão (POP) com recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual familiar, ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO).

Para alcançar o objetivo final, foram necessários a realização de passos metodológicos, os quais baseados no modelo teórico de Luiz Pasquali, permitiram construir e validar um POP, para auxiliar a prática assistencial dos enfermeiros a fim de proporcionar visita virtual em meio a pandemia de COVID-19, o qual foi de encontro às necessidades dos pacientes internados na UCO e dos familiares sem acesso a visita presencial devido a pandemia de COVID-19.

O POP, instrumento construído nesta dissertação, foi validado por juízes especialistas na área do construto contendo três domínios e 43 itens, sendo considerado excelente e de alta confiabilidade, podendo ser utilizado como ferramenta para o aprimoramento das práticas de enfermagem, visto que não é muito extenso, e caracteriza-se de maneira objetiva e de fácil entendimento, possibilitando que o enfermeiro também utilize o mesmo na orientação da equipe técnica de enfermagem e administrativa da UCO.

A realização de uma visita virtual, orientada por um POP, aumenta as chances de viabilizar uma videochamada de sucesso, pois seguindo-se os passos descritos o profissional saberá como e o que deve fazer, evitando assim desconfortos que podem ser gerados em uma chamada, como ligação interrompida por falta de bateria.

O desenvolvimento deste estudo envolveu vários desafios, pois devido a descoberta de uma nova doença ainda existiam poucos estudos publicados, desta forma até mesmo relatos de experiência foram considerados, a fim de proporcionar melhorias em um momento que envolveu medo e incertezas nos profissionais que atuam na linha de frente na área da saúde.

Além disso, enquanto pesquisadora foi necessário ajustar o modelo de pesquisa proposto inicialmente em 2019, o qual trabalharia a visita ampliada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com a pandemia o curso desta dissertação foi alterado, mas não a essência de seu tema, pois mesmo diante de tantas adversidades sempre tive o desejo de proporcionar cuidado humanizado em UTI, e sei que a visita virtual foi de grande valia para muitos pacientes e seus familiares, principalmente quando a notícia não era muito positiva, esta tecnologia permitiu até mesmo momentos de despedida.

Tendo em vista a necessidade da UCO frente a este cuidado, o POP já foi disponibilizado para o Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, com vistas a promover o cuidado centrado no paciente e família através da visita virtual.

Como limitação deste estudo, visa-se a necessidade de atualização constante do instrumento, uma vez que a COVID-19 é uma doença em estudo, e que a presença da família em UTI e o cuidado centrado no paciente/família ainda não é uma realidade em muitos países, mesmo já constando os benefícios da mesma ao paciente.

Por fim, este estudo respondeu aos objetivos propostos. A utilização deste POP validado trará maior segurança e agilidade ao enfermeiro para o desenvolvimento de uma videochamada em UTI/UCO, bem como servirá como instrumento de educação permanente e para o desenvolvimento de práticas de humanização em benefício ao paciente e seus familiares.

REFERÊNCIAS

AKOBENG, Anthony K. Principles of evidence based medicine. Archives of disease in childhood, v. 90, n. 8, p. 837-840, 2005. Disponível em: <https://adc.bmj.com/content/90/8/837.short> . Acesso em: 24 abr. 2020.

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrn/abstract/?format=html&lang=pt> Acesso em: 24 abr. 2021.

ANTUNES, Adenilza Aparecida et al. Manual de processos de trabalhos da unidade de terapia intensiva adulto: hospital de clínicas unicamp. 2. ed. Campinas: Unicamp, 2017. 153 p. Disponível em: <https://intranet.hc.unicamp.br/>. Acesso em: 17 jun. 2021.

ARAÚJO, Dyego Carlos Souza Anacleto de et al. Instrumentos para avaliação de habilidades de comunicação no cuidado em saúde no Brasil: uma revisão de escopo. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, p. e200030, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24/e200030/pt/> Acesso em: 24 abr. 2021.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Regulamento técnico para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva - AMIB. São Paulo: Comissão de Defesa do Exercício Profissional, 2009. 19 p. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/abril/23/RecomendacoesAMIB.pdf f. Acesso em: 29 mar. 2020.

BATISTA, Vanessa Carla; MONTESCHIO, Lorena Vicentine Coutinho; GODOY, Fernando José de; GÓES, Herbert Leopoldo de Freitas; MATSUDA, Laura Misue; MARCON, Sonia Silva. Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, Maringá, v. 11, n. 1, p. 540-546, 2019. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/download/7110/pdf> Acesso em: 24 abr. 2021.

BERTONCELLO, Katia Cilene Godinho. Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 247 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-10052004-112625/en.php> Acesso em: 21 jul. 2021.

BETTINELLI, Luiz Antonio; LORENZINI ERDMANN, Alacoque. Internação em unidade de terapia intensiva ea família: perspectivas de cuidado. Avances en enfermería, v. 27, n. 1, p. 15-21, 2009. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002009000100002&script=sci_abstract&tlng=en . Acesso em: 21 out. 2019.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; DE ALMEIDA CUNHA, Cristiano Castro; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e sociedade, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220> Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Constituição (1986). Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Lei Nº 7.498/86 de 25 de Junho de

1986. Brasília, Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/leis>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS – Visita Aberta e Direito a Acompanhante. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 19 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf. Acesso em: 17 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS – Visita Aberta e Direito a Acompanhante. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 31 p. Disponível em: https://www.heab.faepe.br/App_Data/Conteudo/Arquivos/Humaniza%C3%A7%C3%A3o/Visita%20Aberta%20e%20Direito%20a%20Acompanhante.pdf. Acesso em: 17 set. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p.

BRASIL. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Colaborativo “Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil” já aponta resultados promissores. 2018a. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/sas/44140-projeto-colaborativo-melhorando-a-seguranca-do-paciente-em-larga-escala-no-brasil-ja-aponta-resultados-promissores>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. História da AIDS - 1983. 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/historia-da-aids-1983>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019 - nCoV). Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 32 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa analisa impacto psicológico da covid em profissionais da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/saude-mental-pesquisa-analisa-impacto-psicologico-do-enfrentamento-a-covid-19-em-profissionais-da-saude> Acesso em: 09 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em: 29 abr. 2021a.

BRASIL. AGÊNCIA SENADO. Projeto regulamenta visitas virtuais de familiares a pacientes em UTIs. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/07/21/projeto-regulamenta-visitas-virtuais-de-familiares-a-pacientes-em-utis> . Acesso em: 08 set. 2021b.

BRASIL. Lei nº 14.198, de 02 de setembro de 2021. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília, DF, 02 set. 2021c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.198-de-2-de-setembro-de-2021-342651108> Acesso em: 10 set. 2021.

CÂMARA FILHO, Lauro Arruda. Gripe Espanhola: a mãe das pandemias. 2019. Hospital do Coração. Disponível em: <https://hospitaldocoracao.com.br/novo/midias-e-artigos/artigos-nomes-da-medicina/gripe-espanhola-a-mae-de-todas-pandemias/#:~:text=Por%3A%20Dr.,Unido%20ou%20nos%20Estados%20Unidos>. Acesso em: 15 jun. 2021.

CHAPMAN, Diane K. et al. Satisfaction with elimination of all visitation restrictions in a mixed-profile intensive care unit. American Journal of Critical Care, v. 25, n. 1, p. 46-50, 2016. Disponível em: <https://aacnjournals.org/ajconline/article-abstract/25/1/46/3114> Acesso em: 20 mai.2021.

CNN BRASIL. Dados mostram que Covid-19 já é a doença que mais matou no Brasil em 2021. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/dados-mostram-que-covid-19-ja-e-a-doenca-que-mais-matou-no-brasil-em-2021/> . Acesso em: 28 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-358/2009. Aprova a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384 Acesso em: 12 mai. 2021

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Guia de Recomendações: para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília: Cofen, 2016. 52 p. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html. Acesso em: 12 mai. 2021.

CORDEIRO, Mariana Dantas; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. Aplicação dos fundamentos do letramento em saúde no consentimento informado. Revista Bioética, v. 27, p. 410-418, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/FLtmrdpcPMr4hLVXcQJT8wf/?lang=pt> Acesso em: 20 mai. 2021.

COSTA, Dalva Marques. Os desafios do profissional de enfermagem mediante a COVID-19. Gestão e Tecnologia, Goiânia, v. 1, n. 30, p. 19-21, jul. 2020. Disponível em: <http://www.faculadadedelta.edu.br/revistas3/index.php/gt/article/view/54> . Acesso em: 19 abr. 2021.

CRISPIM, Douglas; SILVA, Maria Júlia Paes da; CEDOTTI, Walmir; CÂMARA, Milena; GOMES, Sarah Ananda. Comunicação difícil e COVID-19: recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia. Minas Gerais: Associação Médica de Minas Gerais, 31 p. 2020. Disponível em: <https://ammg.org.br>. Acesso em: 02 set. 2021.

CUCHI, Maristela. Humanização em unidades de terapia intensiva: avaliação da percepção do profissional de um hospital público em mato grosso. 2009. 73 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina Intensiva, Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva - Sobrati, Sorriso, 2009.

DAG, Gülten S.; BISKIN, Songül; GÖZKAYA, Meral. Determination of nursing procedures and competencies in emergency departments: a cross sectional study. *Nursing & Health Sciences*, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 307-315, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nhs.12598> Acesso em: 09 jul. 2021.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832021000100502&script=sci_arttext Acesso em: 20 set. 2021.

DUARTE, Aline Cardoso; PASSOS, Simone Cardoso. Análise da relação presente entre tecnologia na uti e humanização nas publicações nacionais. 2018. 9 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem em Terapia Intensiva e Alta Complexidade, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Bahia, 2018. Disponível em: <https://www7.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/3370> . Acesso em: 27 out. 2019.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904> Acesso em: 20 abr.2021.

EUGÊNIO, Cláudia Severgnini; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Visita aberta em uti adulto: utopia ou realidade?. *Revista de Enfermagem da Ufsm*, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 539-549, 17 out. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-34364> Acesso em: 09 jul. 2021.

FARIA, Nuno R.; RAMBAUT, Andrew; SUCHARD, Marc A.; BAELE, Guy; BEDFORD, Trevor; WARD, Melissa J.; TATEM, Andrew J.; SOUSA, João D.; ARINAMINPATHY, Nimalan; PÉPIN, Jacques. The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations. *Science*, [S.L.], v. 346, n. 6205, p. 56-61, 2 out. 2014. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/346/6205/56.abstract> Acesso em: 20 set. 2020.

FICANHA, Elidiane Emanuelli; SILVA, Erisvan Vieira da; ROCHA, Verginia Margareth Possatti; BADKE, Marcio Rossato; COGO, Silvana Bastos; SILVA, Edcarlos Vasconcelos da; JACOBI, Luciane Flores. Aspectos biopsicossociais relacionados ao isolamento social durante a pandemia de Covid-19: uma revisão integrativa. *Research, Society And Development*, [S.L.], v. 9, n. 8, p. 1-27, 2020. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6410> Acesso em: 20 set. 2021.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; SILVA, Carlos Roberto Lyra da; SILVA, Roberto Carlos Lyra da. *UTI: Atuação, Intervenção e Cuidados de Enfermagem*. 2. ed. São Caetano do Sul Sp: Yendis Editora Ltda, 2009. 332 p.

FRANÇA, Nathália Moreir de Almeida; PINHEIRO, Gabriella Santos; BARBOSA, Larissa Almeida Oliveira; AVENA, Katia de Miranda. Síndrome Respiratória Aguda Grave por COVID-19: Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva no Brasil. *The Brazilian Journal Of Infectious Diseases*, Salvador, v. 25, n. 1, p. 35-36, mar. 2021. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867020302749?via%3Dihub>. Acesso em: 22 nov. 2021.

FREEMAN-SANDERSON, Amy; ROSE, Louise; BRODSKY, Martin B. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) corta laços com o mundo exterior dos pacientes. *Australian Critical Care*, v. 33, n. 5, pág. 397-398, 2020. Disponível em: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(20\)30284-8/abstract](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(20)30284-8/abstract) Acesso em: 24 abr. 2021.

FREITAS, A. L. P., RODRIGUES, S. G. A. Avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 12, 2005, 07-09 nov, Bauru-SP. Anais. Bauru-SP: UNESP, 2005. Disponível em: <https://www.simpep.feb.unesp.br>. Acesso em: 09 jun. 2021.

FRIZON, Gloriana; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho; MARTINS, Josiane de Jesus. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre*, v. 32, n. 1, p. 72-78, mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FBVtz9h8SyZqfhLVYYw6PRQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2021.

FUNED. Fundação Ezequiel Dias (org.). Peste. 2018. Disponível em: <http://www.funed.mg.gov.br/peste/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

GARCIA, Carlos; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; SILVA, Raimunda Magalhães da. Buscas na internet sobre medidas de enfrentamento à COVID-19 no Brasil: descrição de pesquisas realizadas nos primeiros 100 dias de 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [S.L.], v. 29, n. 3, p. 1-6, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n3/e2020191/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

GARDONA, Rodrigo Galvão Bueno; BARBOSA, Dulce Aparecida. The importance of clinical practice supported by health assessment tools. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 71, n. 4, p. 1815-1816, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wJNmGt9cQmmgPjrWfJFTmGQ/?stop=previous&lang=en&format=html> Acesso em: 10 jun. 2021.

GIANNINI, Alberto. When the Letter “F” Meets the Letter “D”. *Critical Care Medicine*, [s.l.], v. 45, n. 10, p.1785-1786, out. 2017. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjournal/FullText/2017/10000/When_the_Letter_F_Meets_the_Letter_D_.30.aspx Acesso em: 10 jun. 2021.

GIBAUT, Mariana de Almeida Moraes; HORI, Luisa Mayumi Rocha; FREITAS, Katia Santana; MUSSI, Fernanda Carneiro. Comfort of the patient's family in an Intensive Care Unit related to welcoming. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [S.L.], v. 47, n. 5, p. 1114-1121, out. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9Gb9DtfLQ9YprVgbTmxBcvN/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 20 abr.2020.

GOLDFARB, Michael; BIBAS, Lior; BURNS, Karen. Family Engagement in the Cardiovascular Intensive Care Unit in the COVID-19 Era. *Canadian Journal Of Cardiology*, [S.L.], v. 36, n. 8, p. 1327-1327, ago. 2020. Disponível em: [https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(20\)30506-7/abstract](https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(20)30506-7/abstract) Acesso em: 24 abr. 2021.

GRENVIK, Ake; PINSKY, Michael R.. Evolution of the Intensive Care Unit as a Clinical Center and Critical Care Medicine as a Discipline. *Critical Care Clinics*, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 239-250, jan. 2009. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749070408000766> Acesso em: 24 abr. 2021.

GUIMARÃES, Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos; PENA, Silvana Barbosa; LOPES, Juliana de Lima; LOPES, Camila Takao; BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Experts for Validation Studies in Nursing: new proposal and selection criteria. *International Journal Of Nursing Knowledge*, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 130-135, 2015. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12089> Acesso em: 24 abr. 2021.

HEIDEMANN, Leonardo Albuquerque; OLIVEIRA, Ângelo Mozart Medeiros de; VEIT, Eliane Ângela. Ferramentas online no ensino de ciências: uma proposta com o Google Docs. *Física na Escola*, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 30-33, out. 2010. Disponível em:

<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/116446> . Acesso em: 21 set. 2021.

HULLEY, Stephen B. et al. *Delineando a Pesquisa Clínica*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. Tradução: Ducan, MS.

IBPS - INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. (São Paulo) (org.). *Paciente com COVID-19 – Pode ou não pode acompanhante?* 2020. Disponível em:

<https://segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/humanizacao-do-atendimento-em-tempos-de-covid-19/> . Acesso em: 08 set. 2021.

JACOB, Shevin T.; CROZIER, Ian; FISCHER, William A.; HEWLETT, Angela; KRAFT, Colleen S.; LAVEGA, Marc-Antoine de; SOKA, Moses J.; WAHL, Victoria; GRIFFITHS, Anthony; BOLLINGER, Laura. Ebola virus disease. *Nature Reviews Disease Primers*, [S.L.], v. 6, n. 1, 20 fev. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-020-0147-3>. Acesso em: 24 abr.2021.

KENNEDY, Niki R.; STEINBERG, Alexis; ARNOLD, Robert M.; DOSHI, Ankur A.; WHITE, Douglas B.; DELAIR, Will; NIGRA, Karen; ELMER, Jonathan. Perspectives on Telephone and Video Communication in the Intensive Care Unit during COVID-19. *Annals Of The American Thoracic Society*, [S.L.], v. 18, n. 5, p. 838-847, maio 2021. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1513/AnnalsATS.202006-729OC> Acesso em: 6 jul. 2021.

KHALEGHPARAST, Shiva; JOOLAEI, Soodabeh; MALEKI, Majid; PEYROVI, Hamid; GHANBARI, Behrooz; BAHRANI, Naser. A Review of Visiting Policies in Intensive Care Units. *Glob J Health Sci*. 2015 Nov 17;8(6):267-76. doi: 10.5539/gjhs.v8n6p267. PMID: 26755480; PMCID: PMC4954899. Acesso em: 20 abr. 2021

KHALEGHPARAST, Shiva; JOOLAEI, Soodabeh; MALEKI, Majid; PEYROVI, Hamid; GHANBARI, Behrooz; BAHRANI, Naser. New visiting policy: a step toward nursing ethics. *Nursing Ethics*, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 293-306, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733017703701>. Acesso em: 20 abr. 2021.

KOZUB, Elizabeth; SCHELER, Stephanie; NECOECHEA, Gloria; OHBYRNE, Noeleen. Improving Nurse Satisfaction With Open Visitation in an Adult Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, [s.l.], v. 40, n. 2, p.144-154, 2017. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/cnq/2017/00000040/00000002/art00008> Acesso em: 20 abr. 2021.

LEITE, Sarah de Sá; ÁFIO, Aline Cruz Esmeraldo; CARVALHO, Luciana Vieira de; SILVA, Jacqueline Mota da; ALMEIDA, Paulo César de; PAGLIUCA, Lorita Marlina Freitag. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 71, n. 4, p. 1635-1641, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xs83trTCYB6bZvpccTgfK3w/?lang=en> Acesso em: 08 set. 2021.

LEPAN, Nicholas. Visualizing the History of Pandemics. v.31, 2020. Disponível em: http://www.shawnmomalley.com/uploads/2/3/7/9/23795323/infographic_the_history_of_pandemics_by_death_toll.pdf . Acesso em: 08 jun. 2021.

LIMA, D. V. M. Designs de pesquisa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 10, n. 2, p. 1-22, 2011. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3648/html_1 . Acesso em: 20 Abr. 2021.

LINS, Manuela Ramos Caldas. Professor Luiz Pasquali: Vida e Obra. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, p. 175-181, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/DtZbGLJPcSf6tDDJQh9bxPz/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 08 jun. 2021.

MARIN-CORRAL, Judith; GARCIA-SANZ, Ángela; MASCLANS, Joan Ramon. Humanizing ICU Coronavirus Disease 2019 Care. *Chest*, [S.L.], v. 159, n. 2, p. 489-491, 2021. Disponível em: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(20\)34917-5/abstract](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(20)34917-5/abstract) Acesso em: 06 jul. 2021.

MATO GROSSO DO SUL. Divisão de Enfermagem - Dien. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (org.). *Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem*. Mato Grosso do Sul: Humap, 2016. 1 p.

MATTOS, Biblioteca Professor Paulo de Carvalho (org.). Tipos de revisão de literatura. São Paulo: Faculdade de Ciências Agrônomicas Unesp - Campus de Botucatu, 2015. 9 p. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

MEDEIROS, Rosana; MARCOS JÚNIOR; PINTO, Diana; VITOR, Allyne; SANTOS, Viviane; BARICHELLO, Elizabeth. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. *Revista de Enfermagem Referência*, [S.L.], v. , n. 4, p. 127-135, 5 mar. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/riv14009> Acesso em: 25 mar. 2020.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt&format=html> Acesso em: 25 mar. 2020.

MENDIOLA, Brittany et al. Facilitating Virtual Visitation in Critical Care Units During a Pandemic. *Holistic Nursing Practice*, v. 35, n. 2, p. 60-64, 2021. Disponível em: https://journals.lww.com/hnpjournal/Fulltext/2021/03000/Facilitating_Virtual_Visitation_in_Critical_Care.3.aspx?context=LatestArticles Acesso em: 15 set. 2021.

MERHY Emerson E, CHAKKOUR Maurício, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial; 2002.

MINAS GERAIS. Assessoria de Comunicação Social. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (org.). Você sabe o que é síndrome respiratória aguda grave? 2021a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/75-o-que-e-sindrome-respiratoria-aguda-grave>. Acesso em: 17 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Maria Thereza Coelho Papatela Jabour. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (org.). Diretrizes Assistenciais para Enfrentamento da COVID-19. 9. ed. Belo Horizonte: Fhemig, 2021b. 24 p. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/>. Acesso em: 22 set. 2021.

MOHER David et al. Preferred reporting items for ; systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PloS Med. 2009; 6(7):e 1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097. Acesso em: 6 jul. 2021.

MOTA, Gizele Pereira. Judicialização do acesso a leitos de uti no distrito federal: Dimensões clínica, ética e legal. 2017. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/25230>. Acesso em: 16 out. 2019.

NEGRO, Alessandra; MUCCI, Milena; BECCARIA, Paolo; BORGHI, Giovanni; CAPOCASA, Tania; CARDINALI, Matteo; PASCULLI, Nicola; RANZANI, Roberta; VILLA, Giulia; ZANGRILLO, Alberto. Introducing the Video call to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during COVID-19 pandemia. Intensive And Critical Care Nursing, [S.L.], v. 60, p. 102893-2, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7247985/>. Acesso em: 16 abr. 2021.

NING, Jing; SLATYER, Susan. When ‘open visitation in intensive care units’ meets the Covid-19 pandemic. Intensive And Critical Care Nursing, [S.L.], v. 62, p. 102969. 2021. Disponível em: <https://researchrepository.murdoch.edu.au/id/eprint/58977/>. Acesso em: 16 abr. 2021.

OLIVEIRA, Adriana Cristina de; LUCAS, Thabata Coaglio; IQUIAPAZA, Robert Aldo. What has the covid-19 pandemic taught us about adopting preventive measures?. Texto & contexto-enfermagem, v. 29, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cgMnvhg95jVqV5QnnzfZwSQ/abstract/?lang=en>. Acesso em: 16 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Com 5 milhões de mortes pela Covid-19, chefe da ONU pede equidade de vacinas. 2021. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2021/11/1768782>. Acesso em: 15 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Doença causada pelo coronavírus (COVID-19): Relatórios de Situação da OMS. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/coronavirus/doenca-causada-pelo-novo-coronavirus-covid-19>. Acesso em: 20 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. HIV/aids. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hivaids>. Acesso em: 19 dez. 2021.

PAGE, Matthew J. et al. Relatando a revisão. In: Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions . Wiley-Blackwell, 2019. p. 1-16. Disponível em: <https://research.monash.edu/en/publications/reporting-the-review> Acesso em: 19 dez. 2021.

PASQUALI, Luiz. Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento. Organização Luiz Pasquali. Brasília: UnB: INEP, 1996.

PASQUALI, Luiz. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev. psiquiatr. clín., v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Disponível em: <http://ppget.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

PASQUALI, Luiz. Psicometria: teorias dos testes na psicologia e na educação. 5ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PISCITELLO, Gina M.; FUKUSHIMA, Corinna M.; SAULITIS, Anna K.; TIAN, Katherine T.; HWANG, Jennifer; GUPTA, Shreya; SHELDON, Mark. Family Meetings in the Intensive Care Unit During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. American Journal Of Hospice And Palliative Medicine®, [S.L.], v. 38, n. 3, p. 305-312, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049909120973431> Acesso em: 15 set. 2021.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 670 p.

PORTAL HOSPITAIS BRASIL (ed.). Banho de sol revigora pacientes de UTI no Hospital de Campanha Lagoa-Barra. 2020. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/banho-de-sol-revigora-pacientes-de-uti-no-hospital-de-campanha-lagoa-barra/> Acesso em: 07 jun. 2021.

ROCHA, Patrícia Kuerten; PRADO, Marta Lenise do; CABRAL, Patrícia Fernanda de Almeida; SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; ANDERS, Jane Cristina. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. Index de Enfermería, [s.l.], v. 22, n. 3, p.156-160, 2013. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200009 Acesso em: 20 abr. 2021.

ROSA, Regis Goulart; SILVA, Daiana Barbosa da; TEIXEIRA, Cassiano. Projeto UTI Visitas: Implementação e avaliação da visita familiar ampliada em UTIs brasileiras. Top Cidadania: Associação Brasileira de Recursos Humanos, Porto Alegre, p.1-31. 2017. Disponível em: https://www.abrhrs.org.br/sites/default/files/artigos/case_hospital_moinhos_de_vento.pdf . Acesso em: 22 out. 2019.

ROSA, Regis. Projeto UTI Visitas. Disponível em: <http://www.utivisitas.com.br/> . Acesso em: 17 set. 2020.

ROSE, Louise; COOK, Amelia; CASEY, Joseph; MEYER, Joel. Restricted family visiting in intensive care during COVID-19. Intensive And Critical Care Nursing, [S.L.], v. 60, p. 102896, 2020. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/32601012> Acesso em: 20 ago. 2021.

SALES, Camila Balsero et al. Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 71, p. 126-134, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cc7m9JRGcVMPS9wpKshkVZz/?lang=en&format=html> Acesso em: 09 jul. 2021.

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. 2018. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/10339-instituto-de-cardiologia-de-santa-catarina> . Acesso em: 27 out. 2019.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 15, p. 508-511, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=en&format=pdf> Acesso em: 07 abr. 2020.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Medicina Intensiva*. 2009. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1183> . Acesso em: 16 out. 2019.

SÃO PAULO. INSTITUTO BUTANTAN. (org.). Entenda o que é uma pandemia e as diferenças entre surto, epidemia e endemia. 2021. Disponível em: <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/entenda-o-que-e-uma-pandemia-e-as-diferencas-entre-surto-epidemia-e-endemia>. Acesso em: 17 nov. 2021.

SILVA, Andrey Tavares da; MORAIS, Allan Richards de Melo Nunes; NASCIMENTO, Fernanda Coelho de Figueiredo Soares; RAMOS, Júlio Cezar Costa; NASCIMENTO, Tiago Gama do; DUARTE, Francisco Ricardo. Reflexões Éticas Suscitadas pelos Avanços Tecnológicos. *Id on Line Rev.Mult. Psic.*, 2019, vol.13, n.43, p. 1072-1080. ISSN: 1981-1179. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1579> Acesso em: 09 jun. 2021.

SIQUEIRA, Arminda Lúcia; TIBÚRCIO, Jacqueline Domingues. Estatística na área de saúde: conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional. In: *Estatística na área de saúde: conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional*. p. 520-520, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-601649> Acesso em: 09 jun. 2021.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. The principle of autonomy in Brazil: one needs to discuss it. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, [S.L.], v. 41, n. 5, p. 374-377, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/vtLjkcHyJvtMS8Fzrxv748w/abstract/?lang=en> Acesso em: 15 mar. 2021.

VALLEY, Thomas S.; SCHUTZ, Amanda; NAGLE, Max T.; MILES, Lewis J.; LIPMAN, Kyra; KETCHAM, Scott W.; KENT, Madison; HIBBARD, Clarice E.; HARLAN, Emily A.; HAUSCHILDT, Katrina. Changes to Visitation Policies and Communication Practices in Michigan ICUs during the COVID-19 Pandemic. *Am J Respir Crit Care Med.*, Nova York, v. 202, n. 6, p. 883-885, 2020. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.202005-1706LE> . Acesso em: 15 mar. 2021.

VIANA, Vivian Oliveira; PIRES, Patrícia da Silva. VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. *Revista de Enfermagem e*

Atenção À Saúde, Vitória da Conquista, v. 2, n. 3, p. 64-75, dez. 2014. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1021> Acesso em: 05 jul. 2021.

WAKAM, Glenn K.; MONTGOMERY, John R.; BIESTERVELD, Ben E.; BROWN, Craig S.. Not Dying Alone — Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. *New England Journal Of Medicine*, [S.L.], v. 382, n. 24, p. 1-2, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2007781> Acesso em: 15 mar. 2021.

WENDEL PK, STACK RJ, CHISHOLM MF, KELLY MJ, ELOGOODIN B, LIGUORI GA, GREEN DST, KALSI MS, SOFFIN EM. Development of a Communications Program to Support Care of Critically Ill Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients;7(5):673-676. 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2374373520956865> Acesso em: 08 ago. 2021.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x> Acesso: 10 mai. 2021.

WYND, Christine A.; SCHMIDT, Bruce; SCHAEFER, Michelle Atkins. Two quantitative approaches for estimating content validity. *Western journal of nursing research*, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945903252998> Acesso: 10 mai. 2021.

XIV EVINCI - Evento de Iniciação Científica, 2019, Curitiba. Atualização e validação dos procedimentos operacionais padrão de uma Unidade de Terapia Intensiva. Curitiba: Unibrasil, 2019. 330 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A -Protocolo referente a Revisão Integrativa de Literatura

PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA

I. RECURSOS HUMANOS:

Pesquisador responsável: Húndra Prestes de Godoi

Orientador: Prof.^a Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello.

II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES

- Elaboração protocolo: 1
- Avaliação do protocolo: 1, 2
- Coleta de dados: 1
- Seleção dos estudos: 1
- Checagem dos dados coletados: 1
- Avaliação crítica dos estudos: 1
- Síntese dos dados: 1
- Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1 e 2
- Apreciação final, avaliação e sugestões: 1 e 2
- Revisão final a partir de sugestões do orientador: 1
- Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1 e 2

* Os números relacionam-se ao nome dos pesquisadores apresentados no item I.

III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO

Bibliotecária: Adriana Stefani Cattivelli

IV. PERGUNTA

Estruturação a partir da utilização do acrônimo PICO, onde:

(P) População: Profissionais da saúde;

(I) Intervenção: Tecnologias;

(C) Comparação: Familiares de pacientes com COVID-19 internados em UTI;

(O) Desfecho (*outcomes*): Aproximação dos familiares de pacientes com COVID-19 por meio da tecnologia.

Resultando na seguinte pergunta de pesquisa: Quais tecnologias têm sido utilizadas pelos profissionais da saúde para aproximar familiares de pacientes com COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva?

V. OBJETIVO

Identificar as tecnologias utilizadas pelos profissionais da saúde, para aproximar familiares

de seus entes queridos acometidos pela COVID-19 que se encontram internados em Unidade de Terapia Intensiva.

VI. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da literatura que seguirá o caminho metodológico proposto por Whitemore e Knalf (2005):

- 1) Identificação do problema e elaboração da pergunta norteadora;
- 2) Busca na literatura de acordo com os critérios de inclusão para responder a questão de pesquisa;
- 3) Coleta e avaliação dos estudos;
- 4) Análise dos resultados;
- 5) Apresentação da síntese do trabalho.

A Revisão Integrativa seguirá as recomendações da diretriz *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) para a sua construção (MOHER; LIBERATI; TERZLAFF; ALTMAN, 2009).

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Artigos completos e disponíveis gratuitamente na *internet*;
- Relatos de experiência e reflexão;
- Pesquisas qualitativas e/ou quantitativas;
- Publicações nos idiomas português, inglês ou espanhol;
- No período temporal de janeiro de 2009 a março de 2021.

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Artigos com opinião, comentários, editoriais, cartas, ensaios, resenhas, resumos em anais de eventos ou periódicos;
- Resumos expandidos;
- Documentos oficiais de programas nacionais e internacionais;
- Publicações de trabalhos duplicados e ou sem aderência ao tema.

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)

- **Plataformas de buscas:**
 - a) PubMed (*National Library of Medicine*);
 - b) Biblioteca Virtual em Saúde (BVS);

c) Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

● **Bases de Dados Eletrônicas:**

a) *Medical Literature Analysis and Retrieval System onLine* (MEDLINE)

b) Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde (LILACS)

c) *Scientific Electronic Library Online* (SciELO)

d) SCOPUS

f) *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL)

g) EMBASE

● **Descritores e Palavras-Chave:**

"Unidades de terapia intensiva"	"Visitas a pacientes"	"Cuidados de Enfermagem"	"Pandemias"
"Unidade de terapia intensiva"	"Visita a paciente"	"Enfermagem"	"Pandemia"
"UTI"	"Visitantes de Pacientes"	"enfermeir*"	"Covid-19"
"CTI"	"Visitantes do Paciente"	"Atención de Enfermería"	"SARS2"
"Centro de Terapia Intensiva"	"Visitante de Pacientes"	"enfermería"	"COVID-19"[Supplementary Concept]
"Centros de Terapia Intensiva"	"Visitante de los pacientes"	"enfermer*"	"COVID-19"
"terapia intensiva"	"Visitantes al Paciente"	"Nursing Care"[Mesh]	"COVID19"
"centro intensivo"	"Visitors to Patients"[Mesh]	"Nursing Care"	"COVID-2019"
"centros intensivos"	"Visitors to Patients"	"Nursing Cares"	"COVID 2019"
"cuidados intensivos"	"Patient Visitors"	"Nursing Care Management"	"SARS-CoV-2"
"cuidado intensivo"	"Patient's Visitors"	"nursing interventions"	"SARS COV 2"
"Cuidados Críticos"	"Patients Visitors"	"Nursing"[Mesh]	"2019-nCoV"
"Cuidado Crítico"	"Patients' Visitor"	"Nursing"	"2019ncov"
"Unidades de Cuidados Intensivos"	"Patients' Visitors"	"Nurses"[Mesh]	"coronavirus disease-19"
"Unidade de Cuidados Intensivos"	"Visitors to Patient"	"Nurse"	"severe acute respiratory syndrome coronavirus 2"[Supplementary Concept]
"Intensive Care Units"[Mesh]			"severe acute respiratory syndrome coronavirus 2"
"Intensive Care Units"			"Wuhan coronavirus"
"Intensive care"			"coronavirus 2019"
"ICU"			"coronavirus disease 2019"
"intensive care unit"			"nCoV 2019"
"Intensive cares"			"Pandemics"[Mesh]
			"Pandemics"
			"Pandemic"

X. COLETA DOS DADOS

a) Processo de seleção preliminar:

1. Realizar combinação dos descritores em saúde com as palavras-chave relacionadas por meio de cruzamentos com os operadores *booleanos AND* e *OR* de acordo com cada base de

dados;

2. Encaminhar as obras identificadas para um software gerenciador de referências bibliográficas *EndNote™ (Clarivate Analytics)* a fim de apontar materiais repetidos e excluí-los. Posterior leitura de títulos será realizada com a mesma finalidade;

3. Triar os materiais, com leitura de títulos e resumos, para seleção e exclusão conforme critérios de elegibilidade. Nos casos em que o resumo estiver indisponível para a leitura, os artigos poderão ser incluídos na etapa seguinte se os títulos dos mesmos forem sugestivos de inclusão na pesquisa;

b) Processo de seleção final:

4. Confirmar a inclusão do artigo, a partir dos critérios de elegibilidade;

5. Sistematizar os dados obtidos adotando as recomendações do PRISMA.

XI. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

1. Extração e gerenciamento dos dados:

1.1. Uso de ficha clínica padronizada elaborada no *Microsoft Excel* versão 2019 para extração dos dados;

1.2. Compilação das publicações selecionadas em tabela.

XII. INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES

- Autores;
- Ano;
- País;
- Objetivo;
- Método;
- Resultados

XIII. DIVULGAÇÃO

O manuscrito será encaminhado para publicação em periódico científico.

XV. REFERÊNCIAS

EndNote. Clarivate Analytics. Disponível em: <https://access.clarivate.com/login?app=endnote>.

MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG; PRISMA Group. Preferred

reporting items for ; systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PloS Med.** 2009;6(7):e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs**, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso: 10 de maio. de 2021.

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

APÊNDICE B - Carta Convite

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM – MODALIDADE PROFISSIONAL

CARTA CONVITE

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada: **“Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: construção e validação de um procedimento operacional padrão”** que faz parte de uma Dissertação de Mestrado e está sendo desenvolvida pela Enfermeira Húndra Prestes de Godoi, atualmente Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação da Professora Doutora Kátia Cilene Godinho Bertencello.

Trata-se de uma pesquisa metodológica para construção e validação de um instrumento para o enfermeiro prestar uma assistência de qualidade a pacientes adultos internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana em tempos de pandemia e restrição de visitas familiares presenciais.

Esta pesquisa tem como **objetivo geral**: Validar o conteúdo do procedimento operacional padrão de recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual da família ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. E como **objetivos específicos**:

1. Realizar uma revisão integrativa acerca das tecnologias utilizadas pelo enfermeiro para realizar a visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva em tempos de pandemia;

2. Construir um procedimento operacional padrão de recomendações para o enfermeiro realizar a visita virtual familiar ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.

O/A senhor (a) foi selecionado (a) como especialista para participar da nossa pesquisa como um juiz (a) na validação de conteúdo do instrumento, realizando avaliação do instrumento já citado. Solicitamos sua valiosa contribuição na validação de conteúdo, com vistas na melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao paciente crítico durante a internação na UTI, o que contribuirá para a segurança do paciente, bem como satisfação do mesmo e de sua família.

Caso concorde em participar da pesquisa, ao acessar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo) assinale sua opção eletronicamente ou digitalizado e encaminhado de volta.

Atenciosamente,

Florianópolis, __ de _____ de 2021.

Mestranda Húndra Prestes de Godoi
Pesquisadora Responsável
E-mail: hundrapg@gmail.com

Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello
Pesquisadora Principal
E-mail: kbertoncello@yahoo.com.br

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento é chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos: O presente estudo é um projeto de dissertação de mestrado em Gestão do Cuidado em Enfermagem modalidade Mestrado Profissional, pela Universidade Federal de Santa Catarina, tendo como pesquisadora, à mestranda Húndra Prestes de Godoi, orientada pela professora Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncetto (Universidade Federal de Santa Catarina).

O estudo tem por objetivo validar o conteúdo do procedimento operacional padrão de recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual da família ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.

Procedimentos: Participando do estudo você está sendo convidado a: avaliar o conteúdo do procedimento operacional padrão inserido no *Google Drive*, no formato de formulário quanto à: concordância, coerência, objetividade, pertinência e conteúdo. Portanto, para cada uma destas características citadas deverá apontar como concordo; concordo parcialmente; discordo e discordo parcialmente.

Este Termo será enviado via correio eletrônico, devidamente assinado pelos pesquisadores. Pedimos que nos devolva o termo com sua assinatura, também via correio eletrônico.

Desconfortos e riscos: Esta pesquisa não acarreta riscos aos participantes. Caso você sentir qualquer desconforto, relacionado ao fato de estar avaliando a proposta criada pela pesquisadora, você poderá desistir de participar desse estudo a qualquer momento, bastando para isso parar a validação via *online* solicitada.

Benefícios: Você contribuirá para melhorar a qualidade e operacionalização da assistência de enfermagem, pois os procedimentos operacionais padrão proporcionam eficiência na assistência à saúde, aperfeiçoam o processo de trabalho e indicam cuidados eficazes e de qualidade, uma vez que são baseados em evidências científicas. Esse objeto será validado com base nos conhecimentos dos enfermeiros que participarem do estudo, subsidiados pelas referências bibliográficas conferindo ao protocolo embasamento científico, proporcionando aos profissionais segurança na implementação de cuidados de enfermagem e respaldo no registro realizado diante da assistência prestada.

Acompanhamento e assistência: Caso julgue necessário você terá acompanhamento da pesquisadora responsável após o encerramento ou interrupção da pesquisa. Caso sejam detectadas situações que indiquem a necessidade de uma intervenção, a pesquisadora compromete-se a fazer os encaminhamentos que forem necessários.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Por ser uma pesquisa envolvendo seres humanos, garantimos a confidencialidade das informações. As informações fornecidas somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o identifique seja revelado.

Ressarcimento: Será garantido por parte dos pesquisadores indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Como o estudo será realizado de acordo com seus horários e no local de sua preferência, não haverá necessidade de ressarcimento para custear despesas, porém, será garantido ressarcimento no caso de eventuais gastos decorrentes da pesquisa, dos quais não foram previstos pelos pesquisadores, desde que estes sejam devidamente comprovados.

Procedimentos Éticos: Em todo o processo de estudo serão respeitados os critérios com relação à pesquisa envolvendo seres humanos, a partir da Resolução 466/2012, garantindo respaldo legal de acordo com a lei. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina e foi aprovado sob o número CAAE 29469520.4.0000.0113.

Contato: Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a mestrandia Húndra Prestes de Godoi, através do telefone (48) 99605-8871 e com a Prof. Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello na Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Florianópolis/SC; CEP 88040-400; telefone (48) 3721-8343; e-mail: kbertoncello@yahoo.com.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina no endereço: Rua Adolfo Donato da Silva, SC - Praia Comprida, São José - SC, CEP: 88103-901, Contato: (48) 3271-9001. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado ao Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Consentimento de Participação no Estudo:

Eu, _____, declaro que li e que estou de acordo em participar do estudo proposto por este documento. Fui devidamente informado(a) pela pesquisadora Húndra Prestes de Godoi dos objetivos, dados que serão obtidos, sigilo, desconforto e custos inerentes à pesquisa. Estou ciente ainda que, posso retirar meu consentimento a qualquer momento e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

São José, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do Participante: _____

CPF: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

CPF: _____

APÊNDICE D: Formulário elaborado no *Google forms* para a validação de conteúdo por juízes especialistas.

20/12/2021 23:42

Validação do Procedimento Operacional Padrão: Visita Virtual Familiar em UTI Coronariana

Validação do Procedimento Operacional Padrão: Visita Virtual Familiar em UTI Coronariana

Olá, obrigada por acessar nosso instrumento eletrônico!

Para preenchê-lo você poderá dispendir cerca de 20 minutos.

Desde já, agradecemos a sua colaboração!

*Obrigatório

1. E-mail *

20/12/2021 23:42

Validação do Procedimento Operacional Padrão: Visita Virtual Familiar em UTI Coronariana

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento é chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos: O presente estudo é um projeto de dissertação de mestrado em Gestão do Cuidado em Enfermagem modalidade Mestrado Profissional, pela Universidade Federal de Santa Catarina, tendo como pesquisadora, a mestrande Hândra Prestes de Godoi, orientada pela professora Dra. Kátia Cilene Godinho Bertocello (Universidade Federal de Santa Catarina).

O estudo tem por objetivo validar o conteúdo do procedimento operacional padrão de recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual da família ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.

Procedimentos: Participando do estudo você está sendo convidado a avaliar o conteúdo do procedimento operacional padrão inserido no Google Drive, no formato de formulário quanto à: concordância, coerência, objetividade, pertinência e conteúdo. Portanto, para cada uma destas características citadas deverá apontar como concordo; concordo parcialmente; discordo e discordo parcialmente.

Este Termo será enviado via correio eletrônico, devidamente assinado pelos pesquisadores. Pedimos que nos devolva o termo com sua assinatura, também via correio eletrônico.

Desconfortos e riscos: Esta pesquisa não acarreta riscos aos participantes. Caso você sentir qualquer desconforto, relacionado ao fato de estar avaliando a proposta criada pela pesquisadora, você poderá desistir de participar desse estudo a qualquer momento, bastando para isso parar a validação via online solicitada.

Benefícios: Você contribuirá para melhorar a qualidade e operacionalização da assistência de enfermagem, pois os procedimentos operacionais padrão proporcionam eficiência na assistência à saúde, aperfeiçoam o processo de trabalho e indicam cuidados eficazes e de qualidade, uma vez que são baseados em evidências científicas. Esse objeto será validado com base nos conhecimentos dos enfermeiros que participarem do estudo, subsidiados pelas referências bibliográficas conferindo ao protocolo embasamento científico, proporcionando aos profissionais segurança na implementação de cuidados de enfermagem e respaldo no registro realizado diante de assistência prestada.

Acompanhamento e assistência: Caso julgue necessário você terá acompanhamento da pesquisadora responsável após o encerramento ou interrupção da pesquisa. Caso sejam detectadas situações que indiquem a necessidade de uma intervenção, a pesquisadora compromete-se a fazer os encaminhamentos que forem necessários.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Por ser uma pesquisa envolvendo seres humanos, garantimos a confidencialidade das informações. As informações fornecidas somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o identifique seja revelado.

Resarcimento: Será garantido por parte dos pesquisadores indenização no caso de eventuais danos decorrentes de pesquisa. Como o estudo será realizado de acordo com seus horários e no local de sua preferência, não haverá necessidade de resarcimento para custear despesas, porém, será garantido resarcimento no caso de eventuais gastos decorrentes da pesquisa, dos quais não foram previstos pelos pesquisadores, desde que estes sejam devidamente comprovados.

Procedimentos Éticos: Em todo o processo de estudo serão respeitados

TERMO DE
CONSENTIMENTO
LIVRE E
ESCLARECIDO

<https://docs.google.com/forms/d/1Gv9o4cm5kHdaN9Mz85K-N25Yck380VpR9x0OKHf6wtd/>

2/12

Continuação

os critérios com relação à pesquisa envolvendo seres humanos, a partir da Resolução 466/2012, garantindo respaldo legal de acordo com a lei. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina e foi aprovado sob o número CAAE 29469520.4.0000.0113. Contato: Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a mestrandia Hândra Prestes de Godói, através do telefone (48) 99605-8871 e com a Prof. Dra. Kátia Cilene Godinho Bertonecello na Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Florianópolis/SC, CEP 88040-400; telefone (48) 3721-8343; e-mail: kbertonecello@ufsc.br. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina no endereço: Rua Adolfo Donato da Silva, SC - Praia Comprida, São José - SC, CEP: 88109-901, Contato: (48) 3271-9001. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado ao Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

2. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como forma de firmar minha concordância* *

Marcar apenas uma oval.

- Aceito
 Não aceito

1. IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADOR

3. Idade: *

4. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

- Masculino
 Feminino

5. Área de formação *

6. Função ou cargo na instituição *

7. Titulação *

Marcar apenas uma oval.

- Especialização
 Mestrado
 Doutorado
 Outros

8. Trabalha em instituição *

Marcar apenas uma oval.

- Pública
 Privada
 Filantrópica

Continuação

2.
INSTRUÇÕES
PARA
AVALIAÇÃO
DO POP

O POP está dividido em 3 domínios e 43 itens, leia com atenção cada um e avalie considerando os seguintes critérios:

- Concordância: consiste no ato de concordar com o texto e/ou ação descrita.
- Coerência: consiste em verificar a lógica nos argumentos apresentados.
- Objetividade: atribui à observação da questão em si, passível de entendimento.
- Pertinência: o tema é considerado pertinente à área, na comunidade científica e na prática assistencial.
- Conteúdo: referente a informação contido em cada item. Está em consonância com as evidências científicas, legislações nacionais, estão coerentes com a realidade prática no país. Pode circular no meio científico na área. Está de forma clara e objetiva. Apresenta de forma correta o protocolo de cada etapa do cuidado.

Sua resposta será obtida através da escala Likert, possibilitando até quatro categorias de resposta, sendo:

- (1) Discordo; (2) Discordo parcialmente; (3) Concordo parcialmente; (4) Concordo.

Para as opções 1 e 2, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o quadro.

Ao final de cada domínio, foi fornecido um espaço para dúvidas e sugestões.

Domínio
1:
Objetivo
- 2 itens

1. Orientar os enfermeiros para a realização da visita virtual familiar na UTI Coronariana abordando os pacientes e seus familiares.
2. Realizar visita virtual familiar através de um dispositivo móvel, com a finalidade de manter o vínculo e fornecer apoio emocional ao paciente durante sua internação.

Fundamentação: Orientar os enfermeiros através de um POP garante a padronização de tarefas a ser realizada, promove segurança a prática do enfermeiro, bem como possibilita a correção de não conformidades, contribuindo para diminuir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa (SALES et al., 2018).

A visita virtual familiar é um meio que o enfermeiro pode usufruir para promover apoio emocional ao paciente durante sua internação, aproximar os pacientes de seus familiares, realizar conferência familiar com parentes distantes, reduzir sintomas de ansiedade e risco de delirium, proporcionar segurança aos familiares e reduzir o risco de contágio e contaminação da COVID-19. (CRISPIM, et al., 2020; FREEMAN-SANDERSON; ROSE; BRODSKY, 2020).

9. Avalie o conteúdo do DOMÍNIO 1, quanto a concordância, coerência, objetividade, pertinência e conteúdo. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	(1) Discordo	(2) Discordo parcialmente	(3) Concordo parcialmente	(4) Concordo
Concordância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Objetividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pertinência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conteúdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Espaço destinado para sugestões/observações dos avaliadores

Domínio 2:
Materiais/Equipamentos
necessários para a
realização da visita virtual
familiar - 5 itens

3. Acesso a Internet/rede wireless do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.
4. Dispositivo móvel: Tablet do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.
5. Aplicativo whatsapp business.
6. No sistema de gestão hospitalar em saúde obter o número do telefone celular do familiar que tenha whatsapp.
7. Compressa não estéril e produto de limpeza indicado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) para limpeza do tablet antes do uso; Exemplo: Quaternário de amônia.

Fundamentação: Materiais e equipamentos necessários para realizar uma vídeo chamada na UTI Coronariana.

Continuação

11. Avalie o conteúdo do DOMÍNIO 2, quanto a concordância, coerência, objetividade, pertinência e conteúdo. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	(1) Discordo	(2) Discordo parcialmente	(3) Concordo parcialmente	(4) Concordo
Concordância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Objetividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pertinência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conteúdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Espaço destinado para sugestões/observações dos avaliadores

Domínio 3: Descrição das atividades que competem ao enfermeiro - 36 itens

Itens 8 a 10

8. Avaliar o paciente internado na UTI Coronariana e identificar, a necessidade de uma visita virtual, conforme critérios definidos abaixo (itens 9 e 10):

9. Observar os critérios de inclusão para pacientes COM capacidade verbal efetiva:

Fora da ventilação mecânica;

Hemodinamicamente estáveis;

Lúcidos;

Com início de alteração de humor;

Solicitam a visita da família.

10. Observar os critérios de inclusão para pacientes SEM capacidade verbal efetiva:

Em desmame de ventilação mecânica;

Traqueostomizados;

Com risco de delirium;

Hemodinamicamente estáveis;

Famíliares que solicitam ver o paciente.

Fundamentação: A proximidade do familiar com o paciente reduz as possibilidades do mesmo desenvolver sofrimento emocional, ansiedade, bem como diminui o risco de delirium, aumenta sua segurança, autoestima e conforto emocional (VALLEY, et al., 2020). Uma videochamada pode atenuar os efeitos negativos do isolamento em UTI, provocado pela suspensão temporária da presença física do familiar durante a pandemia do COVID-19. Essa tecnologia virtual vem aproximar os cuidadores/famíliares dos pacientes, através da visualização de imagens e sons, em tempo real, atenuar "os medos" de não ver seu familiar, além de proporcionar melhor entendimento entre paciente e familiar, ao comunicar diariamente o prognóstico médico (NEGRO, et al., 2020).

Continuação

Itens 11 ao 20

11. Orientar aos técnicos administrativos da UTI Coronariana a agendar a visita virtual familiar através do tablet da instituição seguindo os itens 12 ao 20 deste POP;
12. Conferir no Sistema de Gestão em Saúde Hospitalar e/ou Ficha de internação em prontuário físico o número do telefone celular do familiar que tenha whatsapp;
13. Salvar o número do familiar no tablet, colocar a identificação do primeiro nome do paciente, seguido do nome do seu familiar;
14. Enviar através do tablet uma mensagem ao familiar: "Prezado cuidador/familiar, a UTI Coronariana do ICSC informa que, devido a pandemia da COVID-19, as visitas presenciais foram suspensas, mas para aproximar os pacientes de seus familiares, estamos realizando visitas virtuais familiares através do whatsapp. Gostaríamos de saber o melhor horário para entrarmos em contato para o agendamento da visita virtual familiar. Ficamos no aguardo. Atenciosamente, Equipe de saúde da UTI Coronariana";
15. Receber a informação do melhor horário e quem são os familiares que participarão da visita virtual familiar;
16. Agendar dia e horário com os familiares para a realização da visita virtual, após confirmação da disponibilidade do tablet e do paciente;
17. Anotar nome do paciente e do familiar, data e horários da visita virtual, no mural da "Comunicação Efetiva" da UTI Coronariana;
18. Comunicar ao enfermeiro o horário do agendamento da visita virtual familiar, para que o mesmo comunique a informação na passagem de plantão dos enfermeiros e de sua equipe;
19. Enviar mensagem ao familiar orientando o funcionamento da visita virtual: "Prezado cuidador/familiar, a videochamada terá duração de 5 a 10 minutos. Atenção, tomar cuidado com a exibição das suas imagens e seus áudios. Não é permitido que você grave imagens e nem áudio durante esta visita virtual familiar. Evitar falar sobre assuntos desagradáveis. Recomendamos, se possível, adicionar outros familiares à chamada. É permitido mostrar/falar ao paciente sobre seus animais domésticos, plantas, sua casa, entre outros assuntos do interesse do paciente. Atenciosamente, Equipe de saúde UTI Coronariana".
20. Informar ao familiar, em caso de mensagens de dúvidas quanto ao bem estar do paciente, que o whatsapp do dispositivo móvel tablet é um canal de comunicação exclusivo para a visita virtual familiar e que estas dúvidas serão respondidas durante o boletim médico.

Fundamentação: O técnico administrativo é essencial para promover suporte às atividades administrativas desenvolvidas pelo enfermeiro (ANTUNES et al., 2017). A visita virtual familiar agendada permite a organização do enfermeiro, de sua equipe e dos familiares, proporciona melhora da comunicação entre família e equipe, permite que a família entenda melhor a condição de saúde do seu familiar internado e possa participar das decisões da equipe, bem como reduz o sofrimento dos envolvidos e aproxima o paciente de uma voz e imagem familiar, proporcionando conforto para o mesmo (CRISPIM, et al., 2020).

Itens 21 e 22

21. Orientar a equipe técnica de enfermagem a auxiliar a visita virtual familiar;
22. Informar ao técnico de enfermagem responsável pelo paciente sobre a decisão de horário da visita virtual;

Fundamentação: De acordo com a Lei nº 7.498/1986 as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão do enfermeiro (BRASIL, 1986).

Itens 23 ao 36

23. Conferir e organizar o material para a visita virtual familiar (conferência de bateria do tablet, do contato do familiar e do horário da visita no mural da comunicação efetiva);
24. Questionar ao paciente se o mesmo deseja realizar uma videochamada para seus familiares, caso o mesmo concorde orientá-lo quanto às regras e benefícios da mesma;
25. Colocar o paciente em posição semi-fowler (30 a 45 graus) ou Fowler (90 graus) no leito, com auxílio da equipe técnica de enfermagem, e avaliar contra indicações de posicionamento;
26. Realizar a ligação da videochamada utilizando o tablet;
27. Apresentar-se aos familiares, informando: nome, função, nome do setor e do hospital;
28. Aproximar-se do leito do paciente, apresentar o ambiente, explicando os aparelhos e dispositivos hospitalares que estão sendo utilizados;
29. Posicionar o tablet de forma que a câmera mostre principalmente a face do paciente, e adequar o volume do áudio;
30. Avaliar e acordar com o paciente se ele consegue ou se quer segurar o tablet ou se prefere que você o faça, no caso dos pacientes COM capacidade verbal;
31. Deixar o paciente à vontade para conversar, lembrar que a visita virtual familiar será de 5 a 10 minutos no máximo, cuidar para não expor a imagem e som de outros pacientes e/ou profissionais de saúde, no caso dos pacientes COM capacidade verbal;
32. Permanecer se possível a uma distância que permita observar intercorrências e interferir em caso de dúvidas da família (exemplo: paciente recebendo dieta por cateter enteral e não souber responder quando questionado se estava se alimentando), no caso dos pacientes COM capacidade verbal;
33. Responder às dúvidas dos familiares, relativos aos cuidados de enfermagem;
34. Orientar e estimular os familiares a enviar fotos, mensagens de áudio e ou vídeo, que a equipe de enfermagem irá mostrar ao paciente;
35. Relembrar aos familiares que as dúvidas quanto ao quadro clínico, poderão ser solucionadas, durante o boletim médico que está sendo feito por ligação telefônica;
36. Orientar aos familiares e pacientes que não é permitido registrar fotografias, nem mesmo para envio aos familiares

Fundamentação: Os dispositivos móveis são instrumentos tecnológicos, que oferecem oportunidades de comunicação face a face. Aproximam virtualmente o paciente de seus familiares, bem como promovem o entendimento da família sobre o estado de saúde, oferece a visualização do ambiente que ele está internado, e permite o familiar conhecer os profissionais que estão cuidando do mesmo. (FREEMAN-SANDERSON; ROSE; BRODSKY, 2020; KENNEDY, et al., 2021).

Continuação

Itens 37, 38, 39

37. Finalizar visita virtual familiar ao término dos 10 minutos;

38. Comunicar ao paciente e ao familiar que o tempo de visita virtual terminou, e recomendar que eles se despeçam no caso dos pacientes COM capacidade verbal;

39. Solicitar ao técnico administrativo que envie a seguinte mensagem do whatsapp do tablet para o do familiar, para agendar a próxima visita virtual familiar: "Obrigada por atender a videochamada, gostaríamos de agendar sua próxima visita virtual, nos envie quais os dias e horários disponíveis. Ficamos no aguardo. Atenciosamente, Equipe de saúde da UTI Coronariana.";

Fundamentação: O planejamento do tempo de visita familiar virtual permite ao enfermeiro, organizar todas as visitas virtuais dos pacientes internados na UTI Coronariana e selecionados de acordo com os critérios de inclusão. (KENNEDY, et al., 2021). Promove a organização da equipe de saúde e familiares para a cada visita virtual agendada (CRISPIM, et al., 2020).

Item 40

40. Higienizar o tablet (enfermeiro/técnico de enfermagem), com compressa não estéril, úmida com produto de limpeza indicado pelo SCIH do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina;

Fundamentação: A desinfecção do instrumento virtual tablet é fundamental para prevenir a infecção hospitalar cruzada (BRASIL, 2009).

Item 41

41. Guardar o tablet na mesa do técnico administrativo e colocar para carregar;

Fundamentação: Mantém a organização da UTI e evita extravio do dispositivo virtual tablet.

Itens 42 e 43

42. Registrar visita virtual familiar no prontuário do paciente: hora, nome do familiar, parentesco, resumo da visita e intercorrências;

43. Encaminhar as demandas de atendimento de outros profissionais da saúde (serviço social, psicologia e ou medicina).

Fundamentação: O registro é essencial no processo do cuidar, possibilita a comunicação segura entre os profissionais de enfermagem e a equipe de saúde. Torna-se útil para possíveis esclarecimentos em casos de processos éticos e judiciais e na avaliação da qualidade da assistência prestada (COFEN, 2016).

Continuação

13. Avalie o conteúdo do DOMÍNIO 3, quanto a concordância, coerência, objetividade, pertinência e conteúdo. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	(1) Discordo	(2) Discordo parcialmente	(3) Concordo parcialmente	(4) Concordo
Concordância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Objetividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pertinência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conteúdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

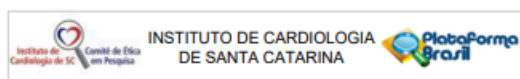
14. Espaço destinado para sugestões/observações dos avaliadores

Agradecimento!!

Agradecemos por suas contribuições na construção deste POP. Obrigada!!!

ANEXO

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIA VIRTUAL COMO ALTERNATIVA DE VISITA FAMILIAR A PACIENTES COM COVID-19 EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO

Pesquisador: HUNDRA PRESTES DE GODDI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 29469520.4.0000.0113

Instituição Proponente: Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.952.463

Apresentação do Projeto:

A construção e validação de um instrumento voltado para organizar uma visita virtual familiar ao paciente internado em uma Unidade de Terapia

Intensiva Coronariana com COVID-19, ajudará o enfermeiro a organizar seu trabalho e atender as necessidades emocionais e de entendimento clínico e de ambiente, tanto aos pacientes como para seus familiares

Objetivo da Pesquisa:

Validar o conteúdo do protocolo operacional padrão de recomendações ao enfermeiro frente à visita virtual da família ao paciente com COVID-19 internado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: pesquisa não acarreta riscos aos participantes, porém é possível que ocorra desconforto e cansaço, causado na resposta do instrumento, que

conterá uma escala de respostas do tipo Likert, com quatro categorias, de respostas, direcionadas a cada item, do instrumento, o qual se procurará minimizar oferecendo, um período final de 10 dias, para devolução.

Benefícios: A proposta, de construir e validar um instrumento, voltado para o enfermeiro atender

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n
Bairro: Praia Comprida **CEP:** 88.103-901
UF: SC **Município:** SAO JOSE
Telefone: (48)3271-9101 **Fax:** (48)3271-9003 **E-mail:** treinamento@icsc@gmail.com

Página 01 de 03



Continuação do Parecer: 4.952.463

pacientes adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva

Coronariana com COVID-19 contribuirá para melhorar a qualidade e operacionalização da assistência de enfermagem, pois os protocolos

proporcionam eficiência na assistência à saúde, aperfeiçoam o processo de trabalho e indicam cuidados eficazes e de qualidade, uma vez que são baseados em evidências científicas. Esse objeto será validado com base nos conhecimentos dos enfermeiros que

participarem do estudo, subsidiados pelas referências bibliográficas conferindo ao protocolo embasamento científico, proporcionando aos profissionais segurança na implementação de cuidados de enfermagem e respaldo no registro realizado diante da assistência prestada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Aprovado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Aprovado

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais e critério do CEP:

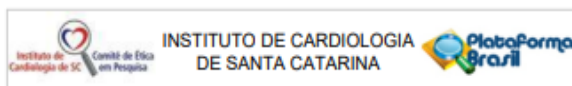
Aprovação

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE INFORMACOES_BASICAS_1762648_E1.pdf	03/09/2021 13:23:22		Aceito
Folha de Rosto	folhadestostassinadahundraicsc.pdf	23/07/2021 10:35:53	HUNDRA PRESTES DE GODDI	Aceito
Outros	Cartadeanuencia.pdf	04/07/2021 06:13:40	HUNDRA PRESTES DE GODDI	Aceito
TITLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TITLE.pdf	04/07/2021 06:12:16	HUNDRA PRESTES DE GODDI	Aceito

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n
Bairro: Praia Comprida **CEP:** 88.103-901
UF: SC **Município:** SAO JOSE
Telefone: (48)3271-9101 **Fax:** (48)3271-9003 **E-mail:** treinamento@icsc@gmail.com

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 4.952.463

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/07/2021 06:11:27	HINDRA PRESTES DE GODOI	Aceito
---	-------------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE, 03 de Setembro de 2021

Assinado por:

ROSANA LIBANO ALVES SANTOS RUZENE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n
 Bairro: Praia Comprida CEP: 88.103-901
 UF: SC Município: SAO JOSE
 Telefone: (48)3271-9101 Fax: (48)3271-0003 E-mail: treinamento@icac@gmail.com