

Conhecimento de equipes de enfermagem quanto às manifestações clínicas e grupo de risco para COVID-19

Knowledge of nursing teams regarding clinical manifestations and risk group for COVID-19

Conocimiento de los equipos de enfermería sobre manifestaciones clínicas y grupos de riesgo para COVID-19

Gabriela Elisa Parra¹ ; Ana Paula Vechi Côrrea¹ ; Sílvia Carla da Silva André Uehara¹ 

¹Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, Brasil; ²Centro Universitário Padre Albino. Catanduva, Brasil

RESUMO

Objetivo: comparar o conhecimento de enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em Unidades de Pronto Atendimento quanto ao reconhecimento de manifestações clínicas e grupos de risco para o desenvolvimento da forma grave da COVID-19. **Método:** estudo descritivo, realizado com 53 profissionais de três unidades de pronto atendimento, com coleta de dados realizada por meio de questionário autorrespondido. Dados analisados por meio de estatística descritiva e inferencial (testes t-student e qui-quadrado). Protocolo de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. **Resultados:** destaca-se uma associação entre a citação de manifestações clínicas como náuseas e vômitos, grupos de risco e a função, enfermeiros ou técnicos de enfermagem ($p < 0,05$) e o nível de formação, ou seja, os enfermeiros relataram com maior frequência a presença desses sintomas que os técnicos de enfermagem. **Conclusão:** os profissionais de enfermagem apresentam conhecimento quanto a sintomatologia e grupos de risco, ainda que haja diferença entre o nível profissional.

Descritores: Serviços Médicos de Emergência; Cuidados de Enfermagem; Pandemias; COVID-19; Sinais e Sintomas.

ABSTRACT

Objective: to compare the knowledge of nurses and nursing technicians working in Emergency Care Units regarding the recognition of clinical manifestations and risk groups for the development of the severe form of COVID-19. **Method:** descriptive study, carried out with 53 professionals from three emergency care units, with data collection carried out through a self-answered questionnaire. Data analyzed using descriptive and inferential statistics (t-student and chi-square tests). Research protocol approved by the institution's Research Ethics Committee. **Results:** an association stands out between the mention of clinical manifestations such as nausea and vomiting, risk groups and the role, nurses or nursing technicians ($p < 0.05$) and the level of training, that is, nurses reported with the presence of these symptoms was more frequent than nursing technicians. **Conclusion:** nursing professionals have knowledge regarding symptoms and risk groups, even if there is a difference between the professional level.

Descriptors: Emergency Medical Services; Nursing care; Pandemics; COVID-19; Signs and Symptoms.

RESUMEN

Objetivo: comparar los conocimientos de enfermeros y técnicos de enfermería que trabajan en Unidades de Atención de Emergencia sobre el reconocimiento de manifestaciones clínicas y grupos de riesgo para el desarrollo de la forma grave de COVID-19. **Método:** estudio descriptivo, realizado con 53 profesionales de tres unidades de atención de emergencia, con recolección de datos realizada a través de un cuestionario auto respondido. Datos analizados mediante estadística descriptiva e inferencial (pruebas t de Student y chi-cuadrado). Protocolo de investigación aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución. **Resultados:** se destaca asociación entre la mención de manifestaciones clínicas como náuseas y vómitos, grupos de riesgo y el rol, enfermeros o técnicos de enfermería ($p < 0,05$) y el nivel de formación, es decir, los enfermeros reportaron la presencia de estos síntomas. fue más frecuente que los técnicos de enfermería. **Conclusión:** los profesionales de enfermería tienen conocimientos sobre síntomas y grupos de riesgo, aunque exista diferencia entre el nivel profesional.

Descriptor: Servicios Médicos de Urgencia; Atención de Enfermería; Pandemias; COVID-19; Signos y Síntomas.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de atendimento de emergência pré-hospitalar, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), representam o primeiro contato com o sistema de saúde para grande parte das pessoas. Os profissionais que prestam atendimento nesses locais devem estar preparados para gerenciar casos graves, envolvendo crianças ou adultos, em situações de emergência médica, cirúrgica e/ou obstétrica¹.

A maior parte das urgências e emergências que chegam até as UPAs, podem ser efetivamente resolvidas²⁻⁶. Ainda, o atendimento rápido e a estabilização do quadro clínico, nos casos considerados graves, procedendo o encaminhamento à unidade hospitalar quando necessário, são prioridade nesses serviços de saúde⁷.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – Brasil (FAPESP) – Processo nº 2020/06325-2.
Autora correspondente: Gabriela Elisa Parral. E-mail: gabrielaelisa1999@gmail.com
Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Mercedes Neto

Apesar da expansão no número de UPAs existentes, grande parte desses estabelecimentos é caracterizada pela precariedade, falta de estrutura física adequada e de serviços de apoio diagnóstico, escassez de materiais e quadro de pessoal despreparado, dificultando o trabalho dos profissionais, além de comprometer a qualidade do serviço prestado⁸⁻¹⁰. Assim, a existência e o pleno funcionamento das UPAs adquirem relevância especialmente em situações ou locais onde há dificuldade física ou financeira de acesso aos serviços de saúde; nessas circunstâncias, os indivíduos buscam assistência apenas quando apresentam doenças ou lesões agudas¹.

Pacientes com suspeita de COVID-19 também são sendo orientados a se dirigir até às UPAs para receber atendimento em casos de manifestações clínicas mais leves ou após atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS); em casos mais graves, busca-se realizar o encaminhamento dos mesmos para os hospitais, sendo avaliado cada caso para definição de tratamento em isolamento domiciliar ou hospitalar¹¹. Também são ofertadas orientações em relação à prevenção da COVID-19, que incluem medidas que impeçam a transmissão do vírus de pessoa a pessoa^{11,12}.

Porém, ainda que os serviços de saúde tenham realizados os atendimentos e orientações, a pandemia se postergou, e após dois anos, houve momentos de recrudescimento da doença, especialmente diante de novas variantes, bem como uma redução de casos e óbitos frente à ampla vacinação. Entretanto, os casos confirmados ainda continuam, para isso recomenda-se que os pacientes diagnosticados recebam cuidados de saúde para o alívio da sintomatologia, cujas características se assemelham àquelas identificadas nos casos de gripe comum ocasionada pelo vírus influenza¹¹.

A literatura mostra que as manifestações clínicas da doença são variadas, especialmente, após a confirmação de diversas variantes, e podem incluir febre, tosse, fadiga, mialgia, pneumonia, dor de cabeça, anorexia, diarreia, hemoptise e dispneia¹¹. Além disso, os pacientes podem ainda desenvolver uma série de complicações, como síndrome do desconforto respiratório agudo, lesão cardíaca aguda, lesão renal aguda, infecção secundária e choque^{12,13}.

Ainda, em relação aos estudos previamente publicados, foram identificadas como principais manifestações clínicas dos pacientes com diagnóstico positivo de COVID-19: dor nas articulações; perda de apetite, olfato e paladar; dor de garganta; congestão nasal. Os estudos evidenciaram que tais manifestações podem variar se o paciente com diagnóstico positivo já apresentar alguma doença crônica, como em casos de paciente com asma, situações em que foram relatados fadiga, dor de cabeça, falta de ar, produção de escarro, dor no peito, calafrios e diarreia^{14,15}.

Diante do exposto, compreende-se que o reconhecimento da sintomatologia dos casos de COVID-19 é essencial para intervenções rápidas e efetivas, sendo que ainda caracteriza uma lacuna na literatura, a percepção dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem sobre a presença das manifestações clínicas e grupos de risco para a doença. Portanto, considerando-se a importância da atuação da equipe de enfermagem durante surtos e epidemias em todos os níveis de assistência, especialmente naqueles que constituem um dos principais pontos de acesso dos usuários ao sistema de saúde.

Assim, este estudo teve como objetivo comparar o conhecimento de enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em Unidades de Pronto Atendimento quanto ao reconhecimento das manifestações clínicas e de grupos de risco para a COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e analítico, realizado em três UPAs do município de São Carlos, São Paulo.

A população foi composta pelas equipes de enfermagem das unidades. Para a participação, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: profissional de enfermagem que estava trabalhando na instituição durante a pandemia de COVID-19 por, pelo menos, três meses. Como critérios de exclusão: profissionais que estavam de licença e/ou afastamento durante a pandemia; que, no momento da coleta, estiverem de licenças e/ou férias; e, ainda, aqueles que não se disponibilizarem a realizar a entrevista após três agendamentos.

Os dados foram coletados por meio de um questionário autorrespondido pelos participantes, no período de dezembro de 2021 a março de 2022. O instrumento para a coleta de dados foi construído com base nos protocolos de manejo clínico da COVID-19 do Ministério da Saúde, totalizando oito questões referentes à rotina, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), medidas de prevenção, estrutura física da unidade, cuidados de enfermagem, dificuldades, fragilidades, notificação, além da sintomatologia e grupos de risco para o desenvolvimento da forma grave da COVID-19¹⁶.

Após a construção, o instrumento foi avaliado por três especialistas da área para verificar a pertinência e adequação do instrumento. Para um melhor refinamento dos métodos a serem utilizados neste estudo, foi realizado um pré-teste do questionário, para obter uma percepção mais acurada das intercorrências que pudessem surgir durante o desenvolvimento da pesquisa, possibilitando alterações, se necessário, antes do início da coleta propriamente dita¹⁷.

Para a análise dos dados coletados, os mesmos foram inseridos em um banco de dados construído no Programa Microsoft Excel®. As variáveis foram codificadas pelo pesquisador conforme as alternativas de cada item, para viabilizar a análise estatística. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva dos dados, e, posteriormente, a análise estatística inferencial.

Os dados foram migrados para o Programa SAS 9.2, onde foram realizados testes t-student para comparação de médias e de qui-quadrado para estudo de associação com dados categóricos. Para todas as comparações foi adotado um nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição envolvida¹⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, participaram do estudo 53 profissionais, sendo 48,6% do total da população inicialmente prevista (n=109). No período da coleta de dados, dentre as três UPA's 11 técnicos de enfermagem (13,7%) e 16 enfermeiros não participaram da pesquisa, pois estavam no período de férias; e os demais não aceitaram participar (55,1%).

Entre os 53 participantes, 39 eram técnicos de enfermagem (73,6%) e 14 enfermeiros (26,4%). Ressalta-se, que esse percentual maior de profissionais técnicos já era esperado, decorrente do maior quantitativo destes nas equipes de enfermagem, como previsto na Resolução Cofen Nº 543 de 18 de abril 2017, que define que, para cuidados mínimos e intermediários, a obrigatoriedade é que a equipe seja composta por 33% de enfermeiros e os demais profissionais de nível técnico e/ou auxiliares; para cuidados de alta dependência a obrigatoriedade é que a equipe seja composta por 36% de enfermeiros e o restante de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e que para os cuidados semi-intensivos, a obrigatoriedade é de 42% enfermeiros e o restante técnicos e/ou auxiliares¹⁹.

Os profissionais da enfermagem foram questionados sobre as manifestações clínicas que podem estar presentes em pacientes sintomáticos de COVID-19 (Tabela 1).

TABELA 1: Identificação de manifestações clínicas respiratórias em pacientes de COVID-19, referidos por profissionais de Enfermagem em UPA's do município de São Carlos (n=53). São Carlos, SP, Brasil, 2022.

Variável	Total n (%)	Enfermeiros n (%)	Técnicos de enfermagem n (%)	p-valor*
Dispneia				0,68
Sim	47 (88,7)	12 (85,7)	35 (89,7)	
Não	6 (11,3)	2 (14,3)	4 (10,3)	
Tosse				-
Sim	53 (100,0)	14 (100,0)	39 (100,0)	
Não	-	-	-	
Coriza				0,39
Sim	51 (96,2)	14 (100,0)	37 (94,9)	
Não	2 (3,8)	-	2 (5,1)	
Congestão nasal				0,25
Sim	44 (83)	13 (92,9)	31 (79,5)	
Não	9 (17)	1 (7,1)	8 (20,5)	
Perda de olfato				-
Sim	53 (100,0)	14 (100,0)	39 (100,0)	
Não	-	-	-	
Desconforto respiratório				0,55
Sim	52 (98,1)	14 (100,0)	38 (97,4)	
Não	1 (1,9)	-	1 (2,6)	
Dor de garganta				-
Sim	53 (100,0)	14 (100,0)	39 (100,0)	
Não	-	-	-	

Legenda: *Análise estatística inferencial: teste qui-quadrado com significância de 5%.

Destacaram-se tosse, perda de olfato e dor de garganta, desconforto respiratório, coriza, dispneia e congestão nasal. Ressalta-se que, entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem, as manifestações clínicas respiratórias referidas de maneira mais divergente foram a coriza que foi referida por todos os participantes enfermeiros, enquanto a maioria dos técnicos de enfermagem participantes relataram o desconforto respiratório.

Há, ainda, uma diferença de reconhecimento da congestão nasal que foi citada por 13 (92,9%) enfermeiros, enquanto 31 (79,5%) técnicos de enfermagem reconheceram esse sintoma.

Na literatura, verifica-se que entre as principais manifestações clínicas identificadas nos pacientes de COVID-19 referidas estão: febre, tosse, fadiga, anorexia, dispneia, mialgia, dor de garganta, congestão nasal, cefaleia, diarreia, náuseas, vômitos, perda do olfato (anosmia), perda do paladar (ageusia), e também podem ocorrer manifestações neurológicas (tontura, agitação, fraqueza, convulsões, perda sensorial ou de equilíbrio)^{11,20}.

De acordo com uma revisão sistemática que incluiu 25 estudos, observou-se o destaque da dor torácica (em até 89% dos estudos), dispneia (61%), tosse e produção de escarro (59%)²¹. Os resultados do presente estudo corroboram a revisão citada, uma vez que os profissionais de enfermagem reconheceram as manifestações clínicas respiratórias mais presentes.

Em relação à sintomatologia respiratória, realização de análises de autópsias de pessoas que morreram por COVID-19, evidenciaram o acúmulo de líquido nas paredes alveolares, ainda, outras análises indicaram pequenas manchas que indicam comprometimento pleural e lesões lobares, o que ocasiona os quadros clínicos relatados²².

Além das manifestações clínicas respiratórias, a maioria dos participantes referiu a presença de diarreia; e a maioria dos enfermeiros participantes também citaram a presença de vômitos, náuseas e dor abdominal (Tabela 2).

TABELA 2: Identificação de manifestações clínicas gastrointestinais em pacientes de COVID-19, referidos por profissionais de Enfermagem de UPA's do município de São Carlos (n=53). São Carlos, SP, Brasil, 2022.

Variável	Total n (%)	Enfermeiros n (%)	Técnicos de enfermagem n (%)	Valor p*
Náuseas				0,04
Sim	29 (54,7%)	11 (78,6%)	18 (46,1%)	
Não	24 (45,3%)	3 (21,4%)	21 (53,8%)	
Vômitos				<0,01
Sim	30 (56,6%)	13 (92,9%)	17 (43,6%)	
Não	23 (43,4%)	1 (7,1%)	22 (56,4%)	
Dor abdominal				0,24
Sim	27 (50,9%)	9 (64,3%)	18 (46,1%)	
Não	26 (49,1%)	5 (35,7%)	21 (53,8%)	
Diarreia				0,57
Sim	47 (88,7)	13 (92,9%)	34 (87,2%)	
Não	6 (11,3%)	1 (7,1%)	5 (12,8%)	

Legenda: *Análise estatística inferencial: teste qui-quadrado com significância de 5%.

Destacam-se as associações significativas entre a variável presença de náuseas e a função desempenhada pelos profissionais ($p=0,04$); e entre a variável presença de vômitos e a função desempenhada pelos profissionais ($p<0,01$). Ou seja, dependendo da função que o profissional exerce, as respostas sobre a ausência ou presença do sintoma em pacientes, para vômitos e náuseas, tendem a ser diferentes. Assim, a função que desempenha está associada a uma determinada percepção. Nesse caso, foi observado que os enfermeiros relataram com maior frequência essas manifestações que os técnicos de enfermagem.

Dentre as manifestações clínicas relacionadas ao sistema gastrointestinal em caso positivo para COVID-19, a literatura relata diarreia, vômitos, anorexia e dor/desconforto abdominal. Os quadros de diarreia se manifestaram até dez dias após as manifestações clínicas respiratórias, com duração de um período de quatro a cinco dias, sendo que geralmente estão associados a manifestações moderada ou grave da COVID-19. Já em relação às manifestações clínicas de náuseas e vômitos, ambos estão relacionados com formas mais graves da manifestação da doença. Por fim, a dor abdominal é um sintoma menos presente nos pacientes, sendo evidenciada em pessoas que passaram por assistência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)²³.

Ressalta-se que essas manifestações são decorrentes da ligação viral ao receptor de Enzima Conversora de Angiotensina 2 (ECA2), na qual o vírus é endocitado, reduzindo os níveis de ACE2 e resultando em um desequilíbrio no epitélio intestinal, o que faz com que ocorra aumento de um processo inflamatório nas células intestinais²³.

Além das manifestações clínicas gastrointestinais, uma minoria dos participantes citou a presença de quadros de erupção na pele e urticária (Tabela 3).

TABELA 3: Identificação de manifestações clínicas epiteliais em pacientes de COVID-19 referidos por profissionais de enfermagem de UPA's do município de São Carlos (n=53). São Carlos, SP, Brasil, 2022.

Variável	Total n (%)	Enfermeiros n (%)	Técnicos de enfermagem n (%)	Valor p*
Erupções na pele				0,19
Sim	10 (18,9%)	1 (7,1%)	9 (23,1%)	
Não	43 (81,1%)	13 (92,9%)	30 (76,9%)	
Urticária				0,57
Sim	6 (11,3%)	1 (7,1%)	5 (12,8%)	
Não	47 (88,7%)	13 (92,9%)	34 (87,2%)	

Legenda: *Análise estatística inferencial: teste qui-quadrado com significância de 5%.

A identificação das manifestações clínicas epiteliais entre pessoas com COVID-19 ocorreu pela primeira vez em território italiano, essas manifestações foram relatadas como a presença de erupções cutâneas e eritemas, juntamente com manifestação de urticária e manifestação de vesículas presentes principalmente na região de tronco e nas extremidades corpóreas; já a manifestação das urticárias, são generalizadas e são relatadas com maior frequência²⁴.

Em relação a manifestação dos casos de urticária, as causas são associadas ao fator de os pacientes com COVID-19 apresentarem quadro de degranulação direta de mastócitos ou utilizam grande quantidade de medicamentos para o tratamento da COVID-19²⁴.

Dentre outras manifestações clínicas epiteliais que a literatura refere estão a ocorrência até mesmo necrose; para o tratamento das manifestações iniciais de eritema e erupções cutâneas, são prescritos medicamentos anti-histamínicos, creme esteroides tópico para alívio da urticária e terapia com uso de medicamentos antivirais²⁵.

Em relação à presença de outras manifestações identificadas em pessoas com COVID-19 destacam-se que a maioria dos profissionais referiram febre e cefaleia, prostração e mialgia (Tabela 4).

TABELA 4: Manifestações clínicas em pacientes com COVID-19 referidos por profissionais de enfermagem de UPA's do município de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil, 2022.

Variável	Total n (%)	Enfermeiros n (%)	Técnicos de enfermagem n (%)	Valor p*
Mialgia				0,11
Sim	41 (77,4%)	13 (92,9%)	28 (71,8%)	
Não	12 (22,6%)	1 (7,1%)	11 (28,2%)	
Adinamia				0,23
Sim	23 (43,4%)	8 (57,1%)	15 (38,5%)	
Não	30 (56,6%)	6 (42,9%)	24 (61,5%)	
Febre				-
Sim	53 (100%)	14 (100%)	39 (100%)	
Não	-	-	-	
Cefaleia				0,55
Sim	52 (98,1%)	14 (100%)	38 (97,4%)	
Não	1 (1,9%)	-	1 (2,6%)	
Prostração				0,11
Sim	41 (77,4%)	13 (92,9%)	28 (71,8%)	
Não	12 (22,6%)	1 (7,1%)	11 (28,2%)	
Perda de peso				0,83
Sim	14 (26,4%)	4 (28,6%)	10 (25,6%)	
Não	39 (73,6%)	10 (71,4%)	29 (74,4%)	

Legenda: *Análise estatística inferencial: teste qui-quadrado com significância de 5%.

Um estudo de revisão identificou que entre as patologias associadas a COVID-19, destacam-se os casos de mialgia e disfunção muscular, juntamente com os maiores índices algícos sendo associados pelos pacientes ao sistema musculoesquelético²⁶.

Assim sendo, tendo um paciente sido identificado com quadro a partir das manifestações clínicas, cabe a equipe de enfermagem realizar uma avaliação em relação à etiologia e fatores que podem estar contribuindo para a ocorrência dos mesmos; realizar uma avaliação abrangente da dor, objetivando a identificação da intensidade, local, momento de início, frequência e duração²⁷.

Em relação à febre, destaca-se que se trata de um processo de infecção viral, além da presença de cefaleia, decorrente da tempestade de citocinas que ocorre devido ao aumento de interleucina, com a tempestade de citocinas, ocorrendo uma reação meníngea asséptica; portanto, a cefaleia é resultante da exposição do organismo a citocinas²⁸.

Ainda, destacam-se a prostração e a perda de peso como manifestações clínicas. A primeira surge decorrente da presença das outras manifestações, principalmente a cefaleia, que ocasiona uma indisposição, que pode ser reforçada com o próprio mal-estar do processo infeccioso, presente na manifestação da febre²⁹.

Também, relacionado com a prostração, está a perda de massa muscular, devido a diminuição da atividade do indivíduo, podendo ocasionar a perda de peso de pacientes com COVID-19. Ressalta-se que a perda de peso entre pessoas com COVID-19 também pode estar relacionado à ocorrência de uma reação inflamatória maciça que causa um desequilíbrio metabólico, podendo ser acompanhado da perda de apetite decorrente da perda de paladar e de olfato que ocasiona um desinteresse em relação a ingesta alimentar; em casos graves, quando pacientes hospitalizados, há a imobilização, ou seja, qualquer atividade física é suspensa e ocorre perda muscular dependendo do período de hospitalização³⁰.

Ressalta-se que tais manifestações podem variar de acordo com a variante que o indivíduo está infectado, sendo que em relação à variante Ômicron foram detectados como fadiga, cefaleia, muscular e de garganta, ausência de prejuízo em paladar e olfato, tosse seca e taquicardia. Em relação à variante Delta foram destacadas coriza, cefaleia, febre, espirros, dor de garganta e tosse persistente. Com a variável Gama, apresentam-se mais especificamente as manifestações clínicas gastrointestinais como diarreia e vômitos, juntamente com manifestações mais comuns de tosse, dor de garganta, febre, falta de ar e cansaço; com a variante Alfa, foram identificados comprometimento de olfato e paladar, perda de apetite, tosse e calafrios; e, em relação à variante Beta, foram identificados diarreia e vômitos, febre, dor de garganta, dor no corpo, falta de ar, cansaço e fadiga³¹.

No que se refere à identificação dos grupos de riscos para o desenvolvimento da forma grave da COVID-19, destacam-se que a maioria dos entrevistados afirmaram a presença de doenças pulmonares ou cardíacas crônicas; diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade e condições de imunossupressão, além de referiram que os idosos, crianças menores de 5 anos e gestantes estão propensas ao desenvolvimento da forma grave da doença (Tabela 5).

TABELA 5: Identificação de grupos de risco para COVID-19, por profissionais de Enfermagem em UPAs do município de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil, 2022.

Variável	Total n (%)	Enfermeiros n (%)	Técnicos de enfermagem n(%)	Valor p*
Idosos				0,39
Sim	51 (96,2%)	14 (100%)	37 (94,9%)	
Não	2 (3,8%)	-	2 (5,1%)	
Crianças menores de 5 anos				0,05
Sim	26 (49%)	10 (71,4%)	16 (41%)	
Não	27 (51%)	4 (28,6%)	23 (59%)	
Diabéticos				0,55
Sim	52 (98,1%)	14 (100%)	38 (97,4%)	
Não	1 (1,9%)	-	1 (2,6%)	
Hipertensos				0,55
Sim	52 (98,1%)	14 (100%)	38 (97,4%)	
Não	1 (1,9%)	-	1 (2,6%)	
Gestantes				0,92
Sim	45 (84,9%)	12 (85,7%)	33 (84,6%)	
Não	8 (15,1%)	2 (14,3%)	6 (15,4%)	
Indivíduos com doenças pulmonares ou cardíacas crônicas				-
Sim	53 (100%)	14 (100%)	39 (100%)	
Não	-	-	-	
Condições de imunossupressão				0,55
Sim	52 (98,1%)	14 (100%)	38 (97,4%)	
Não	1 (1,9%)	-	1 (2,6%)	
Indivíduos obesos				0,55
Sim	52 (98,1%)	14 (100%)	38 (97,4%)	
Não	1 (1,9%)	-	1 (2,6%)	

Legenda: *Análise estatística inferencial: teste qui-quadrado com significância de 5%.

Entretanto, não foi identificada associação estatisticamente significativa entre a variável do grupo de risco e a função que os profissionais desempenham.

Pessoas com doenças crônicas (cardíaca, respiratória, renal, hepática e neurológica) e com condições de imunossupressão foram priorizados para receberem as primeiras doses da vacina anti-COVID, uma vez que apresentam risco aumentado para o desenvolvimento da forma grave da COVID-19 e conseqüentemente, maior chance de internação³².

Estudos identificaram que pacientes graves com COVID-19 em jejum apresentavam altos níveis de glicose no sangue, identificando a possibilidade de a doença gerar interferência no processo de metabolismo da glicose. Assim, pessoas com DM, apresentam maior risco de desenvolver a forma grave da COVID-19, decorrente da possibilidade de desregulação metabólica do organismo dos mesmos que já possui o acometimento do metabolismo adequado da glicose prévio³³.

Também, a população idosa também foi incluída no grupo de risco decorrente da apresentação de maiores percentuais de morte, esse fator está relacionado com a imunossenescência, ou seja, o processo de envelhecimento do sistema imunológico, que ocorre com o avançar da idade, tornando o indivíduo mais susceptível a adquirir infecções, devido a resposta imunológica não ser totalmente eficiente e ocorrer a redução da resposta vacinal³⁴.

Limitações do estudo

Ainda que o estudo tenha cumprido o objetivo proposto, ressalta-se que a limitação do estudo está relacionada à adesão dos profissionais de enfermagem na pesquisa; entretanto, não interferiu na potencialidade dos resultados encontrados.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a atuação da equipe de enfermagem na assistência aos pacientes com COVID-19 é essencial, uma vez que atuam desde o acolhimento e classificação de risco, além dos cuidados iniciais. Para tanto, é importante que a equipe seja qualificada, para que a assistência prestada seja efetiva e segura.

Destaca-se a importância de sua atuação na identificação dos casos suspeitos, além de atuar na divulgação das medidas de prevenção, evitando o contágio de demais pacientes. A triagem em muitos serviços pode ser considerada o primeiro contato assistencial entre o paciente e a equipe, sendo a mesma realizada por técnicos de enfermagem. Assim, esses profissionais devem estar capacitados e atualizados a fim de identificar corretamente as manifestações clínicas, reconhecer a dinâmica da doença, juntamente com as variações nas manifestações clínicas e se o indivíduo pertence a um grupo de risco.

A partir deste estudo, reforça-se a importância da capacitação profissional, independente do nível de formação, para que a assistência oferecida aos pacientes que buscam às UPAs, seja de qualidade, integral e efetiva. Assim, deve haver o desenvolvimento contínuo de ações de educação permanente direcionadas para a equipe de enfermagem, sendo importante considerar os desafios e fragilidades encontradas no dia a dia dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Emergency care [site de Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 08]. Available from: https://www.who.int/health-topics/emergency-care#tab=tab_1.
2. Ministério do Planejamento [site de Internet]. UPA – Unidade de Pronto Atendimento; 2020. [cited 2020 Apr 23]. Available from: <http://pac.gov.br/infraestrutura-social-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento>.
3. Ministério da Saúde (Br) [site de Internet]. Projeto vai agilizar o atendimento contra o coronavírus nas UPAs. [cited 2020 Apr 24]. Available from: <https://www.saude.gov.br/noticias/agenciasaude/46667-projeto-vai-agilizar-o-atendimentocontra-o-coronavirus-nas-upas>.
4. Ministério da Saúde (Br). Projeto Lean nas Emergências: redução das superlotações hospitalares. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020c. [cited 2020 Apr 24]. Available from: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-leannas-emergencias>.
5. Ministério da Saúde (Br). UPA 24h – Unidade de Pronto Atendimento. 2020d. [cited 2020 Apr 24]. Available from: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-sangue/693-aco-es-e-programas/40048-upa-24h-unidade-de-pronto-atendimento>.
6. Ministério do Planejamento. UPA – Unidade de Pronto Atendimento; 2020. [cited 2020 Apr 23]. Available from: <http://pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento>.
7. Machado GVC, Oliveira FLP, Barbosa HAL, Giatti L, Bonolo PF. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. Cadernos Saúde Coletiva. 2015 [cited 2020 Apr 15]; 23:416-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500040177>.
8. Gomes HO. Work and health of nurses in emergency care: a case study in a Emergency Unit in the municipality of Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. [cited 2020 Apr 13]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24335>.
9. Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Emergency Care Units (UPA) 24h: the nurses' perception. Texto Contexto Enferm. 2015 [cited 2020 Apr 13]; 24(1):238-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003390011>.
10. O'dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Lopes MGM, Agostinho DF, Alves GF. The process of implementation of emergency care units in Brazil. Rev Saude Publica. 2017 [cited 2020 Apr 23]; 51:125. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000072>.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 2020. [cited 2020 Apr 23]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.
12. Adhikari SP, Meng S, Wu Y, Mao Y, Ye R, Wang Q, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. Infec Dis Poverty. 2020 [cited 2020 Apr 23]; 9(1):29. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00646-x>.
13. Wan S, Xiang Y, Fang W, Zheng Y, Li B, Hu Y, et al. Clinical features and treatment of COVID-19 patients in northeast Chongqing. J Med Virol. 2020 [cited 2020 Apr 24]; 92(7):797-806. DOI: <https://doi.org/10.1002/jmv.25783>.
14. Kardirvelu B, Burcea G, Quint JK, Costelloe CE, Faisal AA. Variation in global COVID-19 symptoms by geography and by chronic disease: A global survey using the COVID-19 Symptom Mapper. Lancet. 2022 [cited 2022 Jul 15]; 45:101317. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101317>.
15. López-Tiro JJ, Contreras-Contreras EA, Cruz-Arellanes NN, Camargo-Pirón MA, Cabrera-Buendía EO, Ramírez-Pérez GI, et al. Asthma and COVID-19. Rev Alergia Mex. 2022 [cited 2022 Jul 15]; 69:15-23. DOI: <https://doi.org/10.29262/ram.v69isup1.1009>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção

- Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. [cited 2023 Oct 06]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf.
17. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
 18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013. [cited 2020 Apr 24]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
 19. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen 543/2017 de 18 de abril de 2017. Dispõe sobre o dimensionamento dos profissionais da enfermagem. [cited 2022 May 12]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html.
 20. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng A, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): a review. *Jama*. 2020 [cited 2022 Jul 16]; 324(8):782-93. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12839>.
 21. Martimbianco ALC, Pacheco RL, Bagattini AM, Riera R. Frequency signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: A systematic review. *Int J Clin Pract*. 2021 [cited 2022 May 12]; 75:e14357. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijcp.14357>.
 22. Mohamadian M, Chiti H, Shoghli A, Biglari S, Parsamanesh, Esmailzadeh A. COVID-19: Virology, biology and novel laboratory diagnosis. *J Gene Med*. 2021 [cited 2022 May 12]; 23(2):e3303. DOI: <https://doi.org/10.1002/jgm.3303>.
 23. Kariyawasam JC, Jayarajah U, Riza R, Abeyasuriya V, Seneviratne SL. Gastrointestinal manifestations in COVID-19. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2021 [cited 2022 May 12]; 115(12):1362-88. DOI: <https://doi.org/10.1093/trstmh/tra042>.
 24. Fernández-lázaro D, Garrosa M. Identification, mechanism, and treatment of skin lesions in COVID-19: a review. *Viruses*. 2021 [cited 2022 May 12]; 13(10):1916. DOI: <https://doi.org/10.3390/v13101916>.
 25. Pagali S, Parikh RS. Severe urticarial rash as the initial symptom of COVID-19 infection. *BMJ Case Rep*. 2021 [cited 2022 May 12]; 14(3):e241793. DOI: <https://doi.org/10.1136/bcr-2021-241793>.
 26. Holanda EP, Figueirêdo TBJC, Alves NBF, Aragão ES, Britto DBLA. Alterações neuromusculares em pacientes com COVID-19. *Fisioterapia Brasil*. 2021 [cited 2022 May 13]; 22(3):469-85. DOI: <https://doi.org/10.33233/fb.v22i3.4708>.
 27. Damasceno DFO. Fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem síndrome da dor crônica em pessoas pós covid 19 [dissertação de mestrado]. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Abro-Brasileira, Redenção, CE, 2022.
 28. Belvis R. Headaches during COVID-19: My clinical case and review of the literature. *Headache*. 2020 [cited 2022 May 15]; 60(7):1422-6. DOI: <https://doi.org/10.1111/head.13841>.
 29. Salomão VR, Baccarin AJR, Okido TY. Most prevalent symptoms associated with headache in COVID-19 patients in the acute phase: a systematic review. *Headache Med*. 2021 [cited 2022 May 15]; 12(2):105-9. DOI: <https://doi.org/10.48208/HeadacheMed.2021.20>.
 30. Anker MS, Landmesser U, Haehling S, Butler J, Coats AJS, Anker SD. Weight loss, malnutrition, and cachexia in COVID-19: facts and numbers. *J Cachexia, Sarcopenia Muscle*. 2021 [cited 2022 Jun 17]; 12(1):9-13. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcsm.12674>.
 31. Orellana-Centeno JE, Guerrero SRN. La variante SARS-CoV-2 ómicron. *Rev ADM*. 2022;79(1):28-31. DOI: <https://dx.doi.org/10.35366/103815>.
 32. Whitaker HJ, Tsang RSM, Byford R, Lusignan S, Amirthalingam G, Bernal JL. Pfizer-BioNTech and Oxford AstraZeneca COVID-19 vaccine effectiveness and immune response amongst individuals in clinical risk groups. *J Infect*. 2022 [cited 2022 Jul 13]; 84(5):675-83. DOI: <https://doi.org/10.1016%2Fj.jinf.2021.12.044>.
 33. Feitoza TMO, Chaves AM, Muniz GTS, Cruz MCC, Junior IFC. Comorbidades E COVID-19. *Rev. Interfaces*. 2020 [cited 2022 Aug 08]; 8(3):711-23. DOI: <https://doi.org/10.16891/800>.
 34. Hammerschmidt KSA, Santana RF. Health of the older adults in times of the COVID-19 pandemic. *Cogitare Enferm*. 2020 [cited 2022 Aug 13]; 25:e72846. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.D01>.

Contribuições dos autores:

Concepção, G.E.P., A.P.V.C. e S.C.S.A.U.; metodologia, G.E.P., A.P.V.C. e S.C.S.A.U.; software, G.E.P.; validação, S.C.S.A.U.; análise formal, S.C.S.A.U.; investigação, G.E.P.; obtenção de recursos, G.E.P. e S.C.S.A.U.; curadoria de dados, G.E.P.; redação – preparação do manuscrito, G.E.P.; redação – revisão e edição, G.E.P., A.P.V.C. e S.C.S.A.U.; visualização, G.E.P., A.P.V.C. e S.C.S.A.U.; supervisão, S.C.S.A.U.; administração do projeto, S.C.S.A.U.; aquisição de financiamento, G.E.P. e S.C.S.A.U. Todas as autoras realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.