



FRANCINE CARPES RAMOS

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES CRÍTICOS ACOMETIDOS
POR COVID-19: relato de experiência**

**FLORIANÓPOLIS
2021**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU*
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ATENÇÃO EM ALTA COMPLEXIDADE DE SAÚDE

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES CRÍTICOS ACOMETIDOS
POR COVID-19: relato de experiência**

FRANCINE CARPES RAMOS

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Pós-graduação *lato sensu* de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na área de concentração Atenção em Alta Complexidade de Saúde em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de especialista em Alta Complexidade de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Bruna Pedroso Canever

FLORIANÓPOLIS
2021

RAMOS, Francine Carpes. **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES CRÍTICOS ACOMETIDOS POR COVID-19: relato de experiência**. 49f. Trabalho de Conclusão de Residência – Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Programa de Pós-Graduação em *lato sensu*, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMO

O surgimento de uma doença respiratória aguda despertou a atenção mundial no fim do mês de dezembro de 2019. A infecção pelo novo coronavírus desencadeou forte impacto na saúde e na economia em nível mundial. Parte dos casos apresentam evolução clínica com desfecho grave, o que acarreta em um incremento no número de internações na Unidade de Terapia Intensiva, devido à necessidade de cuidados específicos, monitorização contínua e suporte ventilatório. O presente relato teve como objetivo detalhar a percepção de uma enfermeira diante da experiência de utilizar os Diagnósticos de Enfermagem em pacientes críticos acometidos por COVID-19 internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Respiratória. Trata-se de um relato de experiência de uma enfermeira residente na Unidade de Terapia Intensiva Respiratória, durante a pandemia de COVID-19. A construção da lista de diagnósticos foi realizada em dois momentos: no primeiro identificou-se os diagnósticos potenciais; no segundo foi realizada a revisão dos diagnósticos selecionados, por meio da diferenciação entre diagnósticos similares e detecção de aspectos diferenciados que fossem mais relevantes para a situação. Destaca-se que o processo de análise ocorreu por meio de um mergulho na experiência vivenciada em conjunto com os registros diários, em um movimento que reavivou o percurso da experiência. Dentre os dez principais sinais e sintomas de maior ocorrência conforme o registro em diário de campo, a partir desta experiência, percebeu-se relação com as respostas cardiovasculares e pulmonares. Por meio da experiência, foram elencados 29 diagnósticos de enfermagem: 17 com foco no problema e 12 diagnósticos de risco. Os resultados dessa experiência podem servir como inspiração e apoio, a fim de direcionar a prática dos enfermeiros intensivista que estão envolvidos diretamente na assistência de pacientes críticos com diagnóstico de COVID-19. Espera-se estimular o pensamento crítico-reflexivo e raciocínio clínico na assistência de enfermagem em associação com a implementação do processo de enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Infecções por Coronavírus; Cuidados Críticos; Processo de Enfermagem; Tomada de Decisão Clínica; Diagnóstico de Enfermagem.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 04 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 06 |
| 2.1 PANORAMA GERAL DA PANDEMIA DE COVID-19 | 06 |
| 2.2 SARS-CoV-2: ORIGEM, ESTRUTURA VIRAL, INFECÇÃO, TRANSMISSÃO, SINTOMATOLOGIA E GRAVIDADE | 07 |
| 2.3 O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO METODOLOGIA ORIENTADORA DO CUIDADO | 10 |
| 2.4 O RACIOCÍNIO CLÍNICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA RESPIRATÓRIA: DA AVALIAÇÃO DO PACIENTE AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | 11 |
| 3 METODOLOGIA | 14 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO | 14 |
| 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO | 14 |
| 3.4 COLETA DE DADOS | 15 |
| 3.5 ANÁLISE DOS DADOS | 16 |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS | 16 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES | 17 |
| 4.1 ARTIGO: Pacientes críticos acometidos por COVID-19: do raciocínio clínico ao diagnóstico de enfermagem | 17 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 33 |
| REFERÊNCIAS | 35 |
| ANEXO A | 39 |

1 INTRODUÇÃO

O surgimento de uma doença respiratória aguda na cidade de Wuhan, localizada na China, despertou a atenção mundial no fim do mês de dezembro de 2019. Ao mesmo tempo em que tentava-se identificar o patógeno causador da doença, os números de casos aumentavam. Com a propagação para outros países, logo foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma situação de emergência de saúde pública, por apresentar disseminação internacional e alta transmissibilidade entre a população. Logo depois, em 11 de março, foi emitida a declaração que estabeleceu o cenário como uma pandemia em escala global (CRODA et al., 2020).

Nesse sentido, a infecção pelo novo coronavírus desencadeou forte impacto na saúde e na economia em nível mundial. Os sinais e sintomas mais comuns que compõem o quadro clínico de pessoas infectadas pelo vírus, compreendem: febre, tosse seca, dispneia, fadiga e mialgia. Linfocitopenia e trombocitopenia consistem em achados laboratoriais frequentes nesses casos. E nos exames de imagem, opacidades pulmonares bilaterais em vidro fosco identificados em tomografia computadorizada de tórax representa um indicativo importante (CRODA et al., 2020; GUAN et al., 2020).

Assim, a evolução de um desfecho clínico grave acarreta em um incremento no número de internações na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido a necessidade de cuidados específicos e monitorização contínua, além de suporte ventilatório (GUAN et al., 2020). O cenário de terapia intensiva caracteriza-se como um local de alta complexidade, onde os pacientes demandam cuidados e estão sob o risco de desenvolver diversas complicações, requerendo assistência de enfermagem qualificada e comprometida.

Destaca-se o Processo de Enfermagem (PE) como uma ferramenta metodológica de organização e qualificação do processo de trabalho e no cuidado em enfermagem. Regulamentado pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), é estruturado em cinco etapas: histórico de enfermagem; definição de Diagnóstico de Enfermagem (DE); planejamento das intervenções de enfermagem; implementação das intervenções; e avaliação das intervenções (BRASIL, 2009).

As etapas do PE são interdependentes e inter-relacionadas, entretanto, evidencia-se que a segunda etapa, definição do diagnóstico, configura-se como um alicerce para a seleção adequada das intervenções, a fim do alcance de resultados eficientes e do desenvolvimento da integralidade na assistência. Ainda, o DE é considerado uma prática importante para a qualidade

do desfecho e continuidade do processo do cuidado em enfermagem, porém sua aplicação ainda é um desafio para muitos profissionais (FERNANDES et al., 2019).

O DE é composto por um julgamento clínico sobre uma resposta humana em relação a condições de saúde ou processos da vida, ou associado a uma vulnerabilidade de uma determinada resposta do indivíduo, família, grupo ou uma comunidade (NANDA-I, 2018). Nesse sentido, está atrelado fundamentalmente ao desenvolvimento do raciocínio clínico, visto que é considerado um importante instrumento de trabalho, que além de sustentar o PE e a gerência do cuidado, proporciona visibilidade, identidade e confiabilidade para o enfermeiro como profissional da área da saúde (QUARESMA; XAVIER; CEZAR-VAZ, 2019).

Considerando que o raciocínio clínico é um processo que transcorre durante todos os momentos da assistência e ainda, é um qualificador da avaliação clínica, torna-se importante ressaltar que não é um método linear e com etapas estabelecidas. Uma vez que as habilidades e competências envolvidas no raciocínio clínico são consideradas aspectos intervenientes para a determinação das decisões e ações nas etapas do PE (CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS, 2017).

Diante do exposto, este relato justifica-se pela importância de partilhar experiências acerca da assistência de enfermagem em unidades COVID, principalmente em ambiente de terapia intensiva e ainda, pela relevância dos DE no planejamento dos cuidados ofertados a esses pacientes. Embora, no último ano, uma série de artigos publicados sobre o tema surgido, ainda temos muito o que aprender com relação à pandemia e partilhar experiências pode contribuir para tenhamos um melhor entendimento sobre a assistência à saúde em grandes pandemias.

Ademais, considerando o cenário de pandemia e sobrecarga de trabalho, durante a experiência de atuação na UTI Respiratória, percebeu-se, nesta experiência, os registros de uma forma geral, como secundários durante os turnos de trabalho, principalmente diante da falta de pessoal de enfermagem, ausência de qualificação de profissionais para atuar em terapia intensiva e ausência de definição por parte da instituição, ainda no período pré-pandemia, de política de registros de enfermagem que incorporasse os DE de maneira integrada aos cuidados. Sendo esse, um aspecto que reflete diretamente na qualidade da assistência, na visibilidade do profissional enfermeiro e no envolvimento com a equipe assistencial de saúde, principalmente em situações de tomada de decisão.

Nesse sentido, o presente relato teve como objetivo detalhar a percepção de uma enfermeira diante da experiência de utilizar os Diagnósticos de Enfermagem em pacientes

críticos acometidos por COVID-19 internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Respiratória.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PANORAMA GERAL DA PANDEMIA DE COVID-19

O final do mês de dezembro de 2019 foi marcado pelo aparecimento de alguns casos relacionados a uma pneumonia com causa desconhecida na capital de Wuhan, a maior cidade da província de Hubei na China, fato que preocupou as autoridades de saúde. Em 31 de dezembro foi emitido um alerta pela Comissão Municipal de Saúde de Wuhan, onde em resposta a OMS solicitou maiores informações e ativou a Equipe de Apoio à Gestão de Incidentes, a fim de garantir a coordenação das respostas para emergências de saúde pública nos três níveis da OMS (WHO, 2020).

No segundo dia do mês de janeiro de 2020, a OMS emitiu um comunicado relacionado às ocorrências de pneumonia para a Rede de Alerta e Resposta a Surtos, que é uma parceria técnica formada por principais agências de saúde pública, laboratórios e organizações internacionais (WHO, 2020). Após uma semana, a OMS divulgou uma declaração onde foi relatado o alcance de uma determinação preliminar, pelas autoridades chinesas, de um novo coronavírus identificado em uma pessoa hospitalizada em Wuhan (WHO, 2020b). Destaca-se que a denominação COVID-19, tem sua origem graças a nomenclatura CoronaVírus Disease, onde “19” refere-se ao ano de 2019, em que os primeiros casos foram divulgados (WHO, 2020b).

Em um avanço crescente a doença se disseminou rapidamente e o número de casos já alcançava um total de 98, distribuídos em 18 países fora da China. Logo, no dia 30 de janeiro foi acionado um alerta de maior nível, onde constava a declaração do surto da doença causada pelo novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (WHO, 2020c). Em conjunto a situação atual, a cada dia surgiam novas preocupações para as autoridades de saúde e população, como a previsão de uma escassez global de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), o que aumentaria o risco de contaminação pelos próprios profissionais de saúde.

Ao mesmo tempo que diversos países viviam um cenário de agravamento do surto, essa ainda não era a realidade do território brasileiro. Entretanto, no dia 26 de fevereiro foi registrado o primeiro caso de COVID-19 localizado na cidade de São Paulo (BRASIL, 2020). Em

consonância, na perspectiva mundial o que ecoava eram momentos de apreensão e pânico generalizado, para todas as esferas da sociedade, considerando que o conhecimento sobre a doença ainda estava em processo de construção e discussão.

Tendo em vista que o número de casos de COVID-19 apresentava um crescimento contínuo e alarmante, a OMS declarou formalmente uma pandemia mundial na data em que os números atingiram uma faixa de 118.000 casos e 4.291 mortos em 14 países, que ocorreu em 11 de março de 2020. Ainda, a OMS reiterou que os países precisavam tomar medidas urgentes e agressivas, sendo possível modificar o curso dessa pandemia se fosse implementada medidas de detecção, testagem, tratamento, isolamento, rastreamento, mobilização e conscientização da população (WHO, 2020d).

Em menos de um mês foi alcançada a marca de mais de um milhão de casos no mundo com diagnóstico confirmado, correspondendo a um aumento superior a dez vezes (WHO, 2020e). Concomitantemente, o momento transcorria entre novas orientações para a população que eram lançadas e modificadas diariamente, programações de *lockdown*¹ em regiões mais críticas, reestruturação dos hospitais para o recebimento de pacientes, a luta diária dos profissionais da saúde atuantes na pandemia e a corrida de pesquisadores para o desenvolvimento de uma vacina que combatesse a COVID-19.

Destaca-se que segundo dados da OMS em um período de doze meses, compreendendo de janeiro a dezembro de 2020, o número total de casos confirmados de COVID-19 foi de 97.464.094, destes os três países com maior ocorrência correspondem aos Estados Unidos da América (EUA) com 24.604.325, Índia atingindo 10.654.533 e o Brasil com 8.753.920. Em relação ao número de mortes, aponta-se um total de 2.112.689, com maior ocorrência entre EUA, Brasil e Índia, respectivamente. Estima-se que no mundo a cada 24 horas, 605.454 pessoas têm o diagnóstico de COVID-19 confirmado e 15.958 morrem por acometimento do vírus (WHO, 2020f).

2.2 SARS-CoV-2: ORIGEM, ESTRUTURA VIRAL, INFECÇÃO, TRANSMISSÃO, SINTOMATOLOGIA E GRAVIDADE

O código genético do vírus foi determinado por cientistas chineses, através do isolamento de pacientes internados. O patógeno identificado correspondeu a um novo betacoronavírus que inicialmente foi denominado pela OMS como 2019-nCoV e após o avanço

¹ referente a um protocolo de isolamento, bloqueio total ou confinamento.

das pesquisas, passou a ser chamado de SARS-CoV-2 devido a nomenclatura em inglês *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona vírus 2* (CHEN et al., 2020).

A origem do novo coronavírus ainda gera controvérsias, contudo a hipótese mais aceita nas pesquisas científicas é de que o vírus é oriundo dos morcegos. Estudos mostram que a sequência do genoma do SARS-CoV-2 apresenta uma similaridade de 87 a 96% com coronavírus isolados de morcegos da espécie *Rhinolophus*, que vivem em distintas regiões da China. Assim, acredita-se na ideia de que o vírus possa ter sofrido um processo evolutivo, esse podendo ser no morcego ou em outro hospedeiro, com posterior transmissão para os seres humanos ou, ainda é possível uma forma de transmissão não patogênica do vírus para seres humanos, desse modo o processo evolutivo iria ocorrer no hospedeiro final (ZHOU et al., 2020).

O SARS-CoV-2 pertence à família *Coronaviridae* dentro da ordem *Nidovirales*, uma vez que membros dessa ordem também são responsáveis por outras infecções respiratórias, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARA) e Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS). Apesar dessas síndromes serem mais leves, nas epidemias em 2002 e 2012, obteve-se uma taxa de infecção em mais de 10.000 pessoas e mortalidade em 10% para SARA e 37% para MERS (HUANG et al., 2020).

Quanto a sua estrutura, o SARS-CoV-2 é um vírus de *RiboNucleic Acid* (RNA) de fita simples, com um formato esférico, medindo cerca de 125nm de diâmetro e revestido por um envelope lipoproteico. Logo, possui quatro proteínas estruturais relacionadas à regulação da funcionabilidade e estruturação viral, sendo elas: envelope (proteína E), que corresponde a membrana fosfolipídica que fornece proteção adicional para o vírus; membrana (proteína M); *spike* (proteína S), relacionada diretamente ao processo infeccioso; e núcleocapsídeo (proteína N), que auxilia na formação da estrutura viral e do capsídeo (VELLINGIRI et al., 2020). Destaca-se que sua estrutura molecular se diferencia por possuir uma alteração estrutural que condiz a maior afinidade de ligação entre o vírus e a Enzima Conversora da Angiotensina 2 (ECA-2) (CHEN et al., 2020).

O mecanismo de infecção ocorre a partir da invasão celular pelo SARS-CoV-2, em decorrência da ligação da proteína S a um receptor enzimático, nesse caso a ECA-2. Dessa forma, o vírus se une à membrana da célula e inicia a liberação de material genético, o RNA, para o interior da célula, que infectada começa a produzir proteínas para auxiliar na fabricação de cópias do vírus (LIMA et al., 2020).

Em relação a transmissão do SARS-CoV-2 é possível afirmar que o vírus é transmitido de pessoa para pessoa, por meio de gotículas e aerossóis eliminadas ao tossir, espirrar e falar, pelo contato direto, ou ainda através do contato com objetos e superfícies contaminadas.

Pesquisas mostram que o período de transmissão do vírus pode ser de dois a 14 dias, porém é preciso considerar que o vírus pode ser transmitido mesmo nos casos assintomáticos (BRASIL, 2020).

Os sinais e sintomas de pessoas infectadas pelo vírus variam de acordo com a resposta fisiológica do indivíduo, contudo destaca-se que os mais prevalentes são, respectivamente: febre, tosse, fadiga, dispneia e mialgias; ainda outros sintomas mais inespecíficos podem ocorrer, como dor de garganta, congestão nasal, cefaleia, diarreia, náusea, vômitos, anosmia e ageusia (OPAS, 2020).

A gravidade da COVID-19 pode ser classificada de acordo com a intensidade dos sintomas e comprometimento fisiológico da pessoa infectada, sendo: doença leve, a qual o paciente é sintomático e sem evidências para pneumonia ou hipoxemia; doença moderada, onde já há sinais clínicos para pneumonia, porém sem gravidade; doença grave, que acompanha o aparecimento da pneumonia grave; e a doença crítica, que refere-se a presença de Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), sepse e/ou choque séptico. Ainda, aponta-se como complicações da infecção o delírio, síndrome coronariana aguda, acidente vascular encefálico e embolia pulmonar (OPAS, 2020).

Nesse sentido, embora a maior parte dos pacientes acometidos por COVID-19 tendem a desenvolver um estágio leve (40%) ou moderado (40%) da doença e inclinam-se para um prognóstico favorável, pesquisas apontam que em torno de 6 a 14% dos pacientes infectados apresentam a necessidade de cuidados intensivos, com possibilidade de progressão para complicações, como: insuficiência respiratória, SDRA, sepse, choque séptico, falência múltipla de órgãos, lesão renal aguda, lesão cardíaca e tromboembolismo (XU et al., 2020; ALHAZZANI et al., 2020; SAFIYA et al., 2020).

Destaca-se que foram identificados fatores que aumentam o risco para o agravamento da COVID-19, refletindo no índice de mortalidade. Assim, determinantes de saúde biológicos, ambientais e sociais estão vinculados ao desenvolvimento da doença. Estudos apontam que idade avançada, tabagismo e presença de comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, coronariopatia, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças malignas estão relacionadas a um prognóstico desfavorável e ao óbito (BASTOS et al., 2020; ALGAHTANI et al., 2020). Segundo Safiya et al. (2020) e Lai et al. (2020), as comorbidades mais comuns em pacientes hospitalizados acometidos por COVID-19, condizem com a hipertensão, obesidade e diabetes mellitus.

2.3 O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO METODOLOGIA ORIENTADORA DO CUIDADO

O PE é definido como uma ferramenta dinâmica e sistematizada, que se caracteriza pela inter-relação de fases ou etapas e tem como objetivo a prestação da assistência integral ao ser humano (HORTA, 2011). Distingue-se por ser um método proativo com desenvolvimento guiado pela necessidade de investigação contínua em relação ao bem-estar e fatores de risco, mesmo quando não há presença de problemas (COREN, 2015).

Para a utilização do PE, é essencial que o enfermeiro compreenda o processo e que desenvolva a metodologia de forma intencional e deliberada na prática assistencial. É primordial que o emprego do PE seja desenvolvido com comprometimento, competência clínica e com a valorização do cuidado de enfermagem como ciência, e não apenas pela motivação do cumprimento da atribuição que trata a resolução COFEN 358/2009 (BRASIL, 2009).

O PE deve ser realizado em todos os ambientes, públicos ou privados, onde ocorre a assistência de um profissional enfermeiro. Tendo em vista que é estruturado em cinco etapas que transcorrem de forma inter-relacionadas e interdependentes, sendo elas: histórico de enfermagem; definição do DE; planejamento das intervenções de enfermagem; implementação das intervenções; e avaliação das intervenções (BRASIL, 2009).

A primeira etapa, histórico de enfermagem, consiste na coleta de informações referente a pessoa, família ou coletividade humana, podendo ter como base métodos e técnicas fundamentados em suporte teórico. A fim de guiar essa coleta, é fundamental que o enfermeiro procure um modelo teórico que proporcione clareza e direcione o julgamento clínico. Assim, ao escolher uma teoria de enfermagem é possível categorizar e organizar os dados com maior facilidade e domínio, além de proporcionar para o enfermeiro uma sustentação teórica para essa atividade (BRASIL, 2009; COREN, 2015).

A definição do DE condiz com a segunda etapa do processo, onde é realizada a interpretação e agrupamento dos dados coletados na etapa anterior em conjunto com a dinâmica de julgamento clínico e crítico, a fim de estabelecer o diagnóstico. Tendo em vista que o diagnóstico pode estar focado no problema, risco potencial, prevenção e recuperação da saúde do indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 2009; COREN, 2015).

A etapa seguinte refere-se ao planejamento das intervenções, tendo como base os DE traçados na fase anterior. Assim, nesse momento objetiva-se determinar os resultados que se espera alcançar e as intervenções de enfermagem. Para o estabelecimento dos resultados

esperados para cada DE, o enfermeiro pode lançar mão de sistemas de linguagem padronizada, como a *Nursing Outcomes Classification* (NOC). Da mesma forma, para a seleção das intervenções de enfermagem, pode ser utilizado a *Nursing Intervention Classification* (NIC) (BRASIL, 2009; COREN, 2015).

A quarta etapa, implementação das intervenções de enfermagem, é o momento em que as intervenções planejadas são colocadas em execução, ou seja, o cumprimento da prescrição de enfermagem. A próxima etapa relaciona-se ao processo de avaliação das intervenções, sendo esse contínuo, deliberado e sistemático. Trata-se da verificação de mudanças nas respostas do indivíduo, família ou comunidade, assim é possível que o enfermeiro possa mapear a eficácia das intervenções aplicadas e também, possíveis modificações e exclusões das mesmas (BRASIL, 2009; COREN, 2015).

2.4 O RACIOCÍNIO CLÍNICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA RESPIRATÓRIA: DA AVALIAÇÃO DO PACIENTE AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

A prática do raciocínio clínico em enfermagem é essencial para o alcance de resultados eficientes e seguros na assistência ao paciente. Estudos indicam que o raciocínio clínico é o meio de como o enfermeiro analisa e compreende a situação de saúde de um paciente para, assim, alcançar conclusões. Esse processo envolve a aplicação de ideias e utiliza-se de experiências já vivenciadas para atingir respostas mais válidas (KOHARCHIK, 2015).

Um dos momentos em que o raciocínio clínico se encontra mais acentuado na prática assistencial, corresponde ao período de avaliação clínica do paciente. Destaca-se a dimensão que o desempenho de uma avaliação qualificada pelo enfermeiro pode alcançar, onde compromete inclusive todas as etapas do PE. Também é preciso considerar que na ausência de uma avaliação de enfermagem apropriada, não haverá uma seleção coerente do DE e conseqüentemente não será possível traçar intervenções adequadas, o que prejudica de modo integral a assistência prestada ao paciente (NANDA-I, 2018).

É necessário perceber que na UTI o raciocínio clínico é indispensável à atuação do enfermeiro, com uma aplicabilidade de forma dinâmica e contínua. Dessa maneira, o seu desenvolvimento é fundamental na gerência do cuidado e na aplicação do PE, favorecendo a confiabilidade e a visibilidade do enfermeiro como profissional da área da saúde (QUARESMA; XAVIER; CEZAR-VAZ, 2019). Ainda, quando o enfermeiro reconhece a importância da prática do raciocínio clínico em todas as dimensões do cuidado, torna-se

evidente a sua imersão com um papel essencial e respeitável no contexto das decisões em equipe multiprofissional.

É importante destacar a instabilidade clínica que os pacientes acometidos por COVID-19 apresentam durante a internação na unidade intensiva. Assim, é essencial o empenho do profissional para a execução de uma assistência de enfermagem qualificada, com foco na integralidade do paciente e continuidade do cuidado. Tendo em vista a importância do emprego do raciocínio clínico em conjunto de uma avaliação clínica eficaz, a fim de direcionar as condutas no cuidado em enfermagem.

Nesse sentido, salienta-se a taxonomia NANDA-I que possibilita ao enfermeiro a classificação e categorização das respostas humanas sobre problemas de saúde e/ou processos de vida para a definição do diagnóstico. O DE pode ser aplicado em quatro possibilidades, como: diagnóstico com foco no problema, que condiz ao julgamento clínico de uma resposta indesejada; diagnóstico de risco, que corresponde a identificação da suscetibilidade do indivíduo desenvolver uma resposta indesejada; diagnóstico de promoção da saúde, que identifica o desejo e motivação do alcance e aumento de bem-estar; e o diagnóstico de síndrome, que apresenta-se como um agrupamento de diagnósticos que ocorrem juntos e que são tratados com intervenções similares (NANDA-I, 2018).

Para o alcance do DE, o enfermeiro necessita formular hipóteses sobre os problemas identificados, riscos e/ou oportunidades de promoção da saúde, essas são advindas da avaliação, do julgamento e raciocínio clínico, sendo esses aspectos considerados como base de um DE. Evidencia-se a importância de conhecimentos prévios em relação à ciência da enfermagem, assim como, conceitos importantes para a seleção mais precisa de um diagnóstico (NANDA-I, 2018).

É essencial o envolvimento do enfermeiro na construção do DE, sendo fundamental o conhecimento das definições dos diagnósticos, assim como, a compreensão dos indicadores, que correspondem aos componentes que formam o DE, sendo eles: características definidoras, que estão associadas aos sinais e sintomas apresentados e identificados durante a avaliação clínica; fatores relacionados, que corresponde como a causa ou fator relacionado contribuinte para as manifestações dos sinais e sintomas; e fatores de risco, que são as condições que influenciam no aumento da vulnerabilidade do indivíduo a um evento não saudável. Ressalta-se que os DE com foco no risco, não apresentam características definidoras e fatores relacionados, mas sim fatores de risco. (NANDA-I, 2018).

A definição de diagnósticos prioritários é fundamental para o seguimento de um plano de cuidados direcionado ao paciente crítico, possibilitando a identificação dos problemas e/ou

fatores de risco que influenciam a assistência, além de contribuir para uma definição precisa de cuidados de enfermagem prioritários. Assim, evidencia-se a relevância da prática diagnóstica pelo enfermeiro, valorizando o trabalho do profissional e conceituando cientificidade e conhecimento para a área (BISPO, et al. 2016).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um relato de experiência de uma enfermeira residente com a utilização dos DE em unidade de terapia intensiva, durante a pandemia de COVID-19.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A experiência ocorreu na UTI Respiratória, referência para pacientes acometidos por COVID-19, de um hospital universitário, localizado em um município de Santa Catarina, Brasil. A UTI, conta com equipe multiprofissional composta por enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, assistentes sociais e odontólogos.

O referido hospital caracteriza-se por prestar atendimento exclusivamente à usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), além de ser referência na área hemato-oncologia e cirurgias de grande porte, englobando os três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário (BRASIL, 2020b).

A instituição oferece programas de ensino para especialização profissional, tais como a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS). Situada na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, a RIMS identifica-se por ofertar uma formação em serviço, em regime de dedicação exclusiva, sob supervisão de profissionais nas diferentes áreas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Serviço Social e Psicologia. E encontra-se estruturada em três grandes áreas de concentração, sendo elas: Atenção em Alta Complexidade, Atenção à Urgência e Emergência, Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (BRASIL, 2020c).

O programa possui duração mínima de dois anos, o que equivale, entre atividades práticas e teóricas, a uma carga horária de 5.760 horas. Para a área da enfermagem com ênfase na Atenção em Alta Complexidade, no primeiro ano de residência ocorre um rodízio entre todas as unidades hospitalares que envolvem a alta complexidade, para que no segundo ano seja realizada a imersão, por escolha do pós-graduando, em um ou em dois destes ambientes.

3.4 COLETA DE DADOS

As informações foram organizadas em um Diário de Campo, cujos registros eram realizados diariamente fora do ambiente hospitalar, sempre após a finalização do plantão. O relato compreende as experiências vividas entre os meses de agosto e dezembro de 2020, totalizando 845 horas de atividades da UTI Respiratória.

As anotações eram realizadas à mão e incluíram atividades desenvolvidas, percepções isoladas sobre os atendimentos e discussões clínicas realizadas nos plantões, listas de sinais e sintomas e outras percepções pessoais sobre o aprendizado neste período da residência. Ao final, o Diário de Campo contava com 70 dias de descrições.

Os plantões eram sempre diurnos e acompanhados de uma enfermeira de referência. A UTI possuía 18 leitos e, permaneceu com cerca de 90% de ocupação em boa parte do período. A organização das atividades durante o plantão se dava da seguinte forma: paramentação antes de entrar na área física da UTI em um local reservado para esse fim, com a utilização dos EPI's: uniforme institucional, máscara modelo PFF2 N95, avental hidrorrepelente, touca, óculos de proteção, *face shield*; recebimento da passagem de plantão; divisão de pacientes para assumir o cuidado sob supervisão; verificação do quantitativo da equipe técnica de enfermagem; conferência do material de intubação orotraqueal que se localiza na caixa sob o carrinho de emergência; teste do desfibrilador do carrinho de emergência; primeira visita em cada paciente que tinha o intuito de realizar anotações de parâmetros ventilatórios e checagem geral de sinais vitais, condições clínicas do paciente; participação do *round* multiprofissional com estabelecimento de metas diárias em equipe; organização com a equipe de condutas necessárias para o cumprimento das metas estabelecidas no *round*; segunda visita em cada paciente com avaliação neurológica, realização do exame físico, conferência e ajustes de monitorizações invasivas; verificação acerca da validade de dispositivos, como equipos e conectores, assim como, data da dieta enteral; execução de cuidados e procedimentos de enfermagem, conforme a demanda e necessidade; realização dos registros de enfermagem; a saída da UTI dava-se no horário de almoço, utilizava-se uma copa fora do espaço físico da UTI, assim outras saídas durante o plantão eram esporádicas e somente em caso de necessidade; no decorrer do dia também era realizado o preenchimento do instrumento de passagem de plantão.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada a partir dos registros dos diários de campo. Com o intuito de uma melhor organização dos dados, o material foi analisado em caráter individual e com atenção aos detalhes para possibilitar uma classificação e estruturação das informações. A identificação dos principais sinais e sintomas foi efetuada através da distribuição e contagem, de acordo com os registros diários.

A construção da lista de diagnósticos foi realizada em duas etapas. A primeira, objetivou a identificação de diagnósticos potenciais, ou seja, a formulação de hipóteses diagnósticas. Após, foi realizada a exploração dos enunciados diagnósticos que se vinculavam a partir da experiência, assim como, características definidoras, fatores relacionados e fatores de riscos.

A segunda etapa compreendeu a revisão dos diagnósticos selecionados, onde foi realizada a diferenciação entre diagnósticos similares, por meio da comparação e detecção de aspectos diferenciados que fossem mais relevantes para a situação. Levando também em consideração as características definidoras, fatores relacionados e fatores de riscos identificados na avaliação, a fim de definir o diagnóstico mais válido para o processo de cuidado com o paciente.

Destaca-se, que o processo de análise ocorreu por meio de um mergulho na experiência vivenciada em conjunto com os registros de campo, em um movimento que reavivou o percurso da experiência. Atentou-se para os dados que se correlacionaram, sendo assim uma forma de conhecer quais as respostas humanas que o paciente estava experimentando.

Para a organização das anotações, seguiu-se os domínios que se localizam atualmente na Taxonomia II da NANDA-I 2018-2020, que condiz a um esquema classificatório, que serve para amparar a organização dos fenômenos e/ou julgamentos clínicos da prática de enfermagem. Pode-se definir como um modo de classificação hierárquica de grupos principais, subgrupos e itens, como: domínio, classes e diagnósticos de enfermagem. Os domínios condizem aos níveis abrangentes de classificação, resultando na divisão dos fenômenos em grupos principais (NANDA-I, 2018).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um relato de experiência do autor, o estudo dispensa aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados desse relato de experiência serão apresentados no formato de artigo, formatado de acordo com as normas do periódico científico da área, a Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP) (ANEXO A), para a qual será posteriormente enviado.

4.1 ARTIGO

Diagnósticos de Enfermagem em pacientes críticos acometidos por COVID-19: relato de experiência

RESUMO

Objetivo: relatar a percepção de uma enfermeira diante da experiência de utilizar os Diagnósticos de Enfermagem em pacientes acometidos por COVID-19. **Método:** trata-se de um relato de experiência de uma enfermeira residente na Unidade de Terapia Intensiva Respiratória, durante a pandemia de COVID-19. **Resultados:** dentre os dez principais sinais e sintomas de maior ocorrência conforme o registro em diário de campo, a partir desta experiência, percebeu-se relação com as respostas cardiovasculares e pulmonares. Por meio da experiência, foram elencados 29 diagnósticos de enfermagem: 17 com foco no problema e 12 diagnósticos de risco. **Conclusão:** os resultados dessa experiência podem servir como inspiração e apoio, a fim de direcionar a prática dos enfermeiros intensivista que estão envolvidos diretamente na assistência de pacientes críticos com diagnóstico de COVID-19. Espera-se estimular o pensamento crítico-reflexivo e raciocínio clínico na assistência de enfermagem em associação com a implementação do processo de enfermagem.

DESCRITORES: Enfermagem; Infecções por Coronavirus; Cuidados Críticos; Processo de Enfermagem; Tomada de Decisão Clínica; Diagnóstico de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O surgimento de uma doença respiratória aguda na cidade de Wuhan, localizada na China, despertou a atenção mundial no fim do mês de dezembro de 2019. Ao mesmo tempo em que tentava-se identificar o patógeno causador da doença, os números de casos aumentavam. Com a propagação para outros países, logo foi declarada pela Organização Mundial da Saúde

(OMS) uma situação de emergência de saúde pública. Logo depois, em 11 de março, foi emitida a declaração que estabeleceu o cenário como uma pandemia em escala global⁽¹⁾.

Nesse sentido, a infecção pelo novo coronavírus desencadeou forte impacto na saúde e na economia em nível mundial. Os sinais e sintomas mais comuns que compõem o quadro clínico de pessoas infectadas pelo vírus, compreendem: febre, tosse seca, dispneia, fadiga e mialgia. Linfocitopenia e trombocitopenia consistem em achados laboratoriais frequentes nesses casos, já ao exame de imagem, opacidades pulmonares bilaterais em vidro fosco identificados em tomografia computadorizada de tórax representa um indicativo importante^(1,2).

Assim, é possível a evolução de um desfecho clínico grave, o que acarreta a um incremento no número de internações na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido a necessidade de cuidados específicos e monitorização contínua, além de suporte ventilatório⁽²⁾. O cenário de terapia intensiva caracteriza-se como um local de alta complexidade, onde os pacientes demandam cuidados e estão favoráveis ao risco de diversas complicações, o que requer uma assistência de enfermagem qualificada e comprometida.

Destaca-se o Processo de Enfermagem (PE), como uma ferramenta metodológica de organização e qualificação do processo de trabalho e no cuidado em enfermagem, é estruturado em cinco etapas: histórico de enfermagem; definição de Diagnóstico de Enfermagem (DE); planejamento das intervenções de enfermagem; implementação das intervenções; e avaliação das intervenções⁽³⁾.

O DE se constitui como um alicerce para a seleção adequada das intervenções, a fim do alcance de resultados eficientes e do desenvolvimento da integralidade na assistência. É composto por um julgamento clínico sobre uma resposta humana em relação às condições de saúde ou processos da vida, ou associado a uma vulnerabilidade de uma determinada resposta do indivíduo, família, grupo ou uma comunidade⁽⁴⁾.

Nesse sentido, está atrelado fundamentalmente ao desenvolvimento do raciocínio clínico, visto que é considerado um importante instrumento de trabalho, que além de sustentar o PE e a gerência do cuidado, proporciona visibilidade, identidade e confiabilidade para o enfermeiro como profissional da área da saúde⁽⁵⁾.

Diante do exposto, este relato justifica-se pela importância de partilhar experiências acerca da assistência de enfermagem em unidades COVID, principalmente em ambiente de terapia intensiva e ainda, pela relevância dos DE no planejamento dos cuidados ofertados a esses pacientes. Embora, no último ano, uma série de artigos publicados sobre o tema surgido, ainda temos muito o que aprender com relação à pandemia e partilhar experiências pode

contribuir para tenhamos um melhor entendimento sobre a assistência à saúde em grandes pandemias.

Ademais, considerando o cenário de pandemia e sobrecarga de trabalho, durante a experiência de atuação na UTI Respiratória, percebeu-se, nesta experiência, os registros de uma forma geral, como secundários durante os turnos de trabalho, principalmente diante da falta de pessoal de enfermagem, ausência de qualificação de profissionais para atuar em terapia intensiva e ausência de definição por parte da instituição, ainda no período pré-pandemia, de política de registros de enfermagem que incorporasse os DE de maneira integrada aos cuidados. Assim, esse aspecto reflete diretamente na qualidade da assistência, na visibilidade do profissional enfermeiro e no envolvimento com a equipe assistencial de saúde, principalmente em situações de tomada de decisão.

Nesse sentido, o presente relato teve como objetivo detalhar a percepção de uma enfermeira diante da experiência de utilizar os Diagnósticos de Enfermagem em pacientes críticos acometidos por COVID-19 internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Respiratória.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um relato de experiência de uma enfermeira residente com a utilização dos DE em unidade de terapia intensiva durante a pandemia de COVID-19.

Coleta e análise dos dados

As informações foram organizadas em um Diário de Campo, cujos registros eram realizados diariamente fora do ambiente hospitalar, sempre após a finalização do plantão. O relato compreende as experiências vividas entre os meses de agosto e dezembro de 2020, totalizando 845 horas de atividades da UTI Respiratória.

As anotações eram realizadas à mão e incluíram atividades desenvolvidas, percepções isoladas sobre os atendimentos e discussões clínicas realizadas nos plantões, listas de sinais e sintomas e outras percepções pessoais sobre o aprendizado neste período da residência. Ao final, o Diário de Campo contava com 70 dias de descrições.

Os resultados são descritos por meio da interpretação de registros em Diários de Campo registrados diariamente fora do ambiente hospitalar. A identificação dos principais sinais e sintomas foi efetuada através da distribuição e contagem, de acordo com os registros diários. A construção da lista de diagnósticos foi realizada em dois momentos. O primeiro correspondeu a identificação de diagnósticos potenciais, ou seja, a formulação de hipóteses diagnósticas. O

segundo momento compreendeu a revisão dos diagnósticos selecionados, onde foi realizada a diferenciação entre diagnósticos similares, por meio da comparação e detecção de aspectos diferenciados que fossem mais relevantes para a situação. Considerou-se também as características definidoras, fatores relacionados e fatores de riscos identificados na avaliação, a fim de definir o diagnóstico mais válido para o processo de cuidado com o paciente.

Destaca-se, que o processo de análise ocorreu por meio de um mergulho na experiência vivenciada em conjunto com os registros diários, em um movimento que reavivou o percurso da experiência.

Aspectos éticos

Por se tratar de um relato de experiência do autor, o estudo dispensa aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Durante o período da experiência, foram atendidos na UTI 162 pacientes com diagnóstico confirmado para COVID-19.

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS ENTRE PACIENTES COM COVID-19

A partir do percurso da experiência, foi possível identificar os principais sinais e sintomas entre os pacientes críticos acometidos por COVID-19 internados na UTI Respiratória, sendo: cansaço ao esforço físico; queda no nível de Saturação Periférica de Oxigênio (SpO²); dispneia; taquipneia; labilidade pressórica; relação PaO²/FiO² <150mmHg; despertar agitado após redução de sedativos e suspensão do bloqueador neuromuscular; murmúrios vesiculares diminuídos em bases pulmonares/presença de ruídos adventícios difusos; alteração no nível de glicemia; e dor.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS RELEVANTES EM PACIENTES COM COVID-19

Identificou-se um total de 53 DE potenciais. No entanto, após o cumprimento das etapas para a seleção dos DE, foi alcançado um total de 29 diagnósticos. Destes, 17 referem-se a diagnósticos com foco no problema e 12 a diagnósticos de risco. Dentre os DE inferidos, destaca-se a predominância do “Domínio 11 – Segurança/proteção” e “Domínio 4 – Atividade/repouso”. O primeiro, apresenta oito diagnósticos, sendo dois com foco no problema e seis de risco. Já o segundo, domínio “4”, com a presença de sete diagnósticos, onde cinco são com foco no problema e dois de risco.

Para a organização da apresentação dos DE, seguiu-se a ordem classificatória dos domínios e classes da Taxonomia II da NANDA-I. No quadro 1, serão apresentados, os DE mais relevantes com foco no problema.

Quadro 1 - Diagnósticos de Enfermagem com foco no problema em pacientes acometidos por COVID-19 internados na UTI Respiratória. Florianópolis (SC), Brasil, 2020.

| |
|--|
| <p>Domínio 2. Nutrição Classe 1. Ingestão</p> <p>Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais</p> |
| <p>Fatores relacionados: Ingestão alimentar insuficiente.</p> <p>Características definidoras: Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada.</p> |
| <p>Domínio 3. Eliminação e troca Classe 2. Função gastrointestinal</p> <p>Mobilidade gastrointestinal disfuncional</p> |
| <p>Fatores relacionados: Alteração nos hábitos alimentares; Imobilidade.</p> <p>Características definidoras: Diarreia; Dificuldade para defecar; mudança nos ruídos intestinais; resíduo gástrico aumentado.</p> |
| <p>Domínio 3. Eliminação e troca Classe 4. Função respiratória</p> <p>Troca de gases prejudicada</p> |
| <p>Fatores relacionados: A serem desenvolvidos.</p> <p>Características definidoras: Dispneia; gasometria arterial anormal; hipoxemia; Inquietação; padrão respiratório anormal.</p> |
| <p>Domínio 4. Atividade/repouso Classe 2. Atividade/exercício</p> <p>Mobilidade física prejudicada</p> |
| <p>Fatores relacionados: Controle muscular diminuído; desuso; força muscular diminuída; massa muscular diminuída.</p> <p>Características definidoras: Dificuldade para virar-se; dispneia ao esforço; instabilidade postural; redução na amplitude de movimentos; redução nas habilidades motoras finas e nas habilidades motoras grossas.</p> |
| <p>Domínio 4. Atividade/repouso Classe 4. Respostas cardiovasculares/pulmonares</p> <p>Resposta disfuncional ao desmame ventilatório</p> |
| <p>Fatores relacionados: Desobstrução ineficaz das vias aéreas.</p> <p>Características definidoras: Desconforto respiratório; fadiga; aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial; agitação; aumento significativo da frequência respiratória;</p> |

| |
|--|
| respiração sem sincronia com o ventilador |
| Domínio 4. Atividade/repouso Classe 4. Respostas cardiovasculares/pulmonares Ventilação espontânea prejudicada |
| Fatores relacionados: Fadiga da musculatura respiratória. Características definidoras: Diminuição da pressão parcial de oxigênio (PaO ²); diminuição na saturação arterial de oxigênio; dispneia; inquietação; uso aumentado da musculatura acessória; volume corrente diminuído. |
| Domínio 4. Atividade/repouso Classe 5. Autocuidado Déficit no autocuidado para alimentação |
| Fatores relacionados: - Características definidoras: Capacidade prejudicada de alimentar-se. |
| Domínio 4. Atividade/repouso Classe 5. Autocuidado Déficit no autocuidado para banho |
| Fatores relacionados: - Características definidoras: Capacidade prejudicada de lavar o corpo. |
| Domínio 5. Percepção/ cognição Classe 4. Cognição Confusão aguda |
| Fatores relacionados: Alteração no ciclo sono-vigília; mobilidade prejudicada; privação sensorial. Características definidoras: Agitação; alteração na função cognitiva; alteração no nível de consciência. |
| Domínio 7. Papéis e relacionamentos Classe 2. Relações familiares Processos familiares interrompidos |
| Fatores relacionados: Troca de papéis na família. Características definidoras: Diminuição do apoio mútuo; mudança em ritual; mudança no padrão de comunicação; mudanças na participação na tomada de decisões. |
| Domínio 7. Papéis e relacionamentos Classe 3. Desempenho de papéis Interação social prejudicada |
| Fatores relacionados: Barreira ambiental; barreira de comunicação; mobilidade prejudicada. Características definidoras: Função social prejudicada. |
| Domínio 9. Enfrentamento/ tolerância ao estresse Classe 2. Respostas de enfrentamento Ansiedade relacionada à morte |

| |
|--|
| <p>Fatores relacionados: Incerteza quanto ao prognóstico; observações relacionadas à morte; percepção de iminência de morte.</p> <p>Características definidoras: Medo do processo de morrer; sentimento de impotência.</p> |
| <p>Domínio 9. Enfrentamento/ tolerância ao estresse Classe 2. Respostas de enfrentamento</p> <p style="text-align: center;">Medo</p> |
| <p>Fatores relacionados: Cenário pouco conhecido; separação do sistema de apoio.</p> <p>Características definidoras: Apreensão; aumento da pressão arterial; sensação de medo e receio; tensão muscular; estado de alerta aumentado.</p> |
| <p>Domínio 11. Segurança/proteção Classe 2. Lesão física</p> <p style="text-align: center;">Desobstrução ineficaz das vias aéreas</p> |
| <p>Fatores relacionados: Muco excessivo; secreções retidas.</p> <p>Características definidoras: Alteração na frequência respiratória; dispneia; ruídos adventícios respiratórios; sons respiratórios diminuídos; tosse ineficaz.</p> |
| <p>Domínio 11. Segurança/proteção Classe 2. Lesão física</p> <p style="text-align: center;">Integridade tissular prejudicada</p> |
| <p>Fatores relacionados: Estado nutricional desequilibrado; umidade; volume de líquidos eficientes/excessivo.</p> <p>Características definidoras: Dano tecidual; sangramento; vermelhidão.</p> |
| <p>Domínio 12. Conforto Classe 1. Conforto físico</p> <p style="text-align: center;">Dor aguda</p> |
| <p>Fatores relacionados: Agente biológico lesivo; agente físico lesivo.</p> <p>Características definidoras: Alteração no parâmetro fisiológico; expressão facial de dor.</p> |
| <p>Domínio 12. Conforto Classe 1. Conforto físico</p> <p style="text-align: center;">Conforto prejudicado</p> |
| <p>Fatores relacionados: Controle ambiental e situacional insuficiente; estímulos ambientais nocivos; privacidade insuficiente.</p> <p>Características definidoras: Controle ambiental e situacional insuficiente; estímulos ambientais nocivos; privacidade insuficiente.</p> |

O quadro 2, envolve os DE de risco mais relevantes, em conjunto com os domínios, classe de inserção e fatores de risco relacionados.

Quadro 2 - Diagnósticos de Enfermagem de risco em pacientes acometidos por COVID-19 internados na UTI Respiratória. Florianópolis (SC), Brasil, 2020.

| |
|---|
| <p>Domínio 2. Nutrição Classe 4. Metabolismo</p> <p>Risco de glicemia instável</p> |
| <p>Fatores de risco: -</p> |
| <p>Domínio 2. Nutrição Classe 5. Hidratação</p> <p>Risco de desequilíbrio eletrolítico</p> |
| <p>Fatores de risco: Volume de líquidos deficiente; volume de líquidos excessivo; diarreia.</p> |
| <p>Domínio 2. Nutrição Classe 5. Hidratação</p> <p>Risco de volume de líquidos desequilibrado</p> |
| <p>Fatores de risco: A serem desenvolvidos.</p> |
| <p>Domínio 4. Atividade/repouso Classe 4. Respostas cardiovasculares/pulmonares</p> <p>Risco de perfusão tissular periférica ineficaz</p> |
| <p>Fatores de risco: -</p> |
| <p>Domínio 4. Atividade/repouso Classe 4. Respostas cardiovasculares/pulmonares</p> <p>Risco de pressão arterial instável</p> |
| <p>Fatores de risco: -</p> |
| <p>Domínio 9. Enfrentamento/tolerância ao estresse Classe 2. Respostas de enfrentamento</p> <p>Risco de resiliência prejudicada</p> |
| <p>Fatores de risco: Apoio social insuficiente; interrupção de rituais familiares; múltiplas situações adversas coexistentes.</p> |
| <p>Domínio 11. Segurança/proteção Classe 1. Infecção</p> <p>Risco de infecção</p> |
| <p>Fatores de risco: Alteração na integridade da pele; estase de líquidos orgânicos.</p> |
| <p>Domínio 11. Segurança/proteção Classe 2. Lesão física</p> <p>Risco de aspiração</p> |
| <p>Fatores de risco: Motilidade gastrointestinal diminuída; tosse ineficaz.</p> |
| <p>Domínio 11. Segurança/proteção Classe 2. Lesão física</p> <p>Risco de choque</p> |
| <p>Fatores de risco: A serem desenvolvidos.</p> |
| <p>Domínio 11. Segurança/proteção Classe 2. Lesão física</p> <p>Risco de lesão na córnea</p> |
| <p>Fatores de risco: Exposição do globo ocular.</p> |

| |
|--|
| Domínio 11. Segurança/proteção Classe 2. Lesão física |
| Risco de lesão por pressão |
| Fatores de risco: Forças de cisalhamento; incontinência; período prolongado de imobilidade em superfície; pressão sobre saliência óssea; sobrepeso. |
| Domínio 11. Segurança/proteção Classe 2. Lesão física |
| Risco de quedas |
| Fatores de risco: Mobilidade prejudicada. |

Salienta-se que os DE “Déficit no autocuidado para alimentação”, “Déficit no autocuidado para o banho”, “Risco de glicemia instável”, “Risco de perfusão tissular periférica ineficaz” e “Risco de pressão arterial instável”, não apresentaram fatores relacionados e fatores de risco que vinculam o diagnóstico ao paciente em situação crítica de saúde, de acordo com a experiência.

Em relação aos DE “Troca de gases prejudicada”, “Risco de volume de líquidos desequilibrado” e “Risco de choque”, ainda não foi definido pela literatura estudada os fatores relacionados e de risco, constando no referencial NANDA-I o termo “a serem definidos”. Ainda, exprime-se a carência de fatores de relacionados e de risco que integre particularidades de pacientes críticos internados em unidade intensiva em alguns dos DE identificados, principalmente nos diagnósticos “Resposta disfuncional ao desmame ventilatório”, “Confusão aguda” e “Risco de lesão na córnea”.

DISCUSSÃO

De acordo com os sinais e sintomas elencados, percebeu-se que muitos relacionavam-se com as respostas cardiovasculares e pulmonares. Estudo apontou, inclusive, a associação da gravidade da doença com o desenvolvimento de criticidade da situação clínica e de sequelas, principalmente no sistema cardiovascular e respiratório⁽⁶⁾.

Em relação ao sistema cardiovascular, é frequente o aparecimento de lesões miocárdicas, redução da função sistólica, miocardite relacionada à infecção e arritmias. Acredita-se que esses danos são secundários ao comprometimento pulmonar, o que leva a um aumento da morbidade e letalidade em pacientes críticos acometidos por COVID-19, especialmente os que já apresentam doenças cardíacas preexistentes⁽⁷⁾.

No que se refere ao sistema respiratório, evidencia-se um maior acometimento da infecção pelo SARS-CoV-2. Nos casos em estágio grave ou crítico pode ser evidenciado a presença de pneumonia grave, insuficiência respiratória e SDRA. Salienta-se o

desenvolvimento da fibrose pulmonar como uma seqüela da COVID-19, contudo inicia-se ainda durante a fase aguda da infecção pelo SARS-CoV-2, o que leva a um agravamento de todo percurso do processo infeccioso. Cabe ressaltar que um dos principais mecanismos para o desencadeamento da fibrose pulmonar, é o desequilíbrio do sistema renina-angiotensina⁽⁸⁾.

Nesse sentido, identifica-se um número expressivo em relação à demanda do uso da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) por pacientes infectados pelo SARS-CoV-2, durante a internação em unidades de tratamento intensivo. É estimado que a cada 373 pacientes internados na UTI, 320 necessitam de VMI. Ainda, destaca-se a significativa taxa de mortalidade em pacientes que recebem suporte ventilatório invasivo, referindo a 76,4% na faixa etária entre 18 e 65 anos e 97,2% em maiores de 65 anos⁽⁹⁾.

Em relação aos DE elencados, foi evidenciada a presença de oito domínios, sendo eles: Domínio 2 - Nutrição; Domínio 3 - Eliminação e troca; Domínio 4 - Atividade/repouso; Domínio 5 - Percepção/cognição; Domínio 7 - Papéis e relacionamentos; Domínio 9 - Enfrentamento/tolerância ao estresse; Domínio 11 - Segurança/proteção; e Domínio 12 - Conforto.

Durante o período da experiência, foi percebido que o principal motivo de internação na UTI Respiratória condiz à descompensação respiratória com presença de hipoxemia e desenvolvimento de sinais clínicos para Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA) hipoxêmica e possível evolução para uma SDRA. Nessa perspectiva, pode ser sustentada a inferência dos DE “Troca de gases prejudicada” e “Ventilação espontânea prejudicada”.

Seguindo as recomendações estabelecidas para o suporte intensivo⁽¹⁰⁾ no manejo da IRpA e SDRA, faz-se necessário o suporte ventilatório invasivo. De modo que inicialmente opta-se por uma estratégia de ventilação protetora, no modo volume controlado, em associação com a infusão de sedoanalgesia contínua e uso de bloqueador neuromuscular nas primeiras 48 horas. Também nessa mesma fase, pode-se atrelar ao manejo clínico a execução da posição prona, sendo possível perceber a evidente redução da hipoxemia com reflexos clínicos positivos.

Nesse sentido, a prática da posição prona reduz a mortalidade e aponta desfechos favoráveis, que sobressaem as possíveis complicações. Contudo, é comum que pacientes acometidos por COVID-19 demandem a realização de vários ciclos de pronação, devido a necessidade de sustentar a melhora clínica relacionada a oxigenação. O período de duração da posição preconizado no hospital universitário⁽¹¹⁾ é de 16 a 20 horas, todavia estudos⁽¹²⁾ apontam também a eficácia com a utilização do intervalo de 12 a 16 horas.

A decisão para a execução da manobra é realizada após discussão com a equipe assistencial multiprofissional, sendo analisado cada caso individualmente. Primeiramente deve-se verificar se o paciente está com um nível de sedoanalgesia adequado, se está adaptado na ventilação, se o tubo orotraqueal está posicionado corretamente, para que seja possível prosseguir a sequência do raciocínio com o seguimento dos critérios de indicação, que podem ser encontrados no Protocolo Clínico COVID-19 do HU/UFSC⁽¹¹⁾: SDR moderada ou grave, com relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 150\text{mmHg}$ com hipoxemia refratária ($\text{PEEP} > 10\text{ cmH}_2\text{O}$ e $\text{FiO}_2 > 60\%$) nas primeiras 6-12 horas em ventilação mecânica; e/ou dificuldade de manter a ventilação protetora (pressão de distensão alveolar $\leq 15\text{cmH}_2\text{O}$, pressão de platô $< 30\text{cmH}_2\text{O}$, volume de ar corrente de 4-6ml/kg de peso ideal e $\text{pH} > 7,15$); e/ou disfunção de ventrículo direito.

Em conjunto com a disfunção ventilatória e medidas para o manejo clínico dos casos críticos de COVID-19, percebe-se, de acordo com a prática, que o paciente também revela diversos agravos sistêmicos de saúde durante o percurso da infecção, o que torna necessário o uso de procedimentos invasivos médicos e de enfermagem. Dessa maneira, acarreta-se uma maior exposição a patógenos presentes no ambiente hospitalar, onde é importante salientar o emprego do diagnóstico “Risco de Infecção”, para possível determinação de cuidados que objetivam a prevenção e/ou diminuição dessa exposição.

Destaca-se a utilização de *bundles* durante a assistência que envolvam a prevenção de infecções relacionadas a dispositivos invasivos. Preconizados pelo hospital universitário, os *bundles* em uso englobam: prevenção de infecção de corrente sanguínea associada ao uso do cateter venoso central; prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica; e prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de sonda vesical de demora.

Ainda, conforme a experiência torna-se importante considerar que a realização de intervenções para o suporte intensivo irá repercutir em outras dimensões do cuidado, tendo em vista que os pacientes críticos em uso de sedação, bloqueio neuromuscular contínuo, VMI e alta probabilidade de execução da posição prona, tornam-se dependentes para mobilização física, cuidados de higiene, manutenção da alimentação e favorecimento da elevação do risco de desenvolvimento de lesões. Além disso, salienta-se o aumento do acúmulo de secreções no trato respiratório com consequente diminuição da proteção de vias aéreas.

Nesse sentido, é possível elencar os DE: “Mobilidade física prejudicada”, “Motilidade gastrointestinal disfuncional”, “Déficit no autocuidado para banho”, “Déficit no autocuidado para alimentação”, “Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais”, “Risco de lesão por pressão”, “Risco de lesão de córnea”, “Integridade tissular prejudicada”, “Desobstrução ineficaz de vias aéreas” e “Risco de aspiração”.

Durante as internações prolongadas de pacientes críticos na UTI Respiratória, observa-se que a evolução da infecção pelo SARS-CoV-2 acarreta diversas complicações em saúde. Pode ser destacada a sepse, o aumento do risco de choque, falência múltipla de órgãos, lesão renal aguda, lesão cardíaca e tromboembolismo^(13,14). Nessa perspectiva, a internação do paciente acometido por COVID-19 demanda a abrangência da agilidade de julgamento, raciocínio clínico e tomada de decisão. Assim, aponta-se os DE frente a complicações clínicas, como: “Risco de desequilíbrio eletrolítico”, “Risco de glicemia instável”, “Risco de perfusão tissular periférica ineficaz”, “Risco de pressão arterial instável”, “Risco de choque” e “Risco de volume de líquidos desequilibrado”.

Outro ponto a ser salientado que foi percebido durante a prática, refere-se ao despertar difícil que os pacientes críticos diagnosticados com COVID-19 apresentam. Inúmeras são as tentativas com a meta de suspensão de bloqueador neuromuscular e diminuição da sedação, no entanto, ocorrem falhas no plano devido a manifestações relacionadas a alteração no nível de consciência ao despertar, presença de agitação, distúrbios de cognição com a impossibilidade de obedecer a comandos verbais, o que sustenta a inferência do DE “Confusão aguda”.

Dentro das diversas consequências que tentativas falhas de despertar acarretam, foi possível identificar o aumento do risco para extubação acidental devido à agitação, prolongamento do tempo de uso de suporte ventilatório invasivo, maior exposição para a ocorrência de dor e desconforto, aumento do período de permanência do paciente na UTI e consequente morosidade na liberação de leitos, e ainda sobrecarga da equipe assistencial. Nesse percurso, pode ser incluído os DE “Risco de quedas”, “Dor aguda”, e “Conforto prejudicado”.

De acordo com o estudo⁽¹⁵⁾ é alta a frequência de alterações neurológicas em pacientes no ambiente de terapia intensiva com diagnóstico de COVID-19. Uma vez que após a interrupção do bloqueador neuromuscular, percebe-se um estado incomum de agitação. Ainda, foi evidenciado o diagnóstico de delirium ou presença de sintomas neurológicos em 84,3% dos pacientes da pesquisa, sendo o tipo hiperativo com maior frequência⁽¹⁵⁾.

Estudos apontam que a justificativa para a ocorrência da notável prevalência do desenvolvimento de distúrbios neurológicos nos pacientes críticos acometidos por COVID-19, corresponde a hipótese de que a infecção pelo SARS-CoV-2 possui um potencial neuroinvasivo considerável, o que pode resultar em degeneração de células nervosas com comprometimento cognitivo⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Como reflexo aos efeitos neurológicos e aos danos pulmonares que o vírus causa, os pacientes apresentam dificuldades no desmame ventilatório. Nesse sentido, é possível perceber a intolerância dos pacientes nos planos de extubação, demonstrando falha nos testes de

respiração espontânea na presença da redução de parâmetros ventilatórios. Desse modo, elenca-se o DE “Resposta disfuncional ao desmame ventilatório”.

Ao mesmo tempo que pode ser identificado diagnósticos relacionados ao decurso fisiopatológico da infecção, com fatores de risco que refletem na manutenção e comprometimento das necessidades fisiológicas, também é necessário pensar no processo de envolvimento disfuncional de papéis familiares e relacionamentos. Conforme a experiência, entende-se que a permanência na UTI produz prejuízos no desenvolvimento de vínculo, o que se deve a condições como o afastamento abrupto de convívios familiares e vínculos afetivos, o que sustenta os diagnósticos “Processos familiares interrompidos” e “Interação social prejudicada”.

É importante salientar que na realidade vivenciada, a equipe assistencial mobiliza-se para a realização de chamadas de vídeo com familiares, inclusive nos momentos em que o paciente permanece em uso de sedação contínua. Acredita-se que essa ação traz reflexos positivos para o cuidado com o paciente e readaptação após o despertar, além de ser um meio de confortar a família a qual muitas vezes está em meio a um processo de sofrimento pelo distanciamento físico e situação de doença do familiar.

Nessa perspectiva, também é preciso considerar as respostas de enfrentamento dos pacientes frente à situação de internação em um ambiente intensivo, com diagnóstico de COVID-19 em meio a um cenário pandêmico. Tendo em vista ainda, que o fato de necessitar de cuidados intensivos já é temível, mesmo fora da situação de uma pandemia. Assim, grande parte dos pacientes que recebe-se na UTI Respiratória apresentam como resposta ao contexto, relatos verbais de medo, desesperança quanto a situação de saúde e resistência ao manejo invasivo, além de manifestações de ansiedade e tremores. O que se deve grande parte ao conhecimento prévio de informações difundidas em redes informativas de um desfecho não favorável da infecção. Com isso, infere-se os DE “Ansiedade relacionada à morte”, “Medo” e “Risco de resiliência prejudicada”.

Ademais, aponta-se que esse relato de experiência corroborou com os resultados de uma pesquisa realizada por membros *experts* da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem, que propuseram diagnósticos de enfermagem para pacientes suspeitos ou com COVID-19 em diversos cenários⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

Por meio da experiência, foram alcançados os objetivos propostos pelo estudo, ao apresentar os principais sinais e sintomas percebidos em pacientes críticos acometidos por COVID-19 e inferir os diagnósticos de enfermagem mais relevantes entre esses pacientes.

A apresentação desse relato de experiência, possibilitou a reflexão em relação as potencialidades e desafios da oportunidade de estar inserido no ambiente de cuidados intensivos referência para o tratamento da COVID-19. Portanto, a assistência de enfermagem nesse contexto é complexa, árdua e desafiadora, devido à alta demanda de cuidados intensivos e instabilidade frente ao manejo clínico, contudo enriquecedora.

Os resultados dessa experiência podem servir como inspiração e apoio, a fim de direcionar a prática dos enfermeiros que estão envolvidos diretamente na assistência de pacientes críticos com diagnóstico de COVID-19. Assim como, estimular o pensamento crítico-reflexivo e raciocínio clínico na assistência em associação com a implementação do processo de enfermagem, usufruindo desse método científico para o favorecimento de tomadas de decisões eficientes e seguras no cuidado integral, e ainda o fortalecimento da visibilidade em relação à atuação do enfermeiro dentro da equipe assistencial.

Participar como enfermeiro na linha de frente durante a pandemia em um ambiente intensivo demanda determinação e potência. Contudo, foi uma experiência recompensadora tanto na dimensão profissional, quanto pessoal. A intenção deste estudo é também estimular outros enfermeiros a mergulhar em experiências e compartilhá-las. Entende-se que esse profissional pode estar inserido em diversos contextos assistenciais, e assim intensificar o seu olhar para pesquisas, contribuindo para o universo científico, por meio da disseminação de suas experiências e resultados de pesquisas.

Apesar do grande volume de produções científicas com foco na COVID-19, é possível perceber escassez de estudos direcionados aos pacientes críticos, em especial na atenção da assistência de enfermagem. Nesse sentido, sugere-se a realização de novas pesquisas com foco nessa população, que compreenda o desenvolvimento do avanço da infecção, assim como, a manifestação de sinais e sintomas e um plano de cuidados, que contemple os resultados esperados e intervenções de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1 Croda J, Oliveira WK, Frutuoso RL, Mandetta LH, Silva DCB, Sousa JDB, et al. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2020; 53(e20200167): 1-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0167-2020>

- 2 Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The new england journal of medicine*. 2020; 382(18):1708-20. DOI: <http://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>
- 3 Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358/2009. Dispõe sobre 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, e dá outras providências. Brasília (DF): 2009.
- 4 Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020/ [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018.
- 5 Quaresma A, Xavier XM, Cezar-Vaz MR. Nurses' clinical reasoning: a Dual Process Theory approach. *Rev enferm UERJ*. 2019; 27(e37862):1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.37862>
- 6 Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Alerta Epidemiológico Complicações e sequelas da COVID-19. Brasília (DF): 2020.
- 7 Bose RJC, Mccarthy JR. Direct SARS-CoV-2 infection of the heart potentiates the cardiovascular sequelae of COVID-19. *Drug Discovery Today*. 2020; 25(9):1559-1560. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drudis.2020.06.021>
- 8 Delpino MV, Quarleri J. SARS-CoV-2 Pathogenesis: Imbalance in the Renin-Angiotensin System Favors Lung Fibrosis. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. 2020; 10:1-5. DOI: <http://doi.org/10.3389/fcimb.2020.00340>
- 9 Safiya R, Jamie SH, Mangala N, James MC, Thomas M, Karina WD, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020; 323(20):2052-2059. DOI: <http://doi.org/10.1001/jama.2020.6775>
- 10 Corrêa TD, Matos GFJ, Bravim BA, Cordioli RL, Garrido APG, Assuncao MSC, et al. Intensive support recommendations for critically-ill patients with suspected or confirmed COVID-19 infection. *Einstein (São Paulo)*. 2020; 18(Eae5793):1-9. DOI: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE5793
- 11 Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Protocolo clínico COVID-19: posição prona em adultos. Florianópolis. 2020;1-6. DOI: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/10197/4923501/PRT.CPA-COVID19.008+Protocolo+Posi%C3%A7%C3%A3o+Prona+UTI+Adultos.pdf/460ca490-8645-47c4-8cb4-8c784d518579>

- 12 Araújo MS, Santos MMP, Silva CJA, Menezes RMP, Feijão AR, Medeiros SM. Prone positioning as an emerging tool in the care provided to patients infected with COVID-19: a scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29(e3397):1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4732.3397>
- 13 Xu XW, Wu XX, Jiang XG, Xu KJ, Ying LJ, Ma CL, et al. Clinical findings in a group of patients infected with the 2019 novel coronavirus (SARS-Cov-2) outside of Wuhan, China: retrospective case series. *BMJ*. 2020;368(m606):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m606>
- 14 Alhazzani W, Moller MH, Arabi YM, Loeb M, Gong MN, Fan E, et al. Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive Care Med*. 2020;1(34):854-887. DOI: <http://doi.org/10.1007/s00134-020-06022-5>
- 15 Helms J, Kremer S, Merdji H, Schenck M, Severac F, Jehl RC, et al. Delirium and encephalopathy in severe COVID-19: a cohort analysis of ICU patients. *Critical Care*. 2020;24(491):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03200-1>
- 16 Kotfis K, Roberson SW, Wilson JE, Pun BT, Ely EW, Jezowska I, et al. What do we need to know about ICU delirium during the SARS-CoV-2 pandemic? *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2020;52(2):132-138. DOI: <https://doi.org/10.5114/ait.2020.95164>
- 17 Cipriani G, Danti S, Nuti A, Carlesi C, Lucetti C, Fiorino MD. A complication of coronavirus disease 2019: delirium. *Acta Neurol Belg*. 2020;120:927-932. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13760-020-01401-7>
- 18 Barros ALBL, Silva VM, Santana RF, Cavalcante AMRZ, Vitor AR, Lucena AF, et al. Brazilian Nursing Process Research Network contributions for assistance in the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(e20200798):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0798>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados por meio do artigo científico, fruto desse Trabalho de Conclusão de Residência, permitiram o alcance dos objetivos propostos pelo estudo, ao apresentar os principais sinais e sintomas observados em pacientes críticos acometidos por COVID-19 e inferir os diagnósticos de enfermagem mais relevantes entre esses pacientes.

Dentre os principais sinais e sintomas evidenciados, foi possível perceber uma prevalência de correlação com as respostas cardiovasculares e pulmonares. E por meio da experiência e prática do raciocínio clínico, sustentou-se a inferência de 29 diagnósticos de enfermagem, destes 17 compreendem a diagnósticos com foco no problema e 12 como diagnósticos de risco.

Portanto, a apresentação desse relato de experiência possibilitou a reflexão em relação as potencialidades e desafios acerca da oportunidade de estar inserido no ambiente de cuidados intensivos referência para COVID-19. Nesse sentido, a assistência de enfermagem nesse contexto é complexa, árdua e desafiadora, devido à alta demanda de cuidados intensivos e instabilidade frente ao manejo clínico, contudo enriquecedora.

Os resultados dessa experiência podem servir como inspiração e apoio, a fim de direcionar a prática dos enfermeiros que estão envolvidos diretamente na assistência de pacientes críticos com diagnóstico de COVID-19. Assim como, estimular o pensamento crítico-reflexivo e raciocínio clínico na assistência em associação com a implementação do processo de enfermagem, usufruindo desse método científico para o favorecimento de tomadas de decisões eficientes e seguras no cuidado integral, conceituando a cientificidade para a área, e ainda o fortalecimento da visibilidade em relação à atuação do enfermeiro dentro da equipe assistencial.

Participar como enfermeiro na linha de frente durante a pandemia em um ambiente intensivo demanda determinação e potência. Contudo, foi uma experiência recompensadora tanto na dimensão profissional, quanto pessoal. Destaco a relevância do trabalho da equipe multiprofissional que está inserida no cenário da experiência, onde possibilitou uma assistência de saúde de excelência na dimensão do cuidado com os pacientes, mesmo com todas as adversidades que uma pandemia proporciona.

Ademais, a intenção deste estudo é também estimular outros enfermeiros a mergulhar em experiências e compartilhá-las. Entendendo que esse profissional pode estar inserido em diversos contextos assistenciais, e assim intensificar o seu olhar para pesquisas, contribuindo

para o universo científico, por meio da disseminação de suas experiências e resultados de pesquisas.

Em relação às limitações do estudo, aponta-se a carência de fatores relacionados e fatores de riscos nos diagnósticos “Troca de gases prejudicada”, “Resposta disfuncional ao desmame ventilatório”, “Déficit no autocuidado para alimentação”, “Déficit no autocuidado para o banho”, “Confusão aguda”, “Risco de glicemia instável”, “Risco de volume de líquidos desequilibrado”, “Risco de perfusão tissular periférica ineficaz”, “Risco de pressão arterial instável”, “Risco de lesão na córnea” e “Risco de choque” que contemplasse fatores que pudessem ser vinculados em pacientes com condições graves de saúde.

Apesar do grande volume de produções científicas com foco na COVID-19, é possível perceber escassez de estudos direcionados aos pacientes críticos, em especial na assistência de enfermagem. Nesse sentido, sugere-se a realização de novas pesquisas com foco nessa população, que compreenda o desenvolvimento do avanço da infecção, assim como, a manifestação de sinais e sintomas e um plano de cuidados, que contemple os resultados esperados e intervenções de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALGAHTANI, J.S. et al. Prevalence, Severity and Mortality associated with COPD and Smoking in patients with COVID-19: A Rapid Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS ONE**, v.15, n.5:e0233147. 2020. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233147>>. Acesso em: 01 out. 2020.

ALHAZZANI, W. et al. Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). **Intensive Care Med**, v.1, n.34, p.854-887. 2020. Disponível em: <<http://doi.org/10.1007/s00134-020-06022-5>>. Acesso em: 29 set. 2020.

ARAÚJO, M.S. et al. Posição prona como ferramenta emergente na assistência ao paciente acometido por COVID-19: scoping review. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.29:e3397, p.1-12. 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4732.3397>>. Acesso em: 06 jan. 2021.

BARROS, A.L.B.L. et al. Contribuições da rede de pesquisa em processo de enfermagem para assistência na pandemia de COVID-19. **Rev Bras Enferm**, v.73:e20200798, p.1-11. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0798>>. Acesso em: 22 dez. 2020.

BASTOS, G.A.N. et al. Características clínicas e preditores de ventilação mecânica em pacientes com COVID-19 hospitalizados no sul do país. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.32, n.4, p.1-6. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200082>>. Acesso em: 01 out. 2020.

BISPO, M.M. et al. Diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes críticos. **Esc Anna Nery**, v.20, n.2, p.357-362. Disponível em: <<http://doi.org/10.5935/1414-8145.20160049>>. Acesso em: 10 out. 2020

BOSE, R.J.C., MCCARTHY, J.R. Direct SARS-CoV-2 infection of the heart potentiates the cardiovascular sequelae of COVID-19. **Drug Discovery Today**, v.25, n.9, p.1559-1560. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.drudis.2020.06.021>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358/2009. **Dispõe sobre 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, e dá outras providências**. Brasília (DF), 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19**, 87p. mai. 2020. Disponível em:

<<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/08/Diretriz-Covid19-v4-07-05.20h05m.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **HU-UFSC Hospital Universitário da UFSC**. Apresentação. Brasil, 2020b. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc>>. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Brasil, 2020c. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/ensino-e-pesquisa/residencia-integrada-multiprofissional-em-saude>>. Acesso em: 20 out. 2020.

CARVALHO, E.C.; OLIVEIRA-KUMAKURA, A.R.S.; MORAIS, S.C.R.V. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumento de avaliação. **Revista Brasileira de Enfermagem [internet]**, v.70, n.3, p.690-6. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>>. Acesso em: 01 out. 2020.

CHEN, Y.; GUO, Y.; PAN, Y.; ZHAO, Z.J. Structure analysis of the receptor binding of 2019-nCoV. **Biochemical and Biophysical Research Communications**, v. 525, n. 1, p. 135-40, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.bbrc.2020.02.071>>. Acesso em: 22 set. 2020.

CIPRIANI, G. et al. A complication of coronavirus disease 2019: delirium. **Acta Neurol Belg**, v.120, p.927-932. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s13760-020-01401-7>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>> Acesso em: 01 out. 2020.

CORRÊA, T.D. et al. Recomendações de suporte intensivo para pacientes graves com infecção suspeita ou confirmada pela COVID-19. **Einstein (São Paulo)**, v.18:Eae5793, p.1-9. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE5793>. Acesso em: 20 dez. 2020.

CRODA, J. et al. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, v. 53, n. e20200167, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0037-8682-0167-2020>>. Acesso em: 30 set. 2020.

DELPINO, M.V.; QUARLERI, J. SARS-CoV-2 Pathogenesis: Imbalance in the Renin-Angiotensin System Favors Lung Fibrosis. **Frontiers in Cellular and Infection Microbiology**, v.10, p.1-5. 2020. Disponível em: <<http://doi.org/10.3389/fcimb.2020.00340>>. Acesso em: 05 dez. 2020.

FERNANDES, B.K.C. et al. Diagnósticos de enfermagem para idosos frágeis institucionalizados. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.13, n.4, p.966-72, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a237572p966-972-2019>>. Acesso em: 26 set. 2020.

GUAN, W. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **The new england journal of medicine**, v. 382, n. 18, p. 1708-20, 2020. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2002032>>. Acesso em: 25 set. 2020.

HELMS, J. et al. Delirium and encephalopathy in severe COVID-19: a cohort analysis of ICU patients. **Critical Care**, v.24, n.491, p. 1-11. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13054-020-03200-1>>. Acesso em: 06 jan. 2021.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**; com a colaboração de Brigitta E.P Catellanos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HUANG, C.M.D. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)>. Acesso em: 23 set. 2020.

HU/UFSC. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Protocolo clínico COVID-19: posição prona em adultos**, p.1-6. 2020. Florianópolis, 25 mar. 2020. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/10197/4923501/PRT.CPA-COVID19.008+Protocolo+Posi%C3%A7%C3%A3o+Prona+UTI+Adultos.pdf/460ca490-8645-47c4-8cb4-8c784d518579>>. Acesso em: 24 dez. 2020.

KOHARCHIK, L. et al. Fostering Clinical Reasoning in Nursing Students. **AJN**, v.115, n.1, p.58-61. 2015. Disponível em: <10.1097 / 01.NAJ.0000459638.68657.9b>. Acesso em: 10 out. 2020.

KOTFIS, K. et al. COVID-19: What do we need to know about ICU delirium during the SARS-CoV-2 pandemic? **Anaesthesiol Intensive Ther**, v.52, n.2, p.132-138. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5114/ait.2020.95164>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

LAI, C.C. et al. Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease, and pneumonia due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): Facts and myths. **Journal of Microbiology, Immunology and Infection**, v.53, n.3, p.404-412. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.02.012>>. Acesso em: 01 out. 2020.

LIMA, M.L.S.O. et al. A química dos saneantes em tempos de COVID-19: você sabe como isso funciona? **Quim. Nova**, v. 43, n. 5, p. 668-78, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21577/0100-4042.20170552>>. Acesso em: 25 set. 2020.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros.[et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Alerta Epidemiológico Complicações e sequelas da COVID-19**. 12 de agosto de 2020, Wshington. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=alerta-epidemiologico-complicacoes-e-sequelas-da-covid-19&Itemid=965>. Acesso em: 25 set. 2020.

QUARESMA, A.; XAVIER, X.M.; CEZAR-VAZ, M.R. Raciocínio clínico do enfermeiro: uma abordagem segundo a Teoria do Processo Dual. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.27:e37862. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.37862>>. Acesso em: 27 set. 2020.

SAFIYA, R. et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. **JAMA**, v.323, n.20, p.2052-59. 2020. Disponível em: <<http://doi.org/10.1001/jama.2020.6775>>. Acesso em: 29 set. 2020

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Projeto político-pedagógico de curso de pós-graduação *lato sensu* em residência multiprofissional e uniprofissional em saúde.** Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://coremu.paginas.ufsc.br/files/2019/09/Projeto_Curso_RIMS.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

VELLINGIRI, B. et al. COVID-19: A promising cure for the global panic. **Science of The Total Environment**, v. 725, n. 138277, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138277>>. Acesso em: 23 set. 2020.

WHO. World Health Organization. **Timeline: WHO's COVID-19 response.** 2020a. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

WHO. World Health Organization. **WHO Statement regarding cluster of pneumonia cases in Wuhan, China,** 2020b. Disponível em: <<https://www.who.int/china/news/detail/09-01-2020-who-statement-regarding-cluster-of-pneumonia-cases-in-wuhan-china>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

WHO. World Health Organization. **WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV),** 2020c. Disponível em: <[https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))>. Acesso em: 16 ago. 2020.

WHO. World Health Organization. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19,** mar. 2020d. Disponível em: <<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>>. Acesso em: 10 set. 2020.

WHO. World Health Organization. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 75,** abr. 2020e. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200404-sitrep-75-covid-19.pdf?sfvrsn=99251b2b_4>. Acesso em: 10 set. 2020.

WHO. World Health Organization. **WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard,** 2020f. Disponível em: <<https://covid19.who.int/table>>. Acesso em: 20 set. 2020.

XU, X.W. et al. Clinical findings in a group of patients infected with the 2019 novel coronavirus (SARS-Cov-2) outside of Wuhan, China: retrospective case series. **BJM**, v.368:m606. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.m606>>. Acesso em: 26 set. 2020.

ZHOU, P. et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. **Nature**, v. 579, n. 7798, p. 270-273, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>>. Acesso em: 23 set. 2020.

ANEXO A – INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

25/01/2021

Rev. esc. enferm. USP - Instruções aos autores



ISSN 0080-6234 *versão impressa*
ISSN 1980-220x *versão on-line*

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

- [Política editorial](#)
- [Incentivo de ciência aberta](#)
- [Tipos de publicação](#)
- [Estratégias de qualificação para os manuscritos](#)
- [Estrutura e preparação do manuscrito](#)
- [Exemplos de citações de referência de acordo com o tipo de documento](#)

Atualizado em

04 de janeiro de 2021.

Política Editorial

A REEUSP aceita artigos científicos que apresentem contribuições originais e inéditas para a construção do conhecimento em Enfermagem e Saúde. Além disso, o conteúdo dos artigos deve agregar conhecimento e representar um avanço para a prática clínica, ensino e / ou pesquisa em Enfermagem e Saúde.

REEUSP é publicado em *passerole*, apenas na versão eletrônica. O processo de revisão de todos os artigos submetidos à REEUSP é a revisão por pares. O processo de revisão inicia-se com a pré-análise, conduzida pelo Editor Científico, que decidirá sobre sua aprovação ou rejeição nesta fase. Uma vez aprovado na pré-análise, o texto é encaminhado ao Editor Associado, que o encaminha aos revisores. Os nomes dos Editores Científicos e Associados serão identificados no artigo publicado.

A REEUSP usa o software CrossRef para identificar textos semelhantes. Textos que apresentarem semelhanças com outros já publicados, serão excluídos do processo de revisão. Nestes casos, a REEUSP adota as diretrizes e fluxogramas recomendados pelo Comitê de Ética em Publicações - COPE (<http://publicationethics.org/>).

Incentivo de ciência aberta

A REEUSP adota a política de acesso aberto e os **Princípios Orientadores para a gestão e gestão de dados científicos** - FAIR (Findable, Accessible, Interoperable and Reusable) (<https://www.force11.org/fairprinciples>), que apoiam o transparente e acessível compartilhamento de conhecimento por meio de redes colaborativas. O conteúdo publicado está sob o Creative Commons (CC-BY).

REEUSP segue também as recomendações do TOP Transparency and Openness Promotion (<https://osf.io/dngy3/>) e aceita manuscritos depositados em servidores de preprints não comerciais como SciELO Preprints - <https://preprints.scielo.org>

Uma pré-impressão é uma versão manuscrita que não foi revisada por pares. O autor deve informar à REEUSP o número DOI atribuído ao pré-impresso e o servidor onde foi depositado. O material deve obedecer à licença *Creative Commons* para compartilhamento de dados.

Ainda de acordo com as recomendações do TOP, a partir de 2021, a REEUSP incentiva o compartilhamento de dados de pesquisas, que será

obrigatório a partir de 2022. Os dados de pesquisa compreendem modelos, métodos, relatórios, softwares, procedimentos, questionários, estatísticas, em resumo, dados que podem ser compartilhados e potencialmente úteis para novas pesquisas.

Informações sobre repositórios, depósito e compartilhamento de dados de pesquisa em repositórios públicos podem ser encontradas em <https://data.scielo.org>, <https://metabuscador.uspdigital.usp.br/>, <https://www.re3data.org> e www.abennacional.org.br. Recomenda-se citar e indicar os links dos repositórios como Material Suplementar, após o item do manuscrito "Conclusão" ou "Considerações Finais".

A REEUSP solicita o Open Science Compliance Form - SciELO ([modelo em anexo](#)), que deve ser carregado no ScholarOne como Arquivo Complementar para Revisão.

Os manuscritos podem ser submetidos em português, inglês ou espanhol e devem ser encaminhados exclusivamente para a REEUSP. O envio simultâneo de um manuscrito para outro periódico, parcial ou totalmente, não é permitido.

O jornal usa as "Recomendações para a conduta, relato, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em revistas médicas" (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations/>).

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, é necessário o envio de cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP - *Comitê de Ética em Pesquisa*) do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP - *Comissão Nacional de Ética em Pesquisa*) conforme às diretrizes e regulamentos do Conselho Nacional de Saúde (CNS - *Conselho Nacional de Saúde*) ou equivalente no país onde a pesquisa foi realizada. Em pesquisas envolvendo animais, é necessária a aprovação do Comitê de Ética no Uso de Animais.

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e coleta de dados: no máximo 5 anos.

O manuscrito deve ser submetido online em ScholarOne (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), juntamente com uma carta dirigida ao Editor-Chefe fornecendo os objetivos por trás da seleção de REEUSP para submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e contribuições do texto, em comparação com publicações recentes sobre o mesmo tema.

Pessoas tratadas como autores, devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito para assumir a responsabilidade pelo seu conteúdo. O Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) recomenda que a autoria deve contemplar os seguintes critérios: a) contribuições substanciais na concepção e desenho do estudo; b) na coleta, análise e interpretação dos dados; c) na redação e revisão crítica do artigo; d) na aprovação final da versão a ser publicada. Todos aqueles designados como autores devem atender aos quatro critérios de autoria.

Os autores devem escrever seus nomes por extenso, fornecer uma contribuição detalhada de cada autor, assinar e enviar a **Declaração de Responsabilidade do Autor** ([modelo em anexo](#)).

Todos os autores devem fornecer seu número de registro no ORCID em seu perfil no ScholarOne e informá-lo na submissão (<https://orcid.org/>).

Custos de publicação

Para autores estrangeiros:

Taxa de submissão / editorial

Nenhuma taxa de inscrição será cobrada. Se o artigo for aceito para publicação, será cobrada uma Taxa Editorial de US \$ 500 (quinhentos dólares). As informações sobre o pagamento da taxa editorial serão enviadas ao autor individualmente.

Revisão: Os manuscritos aprovados submetidos em inglês ou espanhol devem ser revisados por um especialista profissional e este serviço é de responsabilidade dos autores

Tipos de publicação

Artigo Original (aceito preferencialmente): Resultado de pesquisa primária, com metodologia rigorosa e clara, discussão aprofundada e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitada a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Revisão sistemática: análise de estudos primários, quantitativos ou qualitativos, com o objetivo de sintetizar evidências. Limitada a 25 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Revisão de escopo: desenvolvida para mapear os conceitos-chave que sustentam uma área de pesquisa, bem como para esclarecer as definições e / ou os limites conceituais de um tema. Limitada a 25 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Estudo Teórico: Análise de teorias ou métodos que sustentam a ciência da enfermagem ou áreas afins que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, gráficos, figuras e referências).

Relatório de implementação de evidências: relatórios de implementação das melhores evidências científicas nos serviços de saúde, segundo a metodologia JBI. Limitado a 25 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras, resultados, discussão de auditorias de base e de acompanhamento e referências).

Relato de Experiência Profissional: Estudo de uma situação de interesse sobre a atuação do enfermeiro em diferentes áreas, contendo uma análise das implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção, ou evidências metodológicas adequadas para avaliação da eficácia de um procedimento ou estratégia. Limitada a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Carta ao Editor: Direcionada a comentários do leitor sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado. Limitado a uma página.

Editorial e Ponto de Vista: Normalmente convidado pelo Editor. Eles não são submetidos à revisão por pares e a taxa editorial não se aplica a eles.

Estratégias de qualificação para os manuscritos

Relações que possam estabelecer **conflito de interesses**, mesmo quando não for o caso, devem ser esclarecidas.

Para a publicação de pesquisas, a REEUSP adota as estratégias de qualificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) e da Melhoria da Qualidade e Transparência da Pesquisa em Saúde (Rede EQUATOR). Essas estratégias são recursos que auxiliam o potencial editorial e seu uso nas citações. A seguir, apresentamos alguns protocolos internacionais validados para serem usados de acordo com o desenho da pesquisa:

Ensaio clínico: CONSORT <http://www.consort-statement.org/downloads> e identificação dos Registros de Ensaio Clínico validados segundo os critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, páginas disponíveis no site do ICMJE (<http://www.icmje.org/>). O número de identificação deve ser apresentado ao final do resumo.

Revisões sistemáticas e meta-análises: PRISMA <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx>. Sempre que possível, apresente o método de concordância adotado para a análise dos artigos incluídos, por exemplo, Kappa.

Análise do escopo: PRISMA-ScR (<https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma-scr/>) e (<http://www.prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews>)

Estudos observacionais em epidemiologia: STROBE http://stroke-statement.org/fileadmin/Stroke/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf

Estudos qualitativos: critérios consolidados para relatar pesquisas qualitativas - COREQ (<https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>)

Nota: Protocolos de outros tipos de estudos podem ser encontrados na rede EQUATOR <http://www.equator-network.org/> e no artigo de Larson E, Cortazal M. Diretrizes de publicação: precisam ser amplamente adotadas. Journal of Clinical Epidemiology. 2012; 65: 239-246.

Estrutura e preparação do manuscrito

Formato do arquivo: doc ou docx (MS Word).

Texto: Ortografia oficial em folhas A4; Espaçamento entre linhas de 1,5; Fonte Times New Roman, tamanho 12, incluindo tabelas. As margens superior, inferior e lateral devem ser de 2,5 cm.

Página de título (deve conter):

Título: Máximo de 16 palavras, apenas no idioma do manuscrito, em negrito, utilizando maiúsculas apenas no início do título e nomes próprios. Não devem ser usados abreviações, acrônimos ou localização geográfica da pesquisa.

O título é a parte mais lida e conhecida de um texto e tem como objetivo informar o conteúdo do artigo. Portanto, deve ser claro, exato e atraente.

Nomes dos autores: completos e sem abreviaturas, numerados em algarismos arábicos, com a afiliação institucional, localidade, estado e país. Os autores devem acompanhar como seus nomes são indexados nas bases de dados e inserir seu ORCID iD em seu perfil na ScholarOne.

Instituições: afiliação institucional de até três hierarquias (Universidade, Corpo Docente, Departamento).

Autor para correspondência: Declaração de nome, endereço para correspondência, telefone e e-mail.

Artigo extraído de dissertação ou tese: Indicar com asterisco, em nota de rodapé, o título, ano e instituição onde foi apresentada.

Resumo: Somente no idioma do manuscrito com até 1290 caracteres com espaços. Deve ser estruturado com as seguintes seções: **Objetivo**, **Método**, **Resultados** e **Conclusão**, exceto para **estudos teóricos**. Os Ensaios Clínicos devem ter o número de registro ao final do resumo.

Descritores: três a seis descritores que identificam o assunto, seguindo a linguagem dos resumos; separados por ponto e vírgula; e extraído do vocabulário DeCS ([Descriptors in Health Sciences](#)), elaborado pela BIREME, ou MeSH ([Medical Subject Headings](#)), elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

Documento principal:

Deve conter título, resumo, descritores e o texto. Não inclua nenhuma identificação do autor.

Conteúdo do texto: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências, apresentados em seções distintas. Os objetivos devem ser inseridos no final da Introdução.

Introdução: Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas de conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

Objetivo: O problema principal deve ser estabelecido e as hipóteses a serem testadas.

Método: subdivide a seção nos tópicos: Desenho do estudo; População; Local; Critério de seleção; Definição da amostra (se aplicável); Coleta de dados, Análise / tratamento de dados, Aspectos éticos.

Resultados: Apresentação e descrição dos dados obtidos, sem interpretações ou comentários. Pode conter tabelas, gráficos e figuras para permitir uma melhor compreensão. O texto deve complementar ou destacar o que é mais relevante, sem repetir os dados fornecidos nas tabelas ou figuras. O número de participantes faz parte da seção Resultados.

Discussão: Deve-se restringir aos dados obtidos e resultados alcançados, destacando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo a concordância e divergências com outras pesquisas publicadas nacionais e internacionais. Deve indicar as limitações do estudo e os avanços na área da enfermagem / saúde.

Conclusão ou Considerações Finais: Devem ser diretas, claras e objetivas, respondendo às hipóteses ou objetivos, e fundamentadas nos resultados e discussão. Não cite referências.

Material Suplementar: De acordo com os preceitos da Ciência Aberta, visa indicar o (s) link (s) do (s) repositório (s) em que os dados da pesquisa estão depositados.

Referências: Máximo 30 (exceto em estudos de revisão, dependendo da estratégia de busca e seleção de inclusão do estudo). Acompanha a proporção de 80% de artigos de periódicos, com pelo menos metade deles indexados em bases de dados internacionais. É permitido no máximo 15% de autocitação entre os citáveis.

Citações de referências no texto: Listadas consecutivamente, em algarismos arábicos sobrescritos e entre parênteses, sem citar o nome

dos autores (exceto aqueles que representem formação teórica). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen, por exemplo, (1-4). Quando não sequenciais, devem ser separados por vírgula, por exemplo, (1-2,4).

Citações de referências no final do texto: Usar o estilo "Vancouver", disponível em (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A lista de referências ao final do manuscrito deve ser numerada de acordo com a seqüência em que os autores foram citados no texto. Os títulos das revistas devem ser abreviados de acordo com a: Lista de Revistas Indexadas para MEDLINE (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/journals/online.html>).

Incluir apenas referências estritamente relevantes ao assunto abordado, atuais (dos últimos 5 anos) e de âmbito nacional e internacional. Evite incluir um número excessivo de referências na mesma citação e concentração de citações no mesmo periódico. Os autores são totalmente responsáveis pela exatidão das referências.

Referências de artigos publicados na *Revista da Escola de Enfermagem da USP* e em outras revistas brasileiras devem ser citadas em inglês.

Afirmações : Frases ou parágrafos ditos pelos participantes da pesquisa devem ser citados em itálico, com identificação codificada a critério do autor, e devem ser colocados entre parênteses.

Citações: Devem ser inseridas entre aspas, sem itálico, e integradas ao texto.

Figuras: Tabelas, Quadros e Figuras, no máximo cinco, devem ser obrigatoriamente inseridas no corpo do texto, sem informações repetidas e com títulos informativos e claros. As Tabelas devem conter em seus títulos o local, estado, país e ano da coleta de dados.

Gráficos, fluxogramas e similares devem ser editáveis, em formato vetorial. As fotos, imagens e outros devem ter resolução final de 300 DPI. Ambos podem ser coloridos e devem ser legíveis.

Quando não elaboradas pelos autores, todas as ilustrações devem indicar a fonte apropriada.

Apoio financeiro : informe o nome das instituições públicas e privadas que forneceram financiamento, assistência técnica ou outra ajuda. Essas informações devem ser fornecidas na página de rosto e no ScholarOne.

Acrônimos: restrito ao mínimo. Devem ser citados por extenso na primeira vez em que aparecem; e não use abreviações no título ou no resumo.

EXEMPLOS DE CITAÇÕES DE REFERÊNCIA DE ACORDO COM O TIPO DE DOCUMENTO

Artigos de jornal

Artigos padrão

Allen G. Provas para a prática. AORN J. 2010; 92 (2): 236-41.

Artigos com mais de seis autores (cite os primeiros seis, seguidos de et al.)

MacNeela P, Clinton G, Lugar C, Scott A, Treacy P, Hyde A, et al. Atenção psicossocial em enfermagem em saúde mental: um estudo pensar em voz alta. *J Adv Nurs*. 2010; 66 (6): 1297-307.

Artigos cujo autor é uma organização

American Diabetes Association. Atualização sobre diabetes. *Enfermagem*. 2003; Supl: 19-20,24.

Artigos com várias organizações como autor

American Dietetic Association; Dietistas do Canadá. Posição da American Dietetic Association e Dietitians of Canada: nutrição e saúde da mulher. *J Am Diet Assoc*. 2004; 104 (6): 984-1001.

Artigos de autoria pessoal e organizacional

Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R, Haffner S, Ratner R, Marcovina S, et al.; Grupo de Pesquisa do Programa de Prevenção do Diabetes. O efeito da metformina e da intervenção intensiva no estilo de vida na síndrome metabólica: o estudo randomizado do Programa de Prevenção de Diabetes. *Ann Intern Med*. 2005; 142 (8): 611-9.

Artigos em que o nome do autor possui título de família

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. A forma abreviada-12 e a medição do estado de saúde em pacientes com aneurismas cerebrais: desempenho, validade e confiabilidade. *J Neurosurg*. 2005; 102 (3): 489-94.

Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto / SP. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 45 (4): 898-904.

Artigos sem indicação de autor

Os exercícios para o assoalho pélvico podem reduzir a incontinência de estresse. *Notícias de saúde*. 2005; 11 (4): 11.

Artigos em um volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 Supl 2: S190-8.

Artigos em uma edição com suplemento

Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Tecnologia e administração segura de medicamentos. *J Infus Nurs*. 2005; 28 (2 Suplemento): 37-41.

Artigos em um volume publicado em partes

Abend SM, Kulish N. O método psicanalítico de um ponto de vista epistemológico. *Int J Psychoanal*. 2002; 83 Pt 2: 491-5.

Artigos em uma edição publicada em partes

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol*. 2002; 13 (9 Pt 2): S259-63.

Artigo em uma edição sem volume

Tom Dwyer AMC. A pesquisa da sociabilidade on-line: três gerações de estudos. *Rev USP*. 2012; (92): 100-13.

Artigos em uma edição especial

Salveti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CF. Incapacidade relacionada à prevalência de lombalgia crônica e fatores associados. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46 (n.esp): 16-23.

Artigos com páginas em algarismos romanos

Chadwick R, Schuklenk U. A política de descoberta de consenso ético. *Bioética*. 2002; 16 (2): iii-v.

Artigos com publicação de errata

Altizer L. Tensões e entorses. *Orthop Nurs*. 2003; 22 (6): 404-11. Errata em: *Orthop Nurs*. 2004; 23 (1): 38.

Artigos com DOI

Loro MM, Zeitoune RCG. Estratégia coletiva para o enfrentamento dos riscos ocupacionais de uma equipe de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51: e03205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2015027403205>

Livros

Livros padrão com um autor pessoal

Marquês BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Decisões informadas: o livro completo do diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2005.

Organizador, editor, coordenador como autor

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Instituição como autor

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2009.

Organização Mundial de Saúde. Estado de desigualdade: imunização infantil. Genebra: OMS; 2016

Um capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra (adaptado)

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

Um capítulo de livro, cujo autor é um colaborador

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. *Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 59-73.

Documentos legais (adaptado)

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Independência sobre a exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Adaptação sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Documentos eletrônicos

Artigos de jornal

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. O estado neurológico e a cognição dos pacientes após um acidente vascular cerebral. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [citado em 28 de novembro de 2011]; 45 (5): 1083-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf

Livro completo

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Harrison's online [Internet]. 16ª ed. Columbus (OH): McGraw-Hill; c2006 [citado em 20 de novembro de 2006]. Disponível em: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

Instituição como autor Organização Mundial da Saúde. Estado de desigualdade: imunização infantil [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [citado em 17 de abril de 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252541/9789241511735-eng.pdf>

Documentos legais (adaptado)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Pré-impresões sem DOI

Alvarez R. Estimador de rede neural quase ótimo para dados de contagem de fótons de raios-X espectrais com pileup. arXiv: 1702.01006v1 [Pré-impresão]. 2017 [citado em 9 de fevereiro de 2017]: [11 p.]. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/1702.01006>

Pré-impresões com DOI

Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AC, Delziovo CR, Wagner KJP, Boing AF. Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde de Santa Catarina, Brasil, 2019 [Preprint]. 2020 [publicado em 10 de novembro de 2020; citado em 13 de novembro de 2020]. doi: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100014> .

Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1458>
Kording KP, Mensh B. Dez regras simples para estruturar documentos. BioRxiv [Preprint]. 2016 bioRxiv 088278 [publicado em 28 de novembro de 2016; revisado em 14 de dezembro de 2016; revisado em 15 de dezembro de 2016; citado em 9 de fevereiro de 2017]: [12 p.]. Disponível em: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/088278v5> doi: <https://doi.org/10.1101/088278>

Dados de pesquisa sem DOI

Valera, FCP. Dados clínicos, demográficos e laboratoriais dos pacientes seguidos com papilomatose respiratória [conjunto de dados na internet]. São Paulo: Repositório USP; 2020 jul. 06 [citado 2020 nov. 13]. Disponível em: <http://repositorio.uspdigital.usp.br/handle/item/242>

Dados de pesquisa com DOI

Kraemer MUG, Sinka ME, Duda KA, Mylne A, Shearer FM, Brady OJ, et al. O compêndio global de *Aedes aegypti* e *Ae. albopictus* [conjunto de dados]. 30 de junho de 2015 [citado em 23 de outubro de 2015]. In: Dryad Digital Repository [Internet]. Durham (NC): Dryad. Janeiro de 2008 -. 3 arquivos: 3,406 MB; 1,549 MB; 1.815 MB. Disponível em: <https://datadryad.org/resource/doi:10.5061/dryad.47v3c> Referenciado em doi: 10.7554 / eLife.08347

Para outros exemplos, recomendamos consultar o documento "Amostras de referências formatadas para autores de artigos de periódicos" (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

Literatura cinzenta: deve-se evitar a citação de documentos não indexados ou de difícil acesso pela comunidade científica (exceto os indispensáveis), que são considerados literatura cinzenta. É classificado como documentos oficiais, livros, teses, diretrizes, legislações, normas, procedimentos ou anais de eventos, etc.

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo da revista, exceto onde indicado de outra forma, é licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Revista da Escola de Enfermagem da USP
Av. Prof. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05403-000 - São Paulo - SP - Brasil
Tel. / Fax: +55 11 3061-7553



Nursingscholar@usp.br