



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS MAIS SENSÍVEIS DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM DOR AGUDA EM DOENTES ADULTOS INTERNADOS EM
CUIDADOS INTENSIVOS**

**MOST SENSITIVE DEFINING CHARACTERISTICS OF ACUTE PAIN
NURSING DIAGNOSIS IN ADULT PATIENTS HOSPITALIZED IN INTENSIVE
CARE UNITS**

Por

Cassiano Rui Santos Ribeiro

Lisboa - 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

**CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS MAIS SENSÍVEIS DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM DOR AGUDA EM DOENTES ADULTOS INTERNADOS EM
CUIDADOS INTENSIVOS**

**MOST SENSITIVE DEFINING CHARACTERISTICS OF ACUTE PAIN
NURSING DIAGNOSIS IN ADULT PATIENTS HOSPITALIZED IN INTENSIVE
CARE UNITS**

Por

Cassiano Rui Santos Ribeiro

Sob a orientação de: Professor Doutor Sérgio Deodato

Lisboa - 2021

“A sorte favorece as mentes preparadas”

Louis Pasteur

Dedicatória

Para o meu filho Samuel

AGRADECIMENTOS

Penso que não se consegue nada sem ajuda. Penso que é uma virtude a capacidade de nos disponibilizarmos para compreender, ensinar, ouvir, estar presente.

Durante este meu percurso são várias as pessoas virtuosas que encontrei e a quem devo tanto que nunca conseguirei saldar esta dívida. Apenas me posso mostrar grato por tudo e me disponibilizar para o que for preciso.

Aos meus orientadores. À enfermeira Patrícia e enfermeira Cláudia, que me receberam com muito carinho, e sempre se mostraram muito compreensivas com o facto de estar deslocado.

Ao enfermeiro Sérgio, com o qual tive oportunidade de ter várias e boas discussões.

Ao professor Sérgio Deodato, pela sua sabedoria, experiência, orientação e boa disposição.

O convite para irmos aos Biscoitos comer lapas mantém-se. É sempre em frente...

Aos meus colegas de curso, que se revelaram bons amigos, e aos apontamentos que me forneceram, pois deram realmente muito jeito.

À Sara, ao Zé e à Manica pela amizade, pela disponibilidade e pelos jantares.

À Denise, por estares sempre ao meu lado.

A todos o meu muitíssimo obrigado!

RESUMO

A dor aguda é um problema comumente encontrado em pessoas em situação crítica e tem um efeito lesivo que pode pôr em causa a sua estabilidade hemodinâmica e, conseqüentemente, o seu prognóstico. Apesar dos doentes críticos, devido à sua condição especial, muitas vezes não conseguem verbalmente exprimir a dor, não significa que não estejam a experienciá-la (Barr et al., 2013). Estão validadas inúmeras escalas para avaliação da dor no doente crítico que têm em linha de conta vários parâmetros observáveis de forma a auxiliar na identificação de episódios de dor.

O processo de enfermagem orienta o enfermeiro na sua prática, sendo a compreensão das suas etapas fundamental. Ao realizar o diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro tem de ter em conta o conjunto de inferências observáveis que vão definir determinado diagnóstico. A NANDA-I define as inferências observáveis como características definidoras do diagnóstico de enfermagem (Herdman & Kamitsuru, 2018). Como a dor aguda tem efeitos muito negativos para os doentes críticos, é necessário que a avaliação e o diagnóstico de dor aguda sejam precisos. Para isso, é necessário que sejam identificadas rigorosamente as características definidoras.

Com o objetivo de mapear a extensão e o tipo de evidência existente em relação às características definidoras do diagnóstico de enfermagem “dor aguda”, foi realizada uma *scoping review*, de forma a identificar as mais sensíveis, que estão presentes em doentes adultos internados em unidades de cuidados intensivos. Como conclusões, pode-se referir que, dado o impacto que a dor tem nas pessoas em situação crítica internadas em unidades de cuidados intensivos, é importante que a avaliação da dor seja realizada de forma sistemática e baseada na evidência. Esta revisão revela as características definidoras mais sensíveis do diagnóstico de enfermagem dor aguda em doentes adultos internados em unidades de cuidados intensivos, o que poderá ser um auxílio para os enfermeiros que cuidam desta população.

Paralelamente a este estudo, foram realizados 2 estágios com intuito de desenvolver competências de enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos e serviço de urgência, com descrição e análise das atividades desenvolvidas.

PALAVRAS-CHAVE: dor aguda, diagnósticos de enfermagem, cuidados intensivos.

ABSTRACT

Acute pain is a problem commonly found in people in critical situations and has a damaging effect that can jeopardize their hemodynamic stability and, consequently, their prognosis. Due to the special condition of critically ill patients who are often unable to verbally express pain, it does not mean that they are not experiencing it (Barr et al., 2013). Numerous scales are validated for pain assessment in critically ill patients that contemplate several observable parameters in order to assist in the identification of episodes of pain.

The nursing process guides nurses in their practice, and understanding their stages is fundamental. When performing the nursing diagnosis, the nurse must consider the set of observable inferences that will define a specific diagnosis. NANDA-I defines the observable inferences as defining characteristics of the nursing diagnosis (Herdman & Kamitsuru, 2018). As acute pain has very negative effects for critically ill patients, it is necessary that the assessment and diagnosis of acute pain is accurate. For that, it is necessary that the defining characteristics are rigorously identified.

With the objective of mapping the extent and type of existing evidence in relation to the defining characteristics of the “acute pain” nursing diagnosis, a *scoping review* was carried out to identify the most sensitive ones that are present in adult patients hospitalized in nursing intensive care units. As conclusions, it can be said that given the impact that pain has on people in critical situations hospitalized in intensive care units, it is important that pain assessment is carried out in a systematic and evidence-based manner. This review reveals the most sensitive defining characteristics of the nursing diagnosis of acute pain in adult patients admitted to intensive care units, which may be an aid to nurses who care for this population.

Parallel to this study, 2 internships were carried out in order to develop skills as a specialist nurse in the area of people in critical situations, in the context of intensive care and emergency services, with description and analysis of the activities developed.

KEYWORDS: acute pain, nursing diagnoses, intensive care.

SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ACCM - American College of Critical Care Medicine

ADR - Área do doente respiratório

ASHP - American Society of Health-System Pharmacists

BIPAP - pressão positiva em vias aéreas a dois níveis

BPS - Behavioral Pain Scale

CHEOP - Children's Hospital of Eastern Ontario Pain

CHIPP - Children's and Infants' Postoperative Pain

CHLN-HSM – Centro hospitalar Lisboa Norte – Hospital Santa Maria

CIPE - Classificação internacional para a prática de enfermagem

CO₂ - Dióxido de carbono

CPOT - Critical-Care Pain Observation Tool

DGS - Direção Geral de Saúde

ECMO - Extracorporeal membrane oxygenation

EPAP - Pressão positiva expiratória na via aérea

EPI - Equipamento de proteção individual

ESCID - Escala Numérica, Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

FiO₂ - fração inspiratório de oxigénio

FLACC - Faces, Legs, Activity, Cry, and Consolability

HSEIT - Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

ICN - Conselho internacional de enfermeiros

IPAP - Pressão positiva inspiratória na via aérea

JBI - Joanna Briggs Institute

NANDA-I - NANDA Internacional

O₂ - Oxigénio

PaCo₂ - Pressão arterial de dióxido de carbono

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia,

PaO₂ - pressão arterial de oxigenio

PBAT - Pain Behavior Assessment Tool

PCC - População, conceito e contexto

PEEP - pressão positiva no final da expiração

SCCM -Society of Critical Care Medicine

SMI - Serviço de medicina intensiva

SpO2 - Saturação periférica de oxigênio

SU - Serviço de urgência

UCI - Unidade de cuidados intensivos

UCIMC - Unidade de cuidados intensivos medico- cirúrgicos

UCIP - Unidade de cuidados intensivos polivalente

UNEIC - Unidades estruturais de internamento crítico

VAS -Escala visual analógica

VNI - Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

Introdução	6
1. As características definidoras mais sensíveis do diagnóstico de enfermagem dor aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: <i>Scoping Review</i>	9
1.1. Enquadramento conceptual	9
1.2. Método	16
1.3. Apresentação dos resultados	21
1.4. Discussão	30
1.5. Conclusão da revisão da literatura	34
2. Percurso de desenvolvimento de competências.....	35
2.1. Enquadramento conceptual do estágio.....	35
2.2. Caracterização dos serviços	38
2.2.1. UCIMC.....	38
2.2.2. Caracterização do serviço de urgência do HSEIT.....	39
2.3. Objetivos de estágio.....	41
2.3.1 – Objetivo geral	41
2.3.2 – Objetivos específicos	41
2.4. Reflexão Crítica	43
2.5. Considerações finais	48
Referências bibliográficas.....	50

ANEXOS

Anexo I: Suporte Respiratório e oxigenioterapia

TABELAS

Tabela 1: Características definidoras encontradas nos artigos incluídos

QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos artigos incluídos no estudo

FIGURAS

Figura 1: Diagrama Prisma (adaptado)

Figura 2: Proporção das características definidoras segundo os resultados encontrados.

INTRODUÇÃO

No âmbito do 13º curso de Mestrado em enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa a realização deste relatório tem como objetivo analisar um percurso académico e prático, que resulta de um trabalho de investigação e da realização de estágios presentes nas unidades curriculares propostas pela universidade, e a aquisição de competências que foram sendo adquiridas durante esse percurso.

A enfermagem moderna é considerada uma profissionalização, uma construção sobre um saber próprio, e que procura independência profissional (Henriqueta et al., 2006). Neste sentido, é importante denotar que a capacidade de enfermagem se distinguir no seu saber, saber fazer e saber ser vai ao encontro de uma maior penetração no percurso académico, como sejam com mestrados e doutoramentos, e também na vertente profissional, como sejam as especialidades. Num estudo realizado por Tehranineshat & Rakhshan (2018) foi concluído que existe uma relação direta e significativa entre a gestão do conhecimento e a criatividade nos alunos de bacharelado e mestrado, tendo melhores resultados os alunos de mestrado. Noutro estudo também é referido que a modalidade de mestrado em enfermagem encontra-se em vias de ascensão e que poderá contribuir enormemente para o desenvolvimento de novas linhas de investigação e de conhecimento (Souza et al., 2020).

Pode concluir-se que o investimento pelos enfermeiros na vertente académica trará contributos tanto a nível teórico como prático, fundamentando cada vez mais a prática diária dos enfermeiros, numa prática baseada na evidência.

Segundo a ordem dos enfermeiros, o enfermeiro especialista é aquele a quem lhe é reconhecido competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Dentro dos domínios exigidos ao enfermeiro especialista estão dimensões da educação dos cliente e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica detém determinadas características que lhe permitem fazer face às necessidades da pessoa que se encontra num estado grave e que necessita cuidados diferenciados e altamente qualificados(Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No atual contexto de pandemia em que vivemos, foi clara a necessidade de os enfermeiros deterem conhecimentos na área do doente crítico. Houve uma necessidade de alocar pessoal de enfermagem das enfermarias para unidades de cuidados intensivos para tratar doentes covid-19 com falência respiratória grave. A prestação de cuidados a estes doentes que têm as funções vitais em risco imediato, necessitam técnicas de suporte vital, técnicas de substituição orgânicas, são cuidados muito específicos e altamente especializados, e que se não forem executados corretamente podem provocar mais danos à pessoa em situação crítica e até mesmo provocar danos psicológicos aos próprios enfermeiros. Um estudo recente revela que a pandemia covid-19 pode provocar níveis disfuncionais de ansiedade nos enfermeiros da linha da frente(Labrague & De Los Santos, 2020). Num outro estudo, Shen et al.(2020) refere que uma das principais causas de stress psicológico por parte dos enfermeiros é a falta de experiência com este tipo de doentes.

De facto, os enfermeiros com saber na área do doente crítico têm um papel preponderante. Os estágios escolhidos tiveram como principal função permitir que as competências específicas definidas para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica fossem conseguidas e com a máxima qualidade possível.

O primeiro estágio, que se realizou na UCIMC do Hospital Santa Maria, foi muito recompensador, pois deu-me a oportunidade de lidar com doentes covid-19 graves e com uma técnica de suporte vital, o ECMO, com a qual não estava familiarizado.

O segundo estágio, realizado no SU do HSEIT, também foi bastante produtivo pois, devido à pandemia, o serviço estava em reestruturação tanto de recursos humanos como de materiais, e estava a ser criado um serviço ADR, reestruturação essa que tive oportunidade de observar e participar.

Foi também realizado um trabalho de investigação na forma de uma *scoping review*, com a questão de investigação “quais características definidoras mais sensíveis do diagnóstico de enfermagem dor aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos?”. Este é um tema de que gosto particularmente pois a população são os doentes internados em cuidados intensivos, o tema dor, e diagnósticos de enfermagem que é um tema que durante este percurso académico pude perceber a importância que tem para a enfermagem.

Este relatório será composto por dois capítulos. O primeiro, onde é apresentado a *scoping review* com o título “As características definidoras mais sensíveis do diagnóstico de enfermagem dor aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: Uma *Scoping Review*”, e um segundo capítulo onde é descrito o desenvolvimento de competências durante a realização dos dois estágios, com a respetiva análise reflexiva. Por fim, serão apresentadas algumas considerações finais sobre o percurso académico desenvolvido.

A norma de referenciação bibliográfica utilizada ao longo do trabalho será a norma American Physiological Association (APA).

1. AS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS MAIS SENSÍVEIS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA EM DOENTES ADULTOS INTERNADOS EM CUIDADOS INTENSIVOS: *SCOPING REVIEW*

Este capítulo resulta de um trabalho de investigação desenvolvido ao longo do meu percurso académico. A *scoping review* aqui apresentada vem dar ênfase às características definidoras dos diagnósticos de enfermagem, de forma a identificar as mais sensíveis, neste caso, do diagnóstico de enfermagem “dor aguda” no contexto de cuidados intensivos. A escolha deste tipo de revisão de literatura provem do facto de na sua essência estar implícito avaliação da extensão da literatura disponível sobre determinado conceito, e o seu nível de evidência (Peters et al., 2020). Como modelo conceptual foi utilizado a teoria do conforto de Kolkaba, pois sendo a dor do domínio do conforto (Herdman & Kamitsuru, 2018), Kolkaba aborda aspetos que definem o conceito de dor e de como ele é vivenciado (Apóstolo & Luís, 2009).

1.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Os diagnósticos de enfermagem são de elevada importância para a metodologia de trabalho dos enfermeiros. Diagnosticar é uma das etapas do processo de enfermagem.

O processo de enfermagem que é formado por 5 etapas - avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, intervenção, e avaliação final. É um método sistemático que utiliza raciocínio clínico para identificar, prevenir e tratar atuais ou potenciais problemas de saúde e promover o bem-estar. Utiliza o raciocínio científico e o pensamento crítico para direccionar os cuidados do enfermeiro ao doente (Semachew, 2018).

Para Melin-Johansson et al. (2017), a avaliação inicial significa que as informações recolhidas sobre a condição de saúde do paciente são classificadas e documentadas. O diagnóstico de enfermagem é o processo pelo qual a informação recolhida é analisada e escrutinada criticamente, o que, por sua vez, leva à identificação dos problemas, riscos e recursos para o paciente que podem ser resolvidos ou mitigados com a prestação de cuidados. Planeamento significa que um plano de cuidados é formulado no qual as intervenções e resultados de enfermagem são priorizados e individualizados, e se espera que produza resultados por ação. Na fase de intervenção, as intervenções de enfermagem concluídas são realizadas e documentadas e, na fase de avaliação final, os objetivos e os resultados esperados são examinados e avaliados, e as mudanças na condição do doente são avaliadas.

São vários os estudos realizados sobre o processo de enfermagem em que é salientada a importância do mesmo por parte dos profissionais (Melin-Johansson et al., 2017, Ribeiro & Padoveze, 2018, Semachew, 2018).

A NANDA-I e o ICN são 2 instituições que se dedicam à construção de uma linguagem sistemática e científica de enfermagem, baseada em evidência científica e que dê resposta aos desafios que os profissionais lidam na prestação de cuidados ao doente (Rabelo-Silva et al., 2017, Müller-Staub et al., 2007).

Para a NANDA-I, o diagnóstico de enfermagem é um julgamento crítico sobre o indivíduo, família ou comunidade, sobre problemas de saúde ou processos de vida atuais ou potenciais (Herdman & Kamitsuru, 2018). O levantamento do diagnóstico de enfermagem está sustentado nas inferências observáveis, ou seja, em sinais e sintomas que o enfermeiro consegue identificar. Estas inferências ou indicadores estão definidos conceitualmente como características definidoras.

O ICN desenvolveu a Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), que visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros. A CIPE é um sistema multi-axial com o intuito de descrever a prática de enfermagem, classificando termos do saber da profissão, pelos quais os enfermeiros são responsabilizados (Müller-Staub et al., 2007).

A avaliação de alguns estudos que foram realizados com o intuito de comparar a implementação tanto do processo da NANDA-I e da CIPE em diferentes instituições de saúde revelam que o processo da NANDA-I é o mais completo e aceite pelos profissionais. Rabelo-Silva et al. (2017), que realizou um estudo em 2 hospitais, comparando a qualidade dos registros usados pelos profissionais de enfermagem, demonstrou que a instituição que utilizou o processo NANDA-I apresenta mais qualidade nos registros que a instituição que utilizou o processo CIPE. Noutro estudo que teve por objetivo identificar os critérios de classificação de diagnósticos de enfermagem de 4 sistemas, entre eles a NANDA-I e a CIPE, chegou à conclusão que a NANDA é o sistema mais utilizado a nível internacional e que é o que melhor define os critérios para a classificação de diagnósticos de enfermagem (Müller-Staub et al., 2007).

Segundo a NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2018) haverá dois focos principais como perspectivas futuras que se irão basear na revisão dos diagnósticos existentes e aumentar o seu nível de evidência, e o outro foco será fortalecer a utilidade clínica dos indicadores diagnósticos. Através de meta análise e meta síntese encontrar aquelas que são as

características definidoras críticas de cada diagnóstico de enfermagem, removendo as que não tem utilidade clínica, consolidando a tomada de decisão por parte do enfermeiro na sua prática clínica. Num estudo realizado por Matos & Cruz (2009) que teve como objetivo relatar o desenvolvimento de uma escala de acurácia para diagnósticos de enfermagem, e que teve a sua justificação no facto de existirem variações na interpretação dos enfermeiros em relação às inferências observáveis nos doentes, chegou-se à conclusão que até mesmo enfermeiros especialistas chegam a conclusões diagnósticas diferentes. O método do estudo consistia em desenvolver a escala e aplicá-la posteriormente por 12 enfermeiras especialistas aos dados escritos de 5 doentes. Das enfermeiras selecionadas 83,3% tinham doutoramento, 75,0 % estavam envolvidas com o ensino e/ou investigação, 91,6% usavam sistemas de classificação de enfermagem na sua prática clínica diária. Este estudo revelou evolução em relação à escala de acurácia de diagnósticos de Lunney, embora uma das fragilidades encontradas foi a baixa concordância entre os avaliadores da nova escala desenvolvida. Posto isto, foi recomendado que os avaliadores a usar a nova escala sejam preparados com estudos de caso, e que tenham compreensão dos conceitos usados. Também noutro estudo que avalia acurácia nos registos de diagnósticos de enfermagem, Paans et al.(2011) realizou uma revisão sistemática de literatura com o objetivo de rever os fatores que influenciam a prevalência e a acurácia dos registos de diagnósticos de enfermagem. Através da sua pesquisa, eles fundamentam o seu estudo na baixa prevalência de diagnósticos registados, fatores relacionados e inferências observáveis, e também na relativa inexistência de estudos sobre acurácia de diagnósticos de enfermagem. As conclusões resultantes deste estudo revelam 4 domínios que influenciam a prevalência e acurácia da documentação de diagnósticos de enfermagem. São estes: enfermeiro com diagnosticador, educação e recursos sobre diagnósticos de enfermagem, a complexidade da situação do doente, e, por fim, as políticas hospitalares e ambientais. Estes 4 domínios são posteriormente divididos em 18 subtemas. Em relação ao primeiro domínio, dá-se relevância à disposição e atitude perante o ato de diagnosticar, o nível de experiência e raciocínio crítico dos enfermeiros. O segundo domínio revela que tanto os sistemas de classificação de diagnósticos, os programas informáticos, e a formação dos enfermeiros em diagnosticar, e raciocínio clínico também são fatores influenciadores. O terceiro domínio dá relevo às diferenças culturais e diferentes necessidades de cada doente, à gravidade dos diagnósticos médicos presentes, e de como o doente expressa esses mesmos diagnósticos. Em relação ao quarto, são apontados fatores que têm a ver com a carga de trabalho dos enfermeiros, o modelo médico utilizado, e a perspetiva da instituição em relação ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros.

Após a análise destes dados, depreende-se que as recomendações propostas pela NANDA-I tem o intuito de tornar mais acessível o ato de diagnosticar, de tornar os diagnósticos mais consistentes e de consentimento universal, baseando estes novos passos em evidência científica.

A dor é um problema comum nos doentes críticos, e ainda se torna mais relevante numa perspectiva de cuidados humanizados(Carneiro, 2011). Num estudo realizado por Barr et al.(2013) suportado pelas organizações American College of Critical Care Medicine (ACCM) em conjunto com a Society of Critical Care Medicine (SCCM) e American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), com o objetivo de rever guidelines produzidas em 2002 sobre analgesia e sedação em doentes críticos, é afirmado que a dor é um problema comum e deficientemente tratada, e que traz consequências negativas, tanto fisiológicas como psicológicas significativas. É também referido que, devido à condição especial dos doentes críticos que muitas vezes não conseguem verbalmente exprimir a dor, não significa que não estejam a experienciá-la.

Estão descritas e validadas várias escalas para avaliar a dor em doentes críticos, com a escala visual da dor e escala numérica da dor para doentes não sedados nem ventilados(Carneiro, 2011), e a Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)(Rose et al., 2013; Kotfis et al., 2018) e Behavioral Pain Scale(BPS)(AACN, 2014) para doentes sedados e ventilados. A variação de sinais vitais não está recomendada como uma avaliação isolada da dor, mas sim como um indício de que é necessário uma investigação mais profunda(Barr et al., 2013).

Segundo o processo de enfermagem, para se intervir é preciso primeiro diagnosticar. Como a dor aguda tem efeitos muito negativos para os doentes críticos, é necessário que a avaliação e o diagnóstico de dor aguda sejam precisos. Para isso é necessário que sejam identificadas rigorosamente as características definidoras.

Para a NANDA-I, o diagnóstico “dor aguda” (00132) está definido como “experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses”(Herdman & Kamitsuru, 2018,p.889). As características definidoras do diagnóstico dor aguda(00132) são: alteração no apetite, alteração no parâmetro fisiológico, autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor, autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor, comportamento de distração, comportamento expressivo, comportamento protetor, desesperança, diaforese, espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada, evidência de dor usando uma lista padronizada de comportamento de dor para quem não

consegue se comunicar verbalmente, expressão facial de dor, foco em si próprio, foco estreitado, posição para aliviar a dor, pupilas dilatadas, representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades.

Considerando a situação excepcional dos doentes internados em cuidados intensivos, e a importância que o diagnóstico de dor aguda tem para este tipo de doentes, esta *scoping review* tem como objetivo mapear o conhecimento sobre as características definidoras do diagnóstico “dor aguda” (00132), mais especificamente pretende esta revisão responder à questão “quais as características definidoras mais sensíveis do diagnóstico dor aguda (00132) em doentes adultos internados em cuidados intensivos?”

O conforto assume-se como um preponderante domínio da prática de enfermagem, sendo utilizado nos diferentes contextos da prática clínica dos enfermeiros. É também considerado um dos grandes objetos de estudo no âmbito das ciências de enfermagem, sendo desde há muito um conceito explorado a nível conceptual, refletido, e que deu origem a várias teorias que guiam os cuidados de enfermagem (Apóstolo & Luís, 2009).

Embora sejam várias as teóricas que estudaram e exploraram este conceito, este argumento vai incidir apenas sobre a teoria do conforto de Kolcaba. Para Kolcaba o conforto é um antídoto para os fatores de tensão inerentes às situações relacionadas com a saúde, e quando o conforto é aumentado/ melhorado os doentes e família sentem-se fortalecidos para as tarefas à sua frente. Também os profissionais experienciam uma maior sensação de realização (Smith, M. & Parker, 2015). De 4 suposições iniciais, sendo estas, “a necessidade de conforto é básica”, “a pessoa experiencia o conforto de forma holística”, “medidas de auto-conforto podem ser saudáveis ou não saudáveis”, “conforto melhorado leva a uma maior produtividade”, a autora consegue, no desenvolvimento da teoria, identificar três tipos distintos de conforto e quatro contextos em que o conforto é experienciado (Smith, M. & Parker, 2015). Os tipos identificados são alívio, tranquilidade e transcendência. Alívio é considerado a satisfação das necessidades da pessoa para que esta consiga restabelecer o seu funcionamento habitual. Tranquilidade é o estado de serenidade necessário para manter a homeostase. Transcendência é quando a pessoa assume um estatuto de controle, de capacidade de gestão da resolução dos seus problemas. Os quatro contextos definidos são o físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental (Apóstolo & Luís, 2009).

Numa revisão sistemática realizada por Pinto et al. (2016) com a questão de investigação “quais os elementos que caracterizam o conforto na literatura científica?”, foram selecionados 52 artigos que garantiam os critérios de inclusão. Os resultados encontrados identificam que

o termo conforto é maioritariamente utilizado como substantivo, depois como adjetivo e por fim como verbo. Como resultado, é também apresentado que o conceito é definido como condição em 23 artigos, resultado em 22 estudos e processo em 18 artigos(Pinto et al., 2016). Conforme os artigos encontrados, apenas 6 estão relacionados com o contexto do doente crítico, e destes apenas 4 tem o foco no conforto percebido do doente. Esta constatação pode significar que o conceito conforto necessita de mais estudo no âmbito do doente crítico. Outro estudo realizado por Lombardo et al. (2013) tem o intuito de identificar opinião dos prestadores de cuidados em unidades de cuidados intensivos nos países de língua francesa, sobre como é entendido o conforto dos doentes, características físicas do serviço, equipamentos e fatores organizacionais que possam influenciar o conforto, e que intervenções são realizadas pelos mesmos de forma a promover o conforto. Este estudo foi realizado através de um questionário desenvolvido pelo Conselho de enfermagem da sociedade francófona de cuidados intensivos, e foi respondido por 915 participantes. As conclusões extraídas deste estudo mostram que as unidades não estão desenhadas para promover a privacidade e criar uma atmosfera tranquila, que as medidas para visita e participação dos familiares não foram completamente adotadas, e também identificou quais as áreas de desconforto mais frequentes e como os profissionais podem promover intervenções para melhorar esses domínios(Lombardo et al., 2013). Este estudo, embora não tenha por base um referencial teórico do conforto, aborda todos os aspetos focados na teoria do conforto de Kolcaba.

Numa análise secundária realizada por Berntzen et al.(2020) com o objetivo de aumentar a compreensão sobre o fenómeno conforto, foram explorados 2 artigos originais, no intuito de responder a 3 questões de investigação: “Quais as características do desconforto percebido pelos doentes internados em unidades de cuidados intensivos?”, “ como os enfermeiros refletem sobre o conforto e intervêm para o promover?”, e por fim “ como o conforto pode ser elucidado pela teoria do conforto de Kolcaba, nas unidades de cuidados intensivos?”. Em relação aos estudos analisados, no primeiro foram entrevistados 18 doentes 1 semana após a alta da UCI, de forma a explorar retrospectivamente a sua experiência sobre a dor e outros desconfortos na sua permanência na UCI. O segundo estudo teve como base a observação de enfermeiros de cuidados intensivos durante o atendimento ao doente em 16 ocasiões e posteriormente entrevistados para explorar processos de deliberação e atuação em relação à dor e desconforto do doente. O processo de análise de dados foi constituído por 3 etapas. A primeira consistiu em examinar as expressões de desconforto dos dados retirados das entrevistas dos doentes e enquadrá-los nos 4 contextos em que ocorre desconforto da teoria

de Kolcaba. Três temas que caracterizam diferentes aspetos do desconforto emergiram da análise: “Estar privado de um corpo funcional”, “Ser privado de uma mente funcional” e “Ser privado de integridade”. Na segunda etapa foram analisados os dados recolhidos com os enfermeiros e identificadas as reflexões e intervenções com objetivo de aliviar o desconforto, e categorizados com os temas encontrados na primeira etapa. Na terceira etapa foi aplicado a estrutura taxonómica utilizada na teoria do conforto de Kolcaba aos temas e categorias adjacentes encontrados na primeira e segunda etapa. Após análise dos resultados, os autores depararam-se com uma evidência central que é um grande desconforto sentido pelos doentes internados em UCI, apesar dos esforços dos enfermeiros em aliviá-los. Também referem que esta conclusão pode indicar que os enfermeiros não são capazes de atender a todas as necessidades de conforto do doente, no entanto as conceptualizações contemporâneas de conforto referem que não se pretende uma supressão total do desconforto, mas sim atingir um nível aceitável de conforto, o que é apoiado pelo argumento de Kolcaba que refere que estar confortável raramente se aplica a situações de tensão em cuidados de saúde. Outra conclusão referida é que o desconforto é uma situação inevitável no doente crítico em UCI, mas que aumentando o foco no desconforto, além da dor, e baseado na teoria do conforto, é possível aumentar os níveis de conforto durante a sua estadia na UCI.

1.2. MÉTODO

Na fase metodológica é onde o estudo se reveste de carácter concreto pois são definidas as operações que permitem atingir os objetivos propostos. Segundo Fortin et al.(2006) (Fortin et al., 2006) avançamos para a fase do método após formular o problema de estudo, fazer o enquadramento teórico, definir os objetivos e questões de investigação. Segundo o mesmo autor, trata-se de operacionalizar a nossa investigação.

Para Polit & Beck (2014) a melhor evidência é revelada através da aplicação de um rigoroso método apropriado à nossa questão de investigação.

O desenho de estudo definido especifica os mecanismos de controlo de forma a que a validade dos resultados não seja afetada pelas fontes potenciais de enviesamento(Grove et al., 2013).

Para concretizar a questão de investigação, esta *scoping review* irá seguir as recomendações metodológicas propostas pelo *Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Syntesis* (2020). As *scoping review* têm como objetivos ser precursoras de uma revisão sistemática, identificar as evidências disponíveis em uma determinada área de conhecimento, identificar e analisar as lacunas de conhecimento, esclarecer os principais conceitos/definições na literatura, examinar os principais métodos de investigação em um determinado tópico ou campo, identificar as principais características ou fatores relacionados a um conceito. Com estes objetivos atingidos e o mapeamento do conhecimento conseguido, este tipo de estudo poderá constituir uma ferramenta aos profissionais de saúde para recolha de informação e no suporte à prática clínica(Peters et al., 2020).

Assim, foi formulada a seguinte questão de investigação, orientadora da revisão pretendida: “Quais as características definidoras mais sensíveis do diagnóstico “dor aguda” (00132) em doentes adultos internados em cuidados intensivos?”

Foram também definidos os critérios de inclusão, segundo a estratégia PCC, de forma a que a pesquisa fosse o mais transparente e protocolizada possível(Peters et al., 2020).

Critérios de Inclusão

Participantes: Todos as pessoas doentes adultas, independentemente da patologia, género ou raça. Serão excluídas crianças e jovens

Conceito: As características definidoras mais sensíveis do diagnóstico de enfermagem “dor aguda”.

Contexto: Unidades de cuidados intensivos.

Tipos de estudos: Todos os tipos de estudos serão incluídos nesta revisão, incluindo artigos de opinião.

Estratégia de investigação

A questão de investigação foi orientada pela estratégia PCC (P: participantes; C: conceito; C: contexto), conforme orientação do Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis (Peters et al., 2020). Foi definido como “P” participantes os doentes adultos, como “C” conceito as características definidoras mais sensíveis do diagnóstico de enfermagem dor aguda, e como “C” contexto as unidades de cuidados intensivos. Os critérios de inclusão são definidos de acordo com a questão de investigação. Foram considerados todos os estudos que incluam doentes adultos, independentemente de patologia, sexo ou raça. Também estão considerados todos os estudos que tenham como foco a dor aguda, as suas características, inferências observáveis e avaliação de enfermagem. Por fim, são considerados os estudos realizados em unidades de cuidados intensivos, independentemente das suas características ou classificação (nível), e localização geográfica.

Todos os tipos de estudo foram considerados.

Foram incluídos todos os estudos com texto integral disponível, e nos idiomas inglês, português e espanhol.

Como critérios de exclusão estão definidos os estudos realizados fora de unidades de cuidados intensivos, com população pediátrica.

Como é recomendado pela JBI a estratégia de busca foi realizada em 3 etapas. A primeira etapa foi realizada na MEDLINE Complete e na CINAHL complete, e utilizados os descritores “adult”, “pain”, “diagnosis”, “intensive care”, de forma a identificar palavras-chave ou termos de indexação contidos nos títulos e resumos dos artigos obtidos. Utilizando os operadores booleanos, combinou-se os descritores com o sentido de formar a seguinte frase booleana: adult AND pain AND diagnosis AND intensive care. Desta primeira pesquisa surgiram um número reduzido de artigos (4 artigos), tendo por isso sido reformulada a frase booleana para pain AND diagnosis AND nurs*, tendo-se já como consequência obtido um número superior de artigos.

Numa segunda etapa foram utilizados todos os termos identificados para fazer uma pesquisa nas seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials,

Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts e MedicLatina.

Por último, na terceira etapa, realizou-se uma pesquisa nas listas de referências dos artigos encontrados em busca de fontes adicionais.

Para aumentar a robustez da revisão foi levado a cabo uma pesquisa pela literatura cinzenta nas bases de dados SCIELO.ORG, RCAAP, LILACS.BVS., com a mesma estratégia de pesquisa, embora na base de dados RCAAP os descritores tenham sido traduzidos para português.

A pesquisa realizou-se entre os dias 18 e 20 de fevereiro.

Seleção de estudos/fontes de evidência

Na primeira etapa realizada na MEDLINE Complete e na CINAHL complete foram encontrados 37 artigos. Aqui realizou-se a leitura dos descritores dos artigos encontrados de forma a encontrar mais descritores. Não foram encontrados outros descritores com relevância para a questão de investigação proposta. A segunda etapa teve como cerne a pesquisa nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts e MedicLatina, de onde tivemos como resultados 70 artigos. Após serem removidos os duplicados, sobraram 52 artigos. A terceira etapa que envolvia a pesquisa nas listas de referências dos artigos encontrados, também não revelou novas fontes relevantes.

A pesquisa nas bases de dados de literatura cinzenta, que também teve uma estratégia de pesquisa semelhante, revelou 67 artigos.

Resumindo, foram encontrados 119 decorrentes da pesquisa nas bases de dados selecionadas.

A seleção dos artigos seguiu a metodologia proposta pela JBI, selecionando os artigos com base na leitura do título, resumo e texto integral, respetivamente.

Foram selecionados 14 artigos para leitura integral e, após análise, foram excluídos 8 artigos, fazendo parte da nossa amostra final 6 artigos.

A relevância dos artigos para a nossa investigação foi analisada por dois revisores independentes, com o objetivo de verificar o cumprimento ou não dos critérios de inclusão, e todas as divergências foram resolvidas pelo diálogo.

A metodologia para seleção dos estudos seguida é a recomendada pela JBI e esta representada no “diagrama prisma” (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) na figura 1.

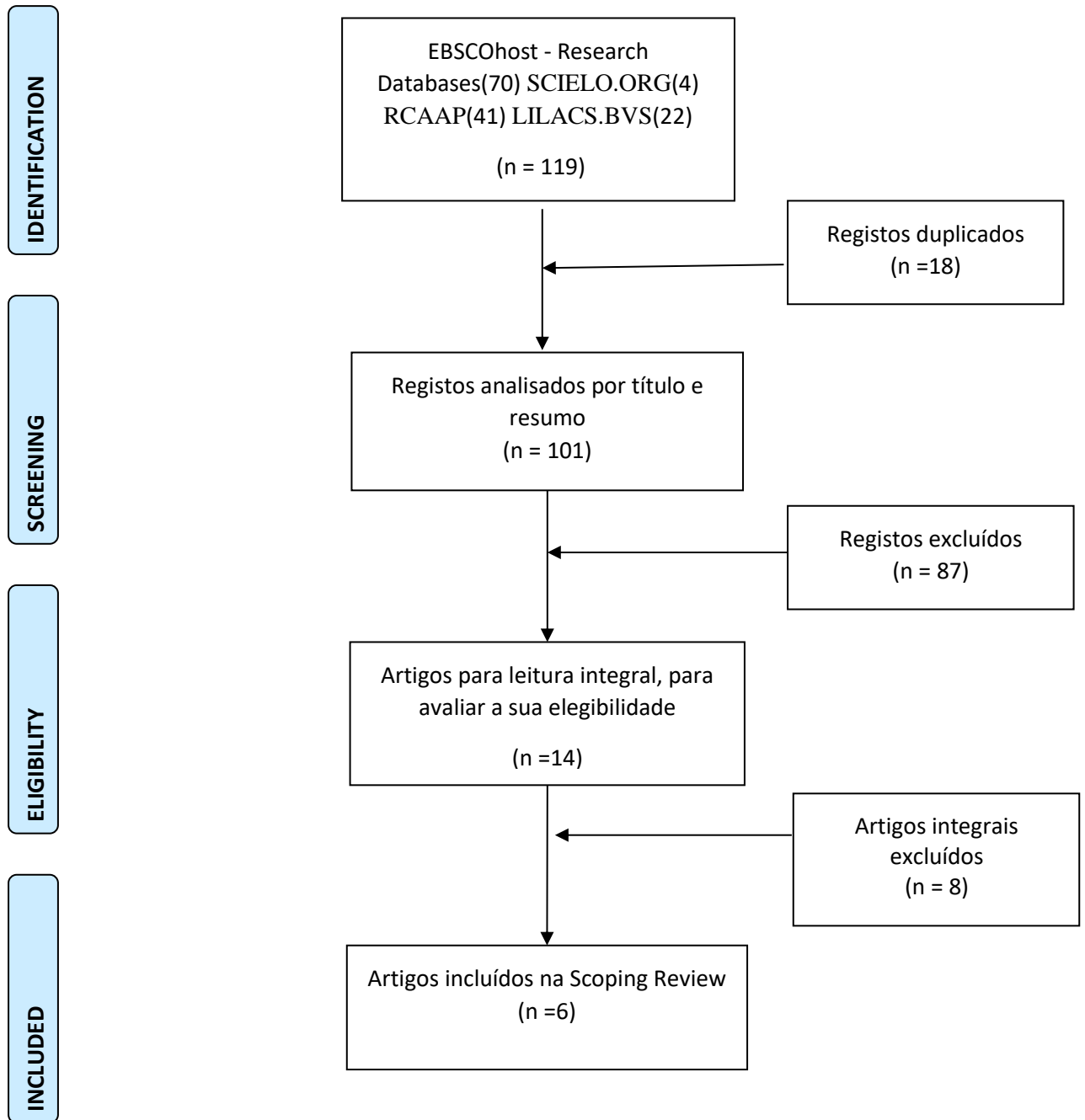


Figura 1: Diagrama Prisma (adaptado)

Extração dos dados

O texto integral dos estudos selecionados, foram lidos e analisados por dois revisores independentes, que confirmam a sua relevância para a questão de investigação em causa, e realizaram a extração de dados mediante instrumento que foi elaborado especificamente para esse propósito. Tratava-se de um instrumento preliminar, estando por isso sujeito a alterações que pudessem advir de necessidades identificadas pelos revisores. Este instrumento tem o objetivo de facilitar a visualização e organização dos dados pertinentes para a investigação recolhidos dos artigos selecionados. As divergências encontradas entre os dois revisores foram resolvidas pelo diálogo.

1.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para Polit & Beck (2014), os resultados são uma consequência do tipo de estudo escolhido pelos investigadores de forma a reduzir o viés e aumentar a sua validade.

É importante ressaltar que o objetivo da scoping review não é sintetizar os resultados, mas sim mapear descritivamente o conhecimento ao invés de analiticamente (Peters et al., 2020). Posto isto, os resultados obtidos são apresentados no Quadro 1, onde se caracteriza os artigos incluídos e se refere as características definidoras encontradas e que dão resposta à nossa questão de investigação.

Na tabela 1 identificam-se as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem definidas pela NANDA que estão presentes nos estudos selecionados.

Na figura 2 identifica-se as características definidoras e a sua proporção segundo os resultados encontrados.

Quadro 1:Caracterização dos artigos incluídos no estudo.

Autor	Ano	Pais/Cidade	Objetivo	Tipo de Estudo	Método do Estudo	População	Amostra	Instrumentos Utilizados para avaliar a dor
Filho et al.	2012	Brasil, Estado de Goiás	Avaliar a dor aguda em doentes no 3 dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca, utilizando o método científico através da caracterização do diagnóstico de enfermagem dor aguda	Descritivo exploratório de abordagem quantitativa, coorte transversal	Análise quantitativa dos dados recolhidos dos processos clínicos, incluindo escalas de avaliação da dor	Adultos, operados a cirurgia cardíaca, internados em UCI.	37 pessoas	Escala Numérica
Resultados: Características definidoras encontradas								
1.Comportamento de distração (mudou de assunto) - 16,2%								
2.comportamento de proteção (travesseiro) - 59.5%								
3.Comportamento de proteção (mão) - 3.2 %								
4.Comportamento expressivo (suspirar) - 51.3%								
5.Comportamento expressivo (agitação)- 24.3%								
6.Comportamento expressivo (gemer) - 16.2%								
7.Comportamento expressivo (vigilância) - 10.8%								
8.Comportamento expressivo (irritabilidade) - 8.1%								
9.Comportamento expressivo (chorar) - 5.4%								
10.Comportamento Expressivo (ansioso) - 2.7%								
11.Expressão facial (olhos sem brilho) - 35.1%								
12.Expressão facial (aparência abatida) - 37.8%								
13.Expressão facial (movimentos fixo ou disperso) - 8.1%								
14.Expressão facial (careta) - 2.7%								

Autor	Ano	Pais/Cidade	Objetivo	Tipo de Estudo	Método do Estudo	População	Amostra	Instrumentos Utilizados para avaliar a dor
Kurucová et al.	2018	Eslováquia e República Checa	Verificar se as características definidoras do diagnóstico de enfermagem dor aguda (00132) são observadas nos doentes internados em unidades de cuidados intensivos na Eslováquia e na República Checa	Validação do diagnóstico dor aguda (00132) pelo modelo de validação de conteúdo diagnóstico proposto por Fehring's.	Observação/ interação por 2 enfermeiros peritos do comportamento dos doentes. As avaliações e conclusões são realizadas individualmente. São colhidos dados acerca da percentagem de ocorrência ou não ocorrência das características definidoras e a sua frequência na amostra. Foram usados a pontuação R por Fehring, coeficiente AC1 e coeficiente kappa de Cohen para avaliar os resultados.	Adultos internados em UCI na Eslováquia e na República Checa.	50 pessoas do Hospital Universitário de Martin, e 50 pessoas do Hospital Universitário de Brno	Escala visual analógica (VAS)

Resultados: Características definidoras encontradas

1. Alteração do apetite: 1,00 (AC1 Eslováquia); 0,90 (AC1 R. Checa)	10. comportamentos de proteção (por exemplo, a proteção da área dolorida): 0,76 (AC1 Eslováquia); 0,32 (AC1 R. Checa)
2. Alteração na Pressão Arterial: 1,00 (AC1 Eslováquia); 0,52 (AC1 R. Checa)	11. alerta reduzido (percepção de tempo alterada, processos de pensamento prejudicados, interação reduzida com as pessoas e o ambiente): 0,96 (AC1 Eslováquia); 0,84 (AC1 R. Checa)
3. Alterações na frequência cardíaca: 0,96 (AC1 Eslováquia); 0,53 (AC1 R. Checa)	12. Sinais visíveis de dor: 0,92 (AC1 Eslováquia); 0,50 (AC1 R. Checa)
4. Alterações na frequência respiratória: 0,98 (AC1 Eslováquia); 0,46 (AC1 R. Checa)	13. Posição para aliviar a dor: 0,96 (AC1 Eslováquia); 0,23 (AC1 R. Checa)
5. Escala visual Analogia: - (AC1 Eslováquia); 0,96 (AC1 R. Checa)	14. gestos de proteção (o doente não permite que as partes doloridas do corpo sejam tocadas): 0,85 (AC1 Eslováquia); 0,88 (AC1 R. Checa)
6. Diaforese: 0,98 (AC1 Eslováquia); 0,67 (AC1 R. Checa)	15. Pupilas dilatadas: 1,00 (AC1 Eslováquia); - (AC1 R. Checa)
7. comportamento de distração (por exemplo, andar para frente e para trás, em busca de outras pessoas ou atividades): - (AC1 Eslováquia); 0,88 (AC1 R. Checa)	16. Expressão verbal de dor: 1,00 (AC1 Eslováquia); 0,85 (AC1 R. Checa)
8. comportamento expressivo (por exemplo, agitação, gemido, choro, vigilância, suspiros, irritabilidade): 0,81 (AC1 Eslováquia); 0,52 (AC1 R. Checa)	17. Foco em si próprio: - (AC1 Eslováquia); 0,90 (AC1 R. Checa)
9. expressão facial (por exemplo, perda de brilho nos olhos, aparência exausta, movimento fixo ou difuso, careta): 0,81 (AC1 Eslováquia); 0,66 (AC1 R. Checa)	18. Distúrbio do sono: 0,80 (AC1 Eslováquia); -0,01 (AC1 R. Checa)

Autor	Ano	Pais/Cidade	Objetivo	Tipo de Estudo	Método do Estudo	População	Amostra	Instrumentos Utilizados para avaliar a dor
Moscoso Loaiza & Bernal Cardenas	2016	Colômbia, Bogotá	Criar um plano de cuidados de enfermagem para o tratamento da dor em doentes em pós-operatório de revascularização do miocárdio, após a extubação, com base na Teoria dos Sintomas Desagradáveis	Descritivo Exploratório	Baseado na Teoria dos sintomas desagradáveis e utilizando a ferramenta <i>Logical Framework</i> , foi desenvolvido um formulário para avaliação da dor em 5 momentos, do doente em pós-operatório de revascularização do miocárdio após extubação para reunir informações em relação aos fatores que determinaram a dor, as características do sintoma e suas consequências, pelos profissionais de enfermagem.	Adultos submetidos a revascularização do miocárdio, pós-extubação	9 pessoas	Escala visual analógica (VAS)

Resultados: Características definidoras encontradas

1. Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor (“dor lacrimante”, “dor que abre”, “Dor que estoura”, “dor do peso”, dor de abuso” e “dor de dormência” no pescoço, ombros, costas e cintura). 7 doentes
 2. Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor (“dor traumática ou dormência com irradiação de dor do pescoço para as costas e dos ombros para as costas”). Também foi referido náuseas, suores, palpitações, fraqueza e tontura como sintomas relacionados. 5 doentes
 3. Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor (1º avaliação: VAS entre 7 e 9. 2º avaliação: VAS 7 e 9 (7 doentes) e VAS 6 (2 doentes). 3º avaliação: VAS 4 e 7 (8 doentes). 4º e 5º avaliação: VAS 3 e 5.
 4. Desesperança (foi referido pelos doentes desespero, desânimo, tristeza e arrependimento nos pacientes por terem optado pela cirurgia.)
 5. Comportamento protetor (“Os pacientes relataram que, secundariamente à dor, procuravam não tossir, não se mexer e comer pouco”)
 6. Foco estreitado (Diminuição da capacidade de concentração, de ouvir e seguir as instruções da equipa de saúde.
-

Autor	Ano	Pais/Cidade	Objetivo	Tipo de Estudo	Método do Estudo	População	Amostra	Instrumentos Utilizados para avaliar a dor
Flores et al.	2013	Brasil, Rio de Janeiro	Identificar como enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos coronários identificam o diagnóstico de enfermagem dor aguda através das suas características definidoras e correlacionar as suas intervenções com a nomenclatura estabelecida para Classificação das Intervenções sugeridas e opcionais de Enfermagem	Descritivo, exploratório com base qualitativa	Análise qualitativa de dados recolhidos de um questionário realizado a enfermeiros prestam cuidados a doentes internados em unidades de cuidados intensivos coronários.	Enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos coronários	13 enfermeiros	Não foram utilizadas escalas de avaliação da dor

Resultados: Características definidoras encontradas

1. Alteração da pressão arterial: Doentes acordados (2); doentes que não conseguem verbalizar (6); doentes sedados (6). Total:14
 2. Comportamento expressivo (agitação, gemido, choro, irritabilidade, olhar fixo e suspiro): Doentes acordados (1); doentes que não conseguem verbalizar (1); doentes sedados (2). Total:4
 3. Expressão facial de dor: Doentes acordados (2); doentes que não conseguem verbalizar (7); doentes sedados (4). Total:15
 4. Alterações na frequência cardíaca: Doentes acordados (3); doentes que não conseguem verbalizar (7); doentes sedados (8). Total:18
 5. Alterações na frequência respiratória: Doentes acordados (3); doentes que não conseguem verbalizar (6); doentes sedados (7). Total:16
 6. Relato codificado: Doentes acordados (3); doentes que não conseguem verbalizar (3). Total 6
 7. Expressão verbal de dor: Doentes acordados (11). Total 11.
-

Autor	Ano	Pais/Cidade	Objetivo	Tipo de Estudo	Método do Estudo	População	Amostra	Instrumentos Utilizados para avaliar a dor
Correia & Duran	2017	Brasil	Construir as definições conceituais e operacionais de cada característica definidora e as definições conceituais dos fatores relacionados apresentados pela NANDA-I para o DE Dor Aguda (00132) para doentes críticos não comunicativos	Revisão integrativa da literatura	Pesquisa nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE via Pubmed), Cochrane Library, The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e na Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando termos mesh, utilizando as recomendações Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA	Doentes criticamente doentes não comunicativos		escala numérica, escala visual analógica (VAS), PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia), FLACC(Faces, Legs, Activity, Cry, and Consolability), CHIPP (Children’s and Infants’ Postoperative Pain), CHEOP (Children’s Hospital of Eastern Ontario Pain), PBAT (Pain Behavior Assessment Tool), CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool)

Resultados: Características definidoras encontradas

- | | |
|---|---|
| 1. Autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor | 10. Expressão facial de dor |
| 2. Autorrelato de características da dor usando instrumento de dor padronizado | 11. Foco em si mesmo |
| 3. Comportamento de distração | 12. Foco estreitado |
| 4. Comportamento expressivo | 13. Gestos de proteção |
| 5. Comportamento protetor | 14. Mudanças no apetite |
| 6. Desesperança | 15. Mudanças no parâmetro fisiológico |
| 7. Diaforese | 16. Posição para aliviar a dor |
| 8. Dilatação pupilar | 17. Relato de outra pessoa sobre comportamento da dor/mudanças na atividade |
| 9. Evidência de dor usando lista de verificação padronizada de dor para pessoas incapazes de comunicação verbal | |

Autor	Ano	Pais/Cidade	Objetivo	Tipo de Estudo	Método do Estudo	População	Amostra	Instrumentos Utilizados para avaliar a dor
Teixeira	2019	Portugal	Caracterizar do ponto de vista sociodemográfico e clínico os doentes internados numa UCI; Identificar o fármaco sedativo, analgésico, medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas usadas em doentes internados numa UCI, no primeiro dia de internamento e no dia da extubação, Avaliar a perceção da dor por parte dos doentes internados numa UCI no primeiro dia de internamento e no dia da extubação com recurso à EN e a ESCID; Avaliar o valor da sedação através da RASS	Estudo retrospectivo, segundo uma abordagem de estudo de caso e natureza descritiva e quantitativa	Aplicação de um instrumento de recolha de dados em 2 momentos, no primeiro dia de internamento e no dia da extubação, e análise dos registos de enfermagem	Adultos, internados em UCI	16 pessoas	Escala Numérica, Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID)

Resultados: Características definidoras encontradas

Perceção de dor: “perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”

Resultados: No primeiro dia 3 doentes tiveram perceção de dor. No dia da extubação 6 doentes tiveram perceção de dor.

Tabela 1: Características definidoras encontradas nos artigos incluídos.

Características Definidoras do diagnóstico “Dor Aguda”. NANDA I (2018/2020)	Estudos					
	Filho et al.	Kurucová et al.	Moscoso Loaiza & Bernal Cardenas	Flores et al.	Correia & Duran	Teixeira
Alteração no apetite		X			X	X
Alteração no parâmetro fisiológico		X		X	X	
Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor	X	X	X	X	X	X
Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor		X	X	X	X	
Comportamento de distração	X	X			X	X
Comportamento expressivo	X	X		X	X	X
Comportamento protetor	X	X	X		X	X
Desesperança			X		X	
Diaforese		X			X	
Espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada					X	X
Evidência de dor usando uma lista padronizada de comportamento de dor para quem não consegue se comunicar verbalmente					X	X
Expressão facial de dor	X	X		X	X	X
Foco em si próprio		X			X	
Foco estreitado			X		X	X
Posição para aliviar a dor		X			X	
Pupilas dilatadas		X			X	
Representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades					X	
Outras características encontradas		<ul style="list-style-type: none"> - Alerta reduzido - Sinais visíveis de dor - Distúrbio de sono 			<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de sensação corporal desconfortável - Referência subjetiva de sofrimento - Fuga do contacto social - Processo de pensamento comprometido 	

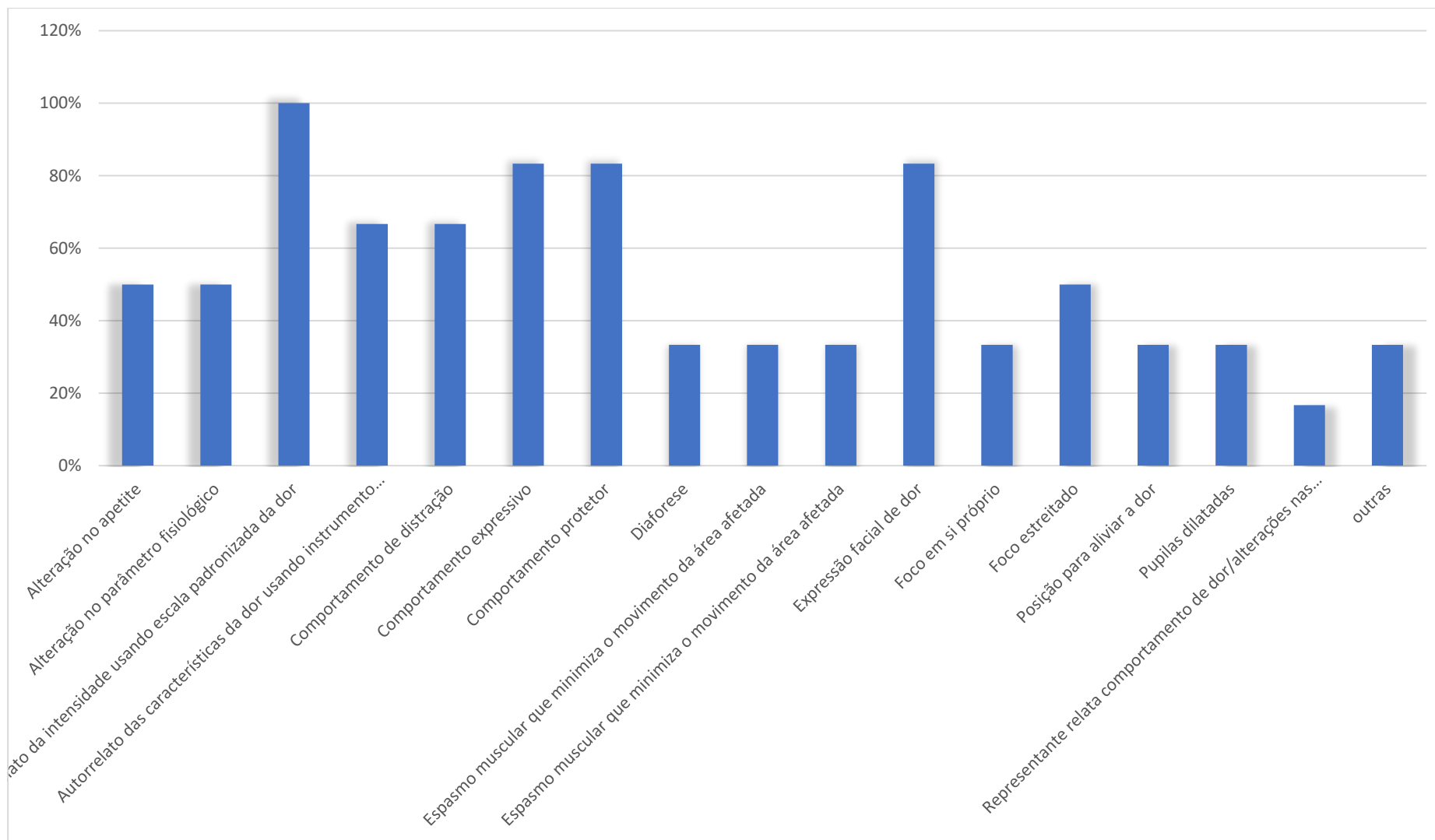


Figura 2: Proporção das características definidoras segundo os resultados encontrados.

1.4. DISCUSSÃO

O objetivo desta *scoping review* foi analisar e mapear os estudos que identificassem as características definidoras do diagnóstico de enfermagem dor aguda. Segundo a metodologia JBI emergiram 6 estudos.

De notar que os países em que foram realizados os estudos foram Brasil (3), Portugal (1), Colômbia (1), e Eslováquia e República Checa (1).

Também de fazer referência que, dos estudos selecionados, o mais antigo a ser publicado é do ano de 2012. Este facto pode estar relacionado com a internacionalização da Nanda, que aconteceu em 2002(Herdman & Kamitsuru, 2018), resultando em uma maior preocupação com diagnósticos de enfermagem, e com o desenvolvimento, refinamento, disseminação e uso de terminologia diagnóstica de enfermagem padronizada, preocupação essa que se tornou globalmente aceite por parte dos enfermeiros.

A análise dos artigos selecionados revela resultados diferentes entre eles.

Baseado nas características definidoras propostas pela Nanda-I (Herdman & Kamitsuru, 2018), a característica “Alteração no apetite” surge em 3 estudos(Kurucová et al., 2018)(Correia & Duran, 2017)(Teixeira, 2019), a “Alteração no parâmetro fisiológico” em 3(Kurucová et al., 2018)(Flores et al., 2013)(Correia & Duran, 2017), “Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor” em 6(Filho et al., 2012)(Kurucová et al., 2018)(Moscoso Loaiza & Bernal Cardenas, 2016)(Flores et al., 2013)(Correia & Duran, 2017)(Teixeira, 2019), “Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor” emerge em 4 estudos(Kurucová et al., 2018)(Moscoso Loaiza & Bernal Cardenas, 2016)(Flores et al., 2013)(Correia & Duran, 2017), “Comportamento de distração” em 4(Filho et al., 2012)(Kurucová et al., 2018)(Correia & Duran, 2017)(Teixeira, 2019), “Comportamento expressivo” em 5(Filho et al., 2012)(Kurucová et al., 2018)(Flores et al., 2013)(Correia & Duran, 2017)(Teixeira, 2019), “Comportamento protetor” em 5(Filho et al., 2012)(Kurucová et al., 2018)(Moscoso Loaiza & Bernal Cardenas, 2016)(Correia & Duran, 2017)(Teixeira, 2019), “Desesperança” em 2(Moscoso Loaiza & Bernal Cardenas, 2016)(Correia & Duran, 2017), “Diaforese” ocorre em 2(Kurucová et al., 2018)(Correia & Duran, 2017), “Espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada” em 2

(Correia & Duran, 2017)(Teixeira, 2019), “Evidência de dor usando uma lista padronizada de comportamento de dor para quem não consegue se comunicar verbalmente” em 2(Correia & Duran, 2017)(Teixeira, 2019), “Expressão facial de dor” em 5(Filho et al., 2012)(Kurucoová et al., 2018)(Flores et al., 2013)(Correia & Duran, 2017)(Teixeira, 2019), “Foco em si próprio” em 2 estudos(Kurucoová et al., 2018)(Correia & Duran, 2017), “Foco estreitado” em 3(Moscoso Loaiza & Bernal Cardenas, 2016)(Correia & Duran, 2017)(Teixeira, 2019), “Posição para aliviar a dor” em 2(Kurucoová et al., 2018)(Correia & Duran, 2017), “Pupilas dilatadas” em 2(Kurucoová et al., 2018)(Correia & Duran, 2017), “Representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades” em 1 estudo(Correia & Duran, 2017). Ainda são indicadas outras características definidas nos estudos que não estão definidas pela Nanda-I. São elas “Alerta reduzido, Sinais visíveis de dor, Distúrbio de sono”(Kurucoová et al., 2018), e “Aumento de sensação corporal desconfortável, Referência subjetiva de sofrimento, Fuga do contacto social, Processo de pensamento comprometido”(Teixeira, 2019).

Posto isto, as características que se realçam dos nossos resultados são “Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor” (100%), e “Comportamento expressivo”, “Comportamento protetor”, “Expressão facial de dor” que surgem em 83,3% dos estudos selecionados.

A diferença de resultados obtidos entre os diferentes países e populações é notória. Como é evidenciada por Kurucoová et al.(2018) que no seu estudo de validação de diagnóstico comparou os resultados obtidos na República Checa e na Eslováquia, obtendo resultados diferentes, embora com algumas semelhanças. Comparando os resultados obtidos nos estudos Filho et al.(2012) e Flores et al.(2013), ambos realizados no Brasil, percebemos que, das características encontradas em ambos, eles apenas têm concordância em 3, na característica “Comportamento expressivo”, “Comportamento protetor”, e “Expressão facial de dor”, o que está de acordo com os resultados encontrados nesta revisão. Este facto pode estar relacionado com a natureza subjetiva da dor (Barr et al., 2013), e com as variações que existem na avaliação da dor(Subramanian et al., 2012). Asman et al.(2019) conclui que um maior e mais uniformizado conhecimento por parte dos enfermeiros, permite a deteção e tratamento adequado dos episódios de dor.

No estudo levado a cabo por Correia & Duran(2017) com o objetivo de construir as definições operacionais e conceituais das características definidoras é referido que para a identificação de um correto diagnóstico de enfermagem é necessário o esclarecimento correto das características definidoras. Kurucoová et al.(2018) e Flores et al.(2013) também

baseiam os seus estudos nas definições conceptuais propostas pela Nanda-I. Já Teixeira, (2019) assenta o seu estudo da perceção de dor nos doentes sedados e ventilados numa definição de dor dada pela CIPE não estando definidas e discriminadas as características definidoras. Com uma amostra de 16 doentes, é referido como resultado que apenas 3 doentes tiveram perceção da dor no primeiro dia e 6 no dia da extubação. Este facto entra em conflito com outros estudos que revelam uma maior incidência de dor nos doentes. Por exemplo Filho et al.(2012) mostra que na sua amostra de 37 pessoas, 89,1% sentiram dor, embora de intensidade variável. Moscoso Loaiza & Bernal Cardenas(2016) também mostra que dentro da sua amostra de 9 doentes, todos revelaram algum sinal ou sintoma de dor. Estes resultados estão de acordo com Barr et al.(2013), que refere que a maioria dos doentes gravemente enfermos provavelmente sentirá dor em algum momento durante sua permanência na UCI.

Uma das constatações que se pode tirar dos nossos resultados é que apenas 2 artigos (33,3%) referem usar uma escala de avaliação da dor utilizada em doentes críticos não comunicativos e submetidos a ventilação mecânica. Embora todos os estudos refiram usar uma escala padronizada para avaliar a intensidade da dor que implica colaboração do paciente. Um estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos(Carneiro, 2011) revelou que em Portugal existia uma falta de uniformidade nas ferramentas utilizadas nas unidades de cuidados intensivos portuguesas e, como recomendações, indicava a Escala Numérica para avaliação da dor para doentes comunicativos e a escala BPS para doentes que não comunicam, sedados e ventilados em que a avaliação deve ser feita por meio subjetivo da observação de comportamentos. Também Barr et al.(2013) recomendam que a avaliação da dor no doente comunicativo seja realizada através da Escala Numérica, e a utilização das escalas BPS e CPOT para avaliação da dor nos doentes adultos internados em UCI que são incapazes de se autorrelatar e nos quais a função motora está intacta e os comportamentos são observáveis.

O tipo de estudo mais frequente encontrado nos nossos resultados foi o estudo descritivo exploratório (66,7%)(Filho et al., 2012)(Flores et al., 2013)(Moscoso Loaiza & Bernal Cardenas, 2016)(Teixeira, 2019), embora um dos estudos seja um estudo de caso, mas de natureza descritiva. Este dado pode ser explicado pelo facto de os estudos descritivos terem como objetivos compreender fenómenos vividos por pessoas, ou conceptualizar uma situação(Fortin et al., 2006). Segundo o mesmo autor, eles servem para identificar características de um fenómeno e são baseados em questões de investigação e não em hipóteses. Para Grove et al.(2013), os estudos descritivos podem apenas tentar assegurar uma

correspondência entre as definições conceptuais e as definições operacionais, facto este que foi identificado nesta revisão, ou comportar uma amostra de tamanho apropriado e métodos de recolha de dados válidos e pertinentes. Fortin et al.(2006) também refere que o estudo de caso também pode servir para aferir relações de associações e descrever conceitos ou indivíduos, normalmente utilizados com um grupo restrito de pessoas.

Seria oportuno realizar estudos com uma amostragem maior para tentar aumentar o nível de significância dos resultados obtidos, tendo o desenho do estudo a inclusão de uma fase em que são definidos os conceitos aos enfermeiros a incluir na investigação, de forma a reduzir o viés.

Outro conceito a incluir na investigação da dor poderá ser a *Substancia P*, considerada o neurotransmissor de fibras aferentes sensoriais primárias, ou o transmissor da dor, que é referido em estudos(Teixeira, 2019)(Taets & Figueiredo, 2016), mas não foi relacionado com as outras características definidoras já identificadas, e assim a avaliação da dor poderia ser baseada em relato verbal, comportamental, e também analítica, aumentando a robustez da avaliação.

1.5. CONCLUSÃO DA REVISÃO DA LITERATURA

Sendo o objetivo desta *scoping review* mapear as características definidoras do diagnóstico “dor aguda”, e identificar as mais sensíveis para pessoas em situação crítica internadas em unidades de cuidados intensivos, a pesquisa realizada identificou 6 artigos que satisfaziam os critérios de inclusão.

Embora todas as características definidoras propostas pela Nanda-I sejam encontradas nos resultados, as que emergem como mais sensíveis são “Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor” com 100%, e “Comportamento expressivo”, “Comportamento protetor”, “Expressão facial de dor” com 83,3% dos estudos selecionados.

Considerando a importância que o diagnóstico de enfermagem dor aguda tem nos doentes internados em unidades de cuidados intensivos, esta revisão apresenta resultados que poderão ser usados pelos enfermeiros prestadores de cuidados nesta área a aprimorar o seu raciocínio clínico e a diagnosticar a dor aguda com maior precisão. Espera-se também que esta *scoping review* sirva para o refinamento dos diagnósticos de enfermagem que é proposto pela NANDA-I.

Limitações do estudo

Esta revisão teve várias limitações. A pesquisa foi conduzida em apenas algumas bases de dados, e a inclusão de outras bases de dados poderiam aumentar o a quantidade de artigos encontrados. Para além disso apenas foram incluídos artigos publicados em português, inglês e castelhano, e o nível de evidência dos estudos encontrados não foi considerado critério de inclusão.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo fornece uma visão de um conjunto de elementos que fizeram parte do meu percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. Apresenta-se os elementos do domínio do conhecimento, as operações de pensamento e reflexão da teoria e da prática. Ao longo do capítulo descrevo e analiso o percurso desenvolvido nos dois contextos de estágio: unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência. Com base no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica(Ordem dos Enfermeiros, 2018) conduzi os estágios de forma a desenvolver as competências definidas. Apresentou cada contexto de forma individualizada, a sua caracterização e as atividades desenvolvidas de acordo com objetivos definidos, contemplando a sua inerente reflexão. De referir que a realização de cada um dos estágios foi supervisionada por profissionais qualificados e peritos nas áreas em que se desenvolveu os estágios.

2.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO ESTÁGIO

Para a OE(REPE, 1996) é essencial reconhecer a Enfermagem como uma área científica na saúde, bem como distinguir a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros e a importância da sua atuação. Neste sentido, os cursos de especialização em enfermagem são um percurso de formação que atribui ao profissional um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas específicas para a sua área de especialidade.

O enfermeiro especialista requer uma identidade própria, com competências próprias, que vão marcar a diferença no processo de raciocínio e intervenção entre o enfermeiro especialista numa área, de outro enfermeiro que não é especialista(Simões et al., 2008).

O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica possui um conjunto de competências clínicas especializadas que o permitem compreender este contexto singular. O cuidar da pessoa e família nestes processos complexos, tendo em vista a promoção da melhor resposta nestas situações de dificuldade exacerbada, face à exigência de respostas pertinentes em tempo útil, nunca descurando o controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos(Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A pessoa em situação crítica é o paciente que tem ou está em risco de desenvolver uma disfunção orgânica aguda e ameaçadora de vida, com necessidade de pessoal médico e de enfermagem especializado, com grande capacidade de monitorização, várias modalidades de suporte orgânico fisiológico para preservar a vida durante um período de insuficiência orgânica aguda sistémica(Marshall et al., 2017).

Segundo a Ordem dos enfermeiros(OE, 2010) “*A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*”. Diante do exposto, é fundamental que o enfermeiro especialista desenvolva saber e competências que o permitam prestar cuidados altamente qualificados na manutenção de funções vitais básicas, elaborando um plano de cuidados que permita a recuperação total do paciente, com o mínimo de sequelas, e prevenindo complicações(OE, 2010).

A aquisição de conhecimentos em uma determinada área implica vários tipos de saberes, factos, dados, experiências e um raciocínio crítico entre a sua articulação, a diversos níveis, com o objetivo de aumentar o conhecimento teórico e empírico(Fortin et al., 2006). O ciclo evolutivo que envolve o desenvolvimento de conhecimento parte da observação, organização e análise de dados, alcançando-se o conhecimento particular, ou seja, ganho de sabedoria. Simultaneamente, inicia-se um processo de rotina, que coloca as conclusões alcançadas em execução acerca de um contexto específico e, por fim, alcança-se a prática de uma determinada tarefa(Gonzalez & Martins, 2017)(Kakabadse et al., 2003).

A experiência, as faculdades intelectuais e os processos de pensamento contribuem também para a aquisição de pensamentos, que é também uma forma de aquisição de conhecimentos(D. Polit & Beck, 2014). Raciocinar é desenvolver e organizar as suas ideias de forma a chegar a conclusões. Com sentido do objetivo final ser a explicação de fenómenos, é necessária a análise de cada um dos elementos de um conjunto(Fortin et al., 2006).

Competência é uma ação que resulta da mobilização de conhecimentos aplicados de forma eficaz e em tempo oportuno durante o estágio(Simões et al., 2008). É uma capacidade, uma atribuição de reconhecimento por forma a intervir corretamente, fundamentada em aptidões e conhecimentos.

A prática profissional pertence ao mundo empírico. Existe uma relação de dependência entre teoria, investigação e prática pois, enquanto a teoria fornece um campo de conhecimentos que é depois verificado ou desenvolvido pela investigação, a prática aplica os conhecimentos

desenvolvidos. A prática profissional é também uma grande origem de definição de problemas de investigação(Fortin et al., 2006).

A importância do estágio é demonstrada pela aquisição de conhecimentos e reflexão de práticas ligadas à profissão que nele são desenvolvidas(Simões et al., 2008). De acordo com Vasconcelos (1992), citado por Marques et al. (2016), a formação teórico-prática é complementada pelos estágios em contextos concretos de trabalho, com a responsabilidade das instituições fornecerem as condições necessárias para o seu desenvolvimento.

O estágio é uma experiência de transição de funções que fornece orientação para a função do enfermeiro especialista por meio de uma parceria orientada com um preceptor principal, seu par. Durante o estágio é fundamental manter um alto nível de perícia clínica, gestão de cuidados facilitando as melhores práticas de enfermagem, participar em atividades por parte da organização/serviço, ser um modelo da prática baseada na evidência, para diagnosticar, intervir e avaliar resultados(Bruwer & Little, 2020).

2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.2.1. UCIMC

A UCIMC é uma unidade com história recente, uma vez que foi inaugurado a 18 de outubro de 2013. A UCIMC está integrada no SMI, partilhando a direção de serviço, embora com gestão e recursos humanos autónomos. Integra duas unidades funcionais, uma de nível III – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, e outra de nível II – Unidade de Cuidados Intermédios.

A sua missão está enquadrada na missão da Instituição, sendo que a equipa de enfermagem presta cuidados a pessoas em situação crítica do foro médico-cirúrgico, procurando a prestação de Cuidados de Enfermagem de excelência que garanta a total satisfação das necessidades da Pessoa/Família num ambiente humanizado e humanizante promovendo, em simultâneo, o desenvolvimento e a satisfação dos profissionais, através da implementação de estratégias de otimização de recursos humanos, de formação contínua e da investigação ao nível de um Hospital Universitário no doente do foro crítico.

O SMI-UCIMC possui 11 unidades de internamento para doentes com necessidade de cuidados intensivos, distribuídas da seguinte forma: 4 unidades de internamento de nível II e 6 de nível III, possuindo ainda outra unidade que pode assumir valência nível II ou III, de acordo com as necessidades.

Os paciente são provenientes ou do Serviço de Urgência Central, ou por transferência interna da área cirúrgica e da área médica, ou mesmo por transferência de outros hospitais, sempre que estes requeiram cuidados intensivos. Alguns doentes provêm da SMI, sendo destinados às unidades de nível II ou a quartos de isolamento, uma vez que a UCIP não possui camas com estas características.

De acordo com as suas características são admitidos doentes de todas as especialidades médico-cirúrgicas.

Neste momento único que vivemos, a UCIMC está em constante mudança e readaptação, pois a cargo do SMI ficou a gestão global do processo de assistência ao doente crítico com Covid-19. Foram criadas as UNEIC, que são unidades que foram recrutadas para o internamento de doentes com infeção pelo SARS-CoV2, pois permitem áreas de segurança para os profissionais, as áreas contaminadas onde se internam os doentes e as áreas de apoio.

A UCIMC (UNEIC I) é o serviço que primeiro dá resposta aos doentes Covid-19, estando na linha da frente nos cuidados prestados aos doentes com esta patologia. O número de camas foi reduzido para 8 e foi necessário recrutar e alocar mais profissionais como médicos e enfermeiros de outros serviços de forma a dar resposta a esta situação.

A equipa de enfermagem da UCIMC é constituída por um total de 28 enfermeiros (89,29% do sexo feminino e 10,71% do sexo masculino). Está organizada em quatro equipas, de 6 e 7 elementos, tendo cada uma um chefe de equipa.

A faixa etária dos enfermeiros situa-se entre os 27 e os 52 anos de idade, com uma média de idades de 34,54 anos pelo que podemos, deste modo, concluir que se trata de uma equipa jovem e que, na sua maioria, detém formação especializada no âmbito das competências que desempenha (82,14%).

No que concerne ao tempo de exercício profissional dos enfermeiros, este situa-se entre os 6 e os 28 anos, com uma média de tempo de exercício profissional de 12,29 anos.

Relativamente ao horário praticado pela equipa de enfermagem, 6 enfermeiros cumprem horário de 35 horas semanais (30%) enquanto os restantes cumprem horário de 40 horas semanais.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por 11 elementos, todos do sexo feminino. A faixa etária situa-se entre os 26 e 56 anos, sendo a média de idades de 44 anos. Em termos de escolaridade varia entre o 4º ano e o 12º ano.

O intervalo de tempo de exercício profissional está compreendido entre os 6 meses e os 26 anos, com uma média de 14 anos. Relativamente ao horário praticado, 3 elementos cumprem horário de 35h semanais (27,27%) e os restantes cumprem horário de 40h semanais.

Estas informações foram recolhidas junto da responsável do serviço.

2.2.2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HSEIT

O serviço de urgência do HSEIT integra a urgência geral, urgência pediátrica e urgência obstétrica, e um serviço de atendimento em emergência pré-hospitalar, através de uma viatura de Suporte Imediato de Vida, prestando cuidados de saúde urgentes e diferenciados de acordo com os grupos de utentes e suas necessidades.

O serviço de urgência geral está diferenciado por áreas de forma a facilitar a organização do serviço e a própria orientação dos utentes.

A triagem tem como objetivo atribuir prioridades aos utentes, consoante a situação clínica que apresentem, com base na sintomatologia que manifestem no momento da entrada no serviço de urgência. Usa como metodologia a Triagem de Manchester.

A área medica é o espaço onde concentram-se os doentes do foro médico em ambulatório. Os doentes são avaliados nos gabinetes de consulta médica e depois transferidos para uma área aberta, onde são recebidos pela equipa de enfermagem que irá realizar o tratamento prescrito e a adequada monitorização.

A área cirúrgica é o espaço onde são avaliados e realizados tratamentos aos utentes do foro cirúrgico. É da responsabilidade da cirurgia geral, mas com apoio das outras especialidades cirúrgicas.

A sala de observações destina-se a doentes cuja situação clínica implica vigilância e monitorização contínua, investigação mais demorada, atitudes terapêuticas delicadas com necessidade de mais privacidade.

A sala de emergência é composta por duas unidades de atendimento urgente/emergente devidamente equipadas com todo o material para reanimação cardiopulmonar e suporte respiratório e hemodinâmico, assim como para a prestação de cuidados em outras situações de emergência, que comprometem a vida do doente.

A nível de recursos humanos a equipa de enfermagem é composta por 39 elementos, das mais diversas idades.

Estas informações foram recolhidas junto da responsável do serviço.

2.3. OBJETIVOS DE ESTÁGIO

De forma a adquirir competências na área de enfermagem especializada em pessoa em situação crítica é necessário, antes de mais, estabelecer objetivos que vão orientar o meu percurso durante o estágio. Como um objetivo é algo que pretendemos atingir, um propósito final, é fundamental que seja delineado um conjunto de ações a realizar para os alcançar. O dinamismo inerente ao estágio pressupõe que, durante a sua realização, novos objetivos poderão surgir, ou que sejam necessárias novas iniciativas para concretizar o que está proposto.

2.3.1 – OBJETIVO GERAL

Como objetivo geral, pretendi desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais do enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

2.3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Desenvolver competências de prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, tendo por base a evidência científica, de acordo com a deontologia profissional na UCIMC e no SU do HSEIT.

Atividades:

- Consultar documentação do serviço referente aos cuidados prestados.
- Realizar pesquisa bibliográfica relacionada com as áreas de intervenção de enfermagem mais específicas, com base na evidência científica.
- Participar no planeamento de cuidados do doente crítico, tendo em conta o diagnóstico de enfermagem, as intervenções e os resultados.
- Refletir de forma crítica sobre a prática clínica com o enfermeiro orientador.
- Prestar cuidados ao doente crítico, não descurando a sua privacidade, os seus valores e direitos, conforme a deontologia profissional.

Indicadores de resultado:

- Demonstrar conhecimentos suportados em evidência sobre áreas específicas de atuação do enfermeiro.
- Atuar de forma autónoma e em conjunto com a equipa no planeamento de cuidados de enfermagem e colaborar juntamente com a equipa multidisciplinar nos procedimentos realizados ao doente crítico.
- Prevenir a infeção, demonstrando conhecimentos específicos sobre procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção.

2. Integrar a equipa de enfermagem da UCIMC e no SU do HSEIT e ser um elemento participativo nas atividades desenvolvidas regularmente.

Atividades:

- Recolher informação sobre a dinâmica funcional e organizacional do serviço.
- Consulta de documentação do serviço referente à sua organização.
- Participação no planeamento e na prestação de cuidados ao doente crítico tendo em conta as normas do serviço, mas com sentido crítico.

Indicadores de resultado:

- Integrar a equipa e participar ativamente nas ações realizadas.

2.4. REFLEXÃO CRÍTICA

Para atingir os objetivos traçados e por forma a adquirir as competências específicas na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, foram escolhidos 2 campos de estágio que me proporcionassem as oportunidades necessárias para esse efeito. Os estágios decorreram em setembro de 2020, e novembro de 2020, respetivamente.

Nas próximas linhas passarei a descrever e discutir as atividades desenvolvidas nesses mesmos campos de estágio, salientando a sua relevância para o meu percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

UCIMC

Ao integrar a equipa de enfermagem desta unidade foi rápida a perceção de que se tratava de uma equipa muito competente, unida, e com os princípios da prática do cuidar com qualidade bem presentes.

No contexto de pandemia pela COVID-19 em que foi realizado o estágio, esta equipa estava em constante mudança, isto devido à necessidade de integração de novos elementos para combater os desafios revelados por esta nova situação. Segundo um documento elaborado pelo CHLN Medicina Intensiva (2020) designada a UNEIC 1 ou Unidade Estrutural de Internamento Crítico 1, ou seja a primeira unidade de cuidados intensivos a receber doentes covid-19 neste hospital, por este facto, no período temporal referido, ser a única unidade a receber pessoas em situação crítica com esta patologia.

Também referenciado no mesmo documento(CHLN Medicina Intensiva, 2020) a alocação de recursos humanos é imprescindível, pois a dotação existente na área de medicina intensiva não era suficiente. Em relação à equipa de enfermagem, esta situação pode ser considerada stressante, pois coloca enfermeiros com pouca experiência em doente crítico a prestar cuidados a pessoas gravemente doentes, com necessidade de suporte vital e monitorização intensiva. Labrague & De Los Santos(2020) conclui que níveis disfuncionais de ansiedade podem ser detetados nos enfermeiros da linha da frente no combate a pandemia covid-19.

Este facto ainda é de maior importância para enfermeiros que foram recentemente destacados para cuidar deste tipo de doentes. O autor também refere que devem ser

implementadas estratégias organizacionais de forma a aumentar a resiliência, suporte social e organizacional dos enfermeiros. No período da minha presença nesta unidade não tive consciência de situações em que os enfermeiros sentissem dificuldades, mas tive a noção de que era feito um esforço por parte da enfermeira chefe e dos enfermeiros com mais experiência, e há mais tempo no serviço para acompanharem e auxiliarem os enfermeiros recentemente alocados em todas as questões mais complexas que pudessem provocar incômodo e preocupação.

Em relação a material e equipamentos, encontrei um serviço extremamente bem preparado, com vários equipamentos para suporte vital, nomeadamente o ECMO, o qual eu não tinha experiência profissional. Ao detetar esta lacuna no meu saber, em conjunto com as minhas enfermeiras orientadoras, estabelecemos um plano de estudo com o intuito de aumentar o meu conhecimento com este tipo de suporte e aproveitar ao máximo as oportunidades que pudessem surgir.

Segundo a ELSO(2020), o ECMO, oxigenação extra corporal, é um suporte vital usado temporariamente, substituindo a função pulmonar e/ou cardíaca, de modo que exista uma recuperação da situação reversível, por parte do doente em situação crítica. Pode ser uma ponte para transplante pulmonar ou transplante cardíaco.

As modalidades utilizadas no ECMO são veno-venoso(ECMO-VV) e veno-arterial(ECMO-VA). Estas modalidades diferem tanto nos locais de inserção das cânulas, nos mecanismos fisiológicos que provocam, e nas condições patológicas em que estão indicadas, estando comumente o ECMO-VV indicado para insuficiência respiratória, e o ECMO-VA para insuficiência cardíaca(ELSO, 2020). A referir que durante o meu percurso nesta unidade só tive oportunidade de presenciar suporte com ECMO-VV em doente com insuficiência respiratória grave provocada pela COVID-19.

Os cuidados prestados à pessoa em situação crítica com suporte de ECMO são de extrema complexidade. Pressupõem uma grande exigência por parte do enfermeiro no que concerne à monitorização, deteção e resolução de problemas e redução dos riscos associados a esta técnica, baseado na evidência científica.

A monitorização é realizada constantemente. Existe uma grande preocupação com o estado hemodinâmico do doente, com o funcionamento do equipamento, se os parâmetros programados têm os efeitos desejados no doente. Nesta UCIMC, para além da monitorização constante, é preenchido um protocolo que implica a avaliação de vários parâmetros como o estado hemodinâmico do doente, os parâmetros do ventilador, os parâmetros programados no equipamento ECMO, estudo gasimétrico, e estudos analíticos, nomeadamente a nível da

coagulação, entre outros. Este protocolo é preenchido a cada 4 horas. Em relação à minha experiência pessoal, tive oportunidade de preencher este protocolo inúmeras vezes, o que me fez despertar para as minhas lacunas em relação a esta técnica.

Os cuidados prestados a doentes dependentes da técnica ECMO têm de ter em conta as complicações inerentes a este suporte, como por exemplo a trepidação que é uma obstrução parcial do fluxo de sangue(Tramm et al., 2019), as complicações hemorrágicas como descanulação(Napp et al., 2016), que podem surgir nos cuidados mais rotineiros como a alternância de decúbito. Durante este estágio tive oportunidade de prestar cuidados especializados a este tipo de doentes e absorver das minhas orientadoras este tipo de preocupações. Os cuidados prestados também visam uma melhoria da função respiratória dos doentes dependentes de ECMO e, entre elas, a gestão de sedação e analgesia, a monitorização dos parâmetros e mecânica ventilatória, aspiração de secreções, alternância de decúbitos, cuidados de higiene oral, colaborar na realização de broncofibroscopias para a realização de toilette brônquica, realização de cinesioterapia respiratória, e gestão de suporte farmacológico vasoativo e inotrópico.

No que toca ao suporte familiar, foram escassas as oportunidades de desenvolver essas competências, pois segundo política do serviço devido à pandemia não se recebia visitas familiares, e os contactos entre serviço e família eram feitos via telefónica e pela parte médica. Apenas tive a oportunidade de presenciar a videochamada realizada por um doente consciente, extubado, com os seus familiares, e depois de conversar com o doente e perceber a força interior, a promoção de esperança que aquela chamada provocou, contribuindo para a sua recuperação.

SU do HSEIT, EPER

A realização do estágio no SU-HSEIT foi muito enriquecedora pois tive oportunidade de desenvolver praticamente todas as competências no que diz respeito ao controlo de infeção e situações de emergência e catástrofe.

Devido à situação distinta em que vivemos, a pandemia covid-19, o serviço estava em constantes ajustes em relação ao espaço físico, de força a conseguir separar os doentes suspeitos dos doentes não suspeitos. Neste âmbito a DGS dá ênfase à criação de novas áreas de atendimento aos doentes respiratórios, as chamadas ADR, onde se prestam cuidados a este tipo de doentes. As ADR-SU são áreas dedicadas aos doentes respiratórios no serviço de urgência, e que têm por objetivo a manutenção da separação dos circuitos, a nível hospitalar, de forma a que seja realizada uma efetiva separação dos casos suspeitos e

confirmados de SARS-CoV-2 ao longo dos vários níveis de cuidados, da atividade assistencial não COVID-19 dentro do serviço de urgência. As ADR-SU destinam-se à abordagem de todos os doentes com quadros respiratórios agudos de provável etiologia infecciosa, com critérios clínicos de gravidade que exijam a avaliação presencial (DGS Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020, 2020). Segundo a DGS(2020), estas áreas são fundamentais para o sucesso do atendimento dos doentes no serviço de urgência. É imprescindível que dentro destas infraestruturas se mantenham o distanciamento entre doentes, se mantenha isolamento de contacto e de gotícula, onde trabalhem profissionais treinados, com os recursos humanos e materiais necessários e com recurso a todos os EPI's adequados. Posto isto, foi-me permitido participar na criação de novos circuitos para os pacientes e de uma área ADR-SU.

Foi necessário um trabalho em equipa bastante intenso, com união e concordância entre administração hospitalar, responsáveis clínicos, responsáveis de enfermagem, engenheiros, entre outros de forma a atingir o objetivo proposto.

Juntamente com o meu orientador tive oportunidade de participar em várias reuniões e trocar ideias e opiniões com os responsáveis. Baseados nas diretrizes emanadas das entidades reguladoras, foi formulado um plano que estabelecia estratégias a implementar no serviço. Esse plano ia sendo atualizado à medida que eram emanadas novas diretrizes. Foram diagnosticadas também as necessidades do serviço em relação à prevenção e controlo de infeção.

Foram estabelecidos procedimentos e circuitos no que respeita ao controlo de infeção face as vias de transmissão, de forma a separar os doentes respiratórios dos não respiratórios. O resultado de todos estes procedimentos foi a criação de uma sala ADR-SU com 4 camas e 4 cadeirões, que recebe os doentes com prioridades que podem ser verdes até a laranjas segundo a triagem de Manchester, com toda a capacidade de monitorização não invasiva, e suporte respiratório não invasivo. Esta sala foi alocada na anterior sala de espera, tendo esta sido transferida para uma nova área. A triagem também foi deslocada para fazer face a estas mudanças.

Simultaneamente, foi necessário aumentar o rácio de pessoal de enfermagem por turno para colmatar esta situação, e formar os profissionais dos novos circuitos e valências.

Foi-me solicitado pelo meu orientador que, mediante os cuidados prestados no ADR-SU, e tendo a covid-19 a sua pior manifestação clínica a componente respiratória(Mendes et al., 2020), que redigisse um documento baseado na evidência científica disponível até à data sobre suporte respiratório, com o objetivo de servir como um guia rápido de consulta sobre

a insuficiência respiratória provocada pela covid-19, a avaliação e suporte respiratório do doente com insuficiência respiratória aguda, que seja recebido no ADR-SU. Este documento é apresentado no anexo 1.

Das competências que também tive oportunidade de desenvolver foram as do âmbito da gestão dos recursos. Este facto é explicado pelo meu orientador ser um dos responsáveis pelo serviço, sendo a sua área de intervenção virada para gestão de recursos. Foram várias as situações em que tive oportunidade de observar tanto gestão de conflitos, como gestão e alocação de recursos materiais, capacidade de coordenação da equipa orientada para objetivos, nunca esquecendo a qualidade dos cuidados. À posteriori estas situações eram discutidas entre nós os dois de forma a entender os pressupostos e intenções de certos cenários, e de refletir sobre prós e contras, conceitos e resultados relacionados com aquele enquadramento. Udod et al.(2020) num estudo recente conclui que é necessário investimento no desenvolvimento na liderança para que os enfermeiros gestores sejam essenciais na implementação de boas práticas de saúde, melhorem a coordenação de equipas de forma a aumentar a segurança do doente. Num estudo recente, Liu et al.(2020) conclui que o departamento de enfermagem conseguiu com sucesso gerir os recursos humanos e materiais executando a sua autoridade funcional. Instituiu um suporte sustentável de necessidades, uma dinâmica alocação de recursos humanos, organização de sessões de formação, formular métodos de incentivo positivo. Ruthes & Cunha(2009) numa revisão de literatura com o objetivo de refletir sobre as competências de gestão dos enfermeiros sobre recursos humanos e conhecimento, conclui que os enfermeiros devem estar devidamente preparados com competências desenvolvidas na gestão de recursos tecnológicos, organizacionais e humanos exigidos nas instituições de saúde. Posto isto, tive oportunidade de observar durante o estágio a fomentação de um ambiente positivo à prática, a adaptação dos estilos de liderança e comunicação à maturidade dos profissionais, coordenação da equipa, sem esquecer a utilização de recursos de forma eficiente, competências essas que fui adquirindo com observação e discussão das mesmas.

2.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo pretendo fazer uma retrospectiva de todo percurso académico que foi desenvolvido com objetivo de concluir com êxito o 13º curso de Mestrado em enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Lisboa.

Esta formação permitiu-me ganhar competências como enfermeiro especialista na área de enfermagem Médico-Cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, o que se torna imprescindível para mim visto que esta é a minha experiência profissional diária, e também considero que ser enfermeiro especialista é algo a que todos os enfermeiros deveriam ambicionar, pois obtemos competências a nível de liderança, gestão, prática baseada na evidência, investigação que torna a nossa profissão cada vez mais imprescindível.

Os estágios realizados no âmbito deste curso foram para mim experiências incríveis, pois tive oportunidade de ver realidades diferentes, conhecer pessoas com outro tipo de experiências, de debater assuntos relacionados com enfermagem com os meus orientadores que eram pessoas com grande saber, e de ganhar competências de enfermeiro especialista em cenários reais. Com o sentido de adquirir as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, estes estágios assumem a maior importância, pois permitem a aquisição destas mesmas competências através de oportunidades usufruídas em contexto prático, permitindo, também, a discussão das práticas com outros profissionais peritos nesta área.

A realização deste trabalho é, em si, uma reflexão e um planeamento do percurso desenvolvido. Permitiu ter uma linha orientadora, uma diretriz onde me pude basear para cumprir os meus objetivos e discutir os mesmos com os meus orientadores. A sua execução foi fundamentada nas competências preconizadas para o enfermeiro especialista, mas também na minha visão do que é um enfermeiro especialista em enfermagem e das características que deve possuir para fazer a diferença e contribuir para que a enfermagem seja cada vez mais ligada à ciência e investigação, e que a arte do cuidar seja uma bandeira da nossa profissão.

Para a minha *scoping review* escolhi trabalhar os diagnósticos de enfermagem, nomeadamente o da dor aguda. Os diagnósticos de enfermagem são um tema que fiquei particularmente interessado pois são uma etapa importante do processo de enfermagem, no qual baseamos a nossa intervenção e a posterior avaliação. O diagnóstico de enfermagem dor aguda foi escolhido pois é um problema bastante real em unidades de cuidados intensivos, e que embora já exista bastante trabalho desenvolvido, é ainda uma preocupação para os profissionais que trabalham nesta área. Foi escolhido como referencial teórico a teoria de conforto de Kolcaba, por abordar o conforto em todas as suas dimensões. Foi um trabalho que me deu grande satisfação na sua realização, pois constatei que a investigação é um domínio muito interessante, em que pretendo desenvolver mais competências.

Em último lugar, é para mim importante salientar o relacionamento com o Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Foi deveras fulcral para mim o apoio que o pessoal docente e não docente me deu durante este período. Os professores são excelentes profissionais com uma grande capacidade de entrega, de saber e com grande poder de conseguir que nós alunos nos interessássemos pela matéria lecionada. O pessoal não docente sempre prestável, disponíveis para resolver os mais diversos problemas que foram surgindo, com uma celeridade incrível. E também referir os meus colegas, desconhecidos inicialmente, que ao longo do tempo, trocando ideias, experiências e risos já os posso considerar bons amigos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AACN. (2014). AACN Practice Alert Assessing Pain in the Critically Ill Adult. 34(1), 81–83.
- Apóstolo, A., & Luís, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, II(9), 61–67.
- Asman, O., Slutsker, E., & Melnikov, S. (2019). Nurses' perceptions of pain management adequacy in mechanically ventilated patients. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15–16), 2946–2952. <https://doi.org/10.1111/jocn.14896>
- Barr, J., Gilles, ;, Fraser, L., Puntillo, K., Wesley Ely, ; E, Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Douglas, ;, Coursin, B., Daniel, ;, Herr, L., Tung, ; Avery, Bryce, ;, Robinson, R. H., Fontaine, D. K., ... Jaeschke, R. (2013). *Critical Care Medicine Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit*. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Berntzen, H., Bjørk, I. T., Storsveen, A. M., & Wøien, H. (2020). “Please mind the gap”: A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2441–2454. <https://doi.org/10.1111/jocn.15260>
- Bersten, A., & Soni, N. (2014). *OH'S INTENSIVE CARE MANUAL* (7 edition).
- Bruwer, L., & Little, K. (2020). Development of a Clinical Nurse Specialist Internship for Master's Graduate Students to Improve Role Transition. *Clinical Nurse Specialist*, 34(4), 178–181. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000528>
- Carneiro, H. (2011). Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor.
- CHLN Medicina Intensiva. (2020). ASSISTÊNCIA AO DOENTE CRÍTICO COVID-19 Plano de contingência so Serviço de Medicina Intensiva.
- Correia, M. D. L., & Duran, E. C. M. (2017). Conceptual and operational definitions of the components of the nursing diagnosis Acute Pain (00132). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(00132), e2973. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2330.2973>
- DGS Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020. (2020). Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020. *Direção-Geral Da Saúde*, 58.
- Direção-Geral da Saúde Norma 007/2020. (2020). Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Norma 007/2020, 1–7. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020.aspx%0Ahttps://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/qualidade-do-ar-ambiente/indice-de-qualidade-do-ar.aspx>
- ELSO. (2020). Extracorporeal Life Support Organization COVID-19 Interim Guidelines. *ASAIO Journal*, Publish Ah, 707–721.

- Filho, G. S. de F., Caixeta, L. R., Stival, M. M., & Lima, L. R. de. (2012). Dor aguda: julgamento clínico de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(3), 400–409.
- Flores, P., Sobrinho, N., & Vernaglia, T. (2013). Nurse'S Action in the Pain of the Cardiac Client: a Study Face the Recognition of the Nursing Intervention. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(4), 716–726. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n4p716>
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2006). Fundamentos e etapas do processo de investigação.
- Gomersall, C., Joynt, G., Cheng, C., Yap, F., Lam, P., & Torrance, J. (2014). BASIC. Basic Assesemnt and Support in Intensive Care.
- Gonzalez, R. V. D., & Martins, M. F. (2017). Knowledge management process: A theoretical-conceptual research. *Gestao e Producao*, 24(2), 248–265. <https://doi.org/10.1590/0104-530X0893-15>
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). Designs for Quantitative Nursing Research : Quick-Access Chart Descriptive Study Designs Correlational Study Designs Quasi-experimental Study Designs.
- Henriqueta, M., Kruse, L., Brasileira, R., & Reben, E. (2006). Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado HISTÓRIA DA ENFERMAGEM. In *Rev Bras Enferm* (Vol. 59).
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, Definições e Cassificação 2018-2020 (11a edição).
- Kakabadse, N. K., Kakabadse, A., & Kouzmin, A. (2003). Reviewing the knowledge management literature: Towards a taxonomy. *Journal of Knowledge Management*, 7(4), 75–91. <https://doi.org/10.1108/13673270310492967>
- Kotfis, K., Zegan-Barańska, M., Strzelbicka, M., Safranow, K., Zukowski, M., & Wesley Ely, E. (2018). Validation of the Polish version of the Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) to assess pain intensity in adult, intubated intensive care unit patients: the POL-CPOT study. *Archives of Medical Science*, 14(4), 880–889. <https://doi.org/10.5114/aoms.2017.69752>
- Kurucová, R., Žiaková, K., Gurková, E., Hudáková, M., & Farský, I. (2018). Clinical validation of nursing diagnosis of acute pain. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 9(1), 781–790. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2018.09.0005>
- Labrague, L. J., & De Los Santos, J. (2020). COVID-19 ANXIETY AMONG FRONTLINE NURSES: PREDICTIVE ROLE OF ORGANISATIONAL SUPPORT, PERSONAL RESILIENGE AND SOCIAL SUPPORT. <https://doi.org/10.1111/JONM.13121>
- Liu, Y., Wang, H., Chen, J., Zhang, X., Yue, X., Ke, J., Wang, B., & Peng, C. (2020). Emergency management of nursing human resources and supplies to respond to coronavirus disease 2019 epidemic. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(2), 135–138. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.03.011>

- Lombardo, V., Vinatier, I., Baillot, M. Lou, Franja, V., Bourgeon-Ghittori, I., Dray, S., Jeune, S., Mossadegh, C., Reignier, J., Souweine, B., & Roch, A. (2013). How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: A French survey. *Annals of Intensive Care*, 3(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/2110-5820-3-19>
- Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A. P., Germano, N., & Carmelo, N. (2009). Manual de Ventilação Mecânica no Adulto, Abordagem ao Doente Crítico.
- Marques, D., Ma, E., & Silva, V. B. (2016). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium*, 0(30), 103–119.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
- Matos, F. G. de O. A., & Cruz, D. de A. L. M. da. (2009). Construção de instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 43(spe), 1088–1097. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342009000500013>
- Melin-Johansson, C., Palmqvist, R., & Rönnerberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making – A mixed studies review. *International Journal of Laboratory Hematology*, 38(1), 42–49. <https://doi.org/10.1111/ijlh.12426>
- Mendes, J. J., Mergulhão, P., Froes, F., Paiva, J. A., & Gouveia, J. (2020). Oxigenoterapia e suporte Respiratório COVID-19 SPCI. 19(Figura 1), 1–18.
- Moscoso Loaiza, L. F., & Bernal Cardenas, C. Y. (2016). Cuidado y manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica. *Avances En Enfermería*, 33(2), 209–221. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.52477>
- Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & van Achterberg, T. (2007). Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP®, ICF, NANDA and ZEPF. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 702–713. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.001>
- Napp, L. C., Kühn, C., Hoepfer, M. M., Vogel-Claussen, J., Haverich, A., Schäfer, A., & Bauersachs, J. (2016). Cannulation strategies for percutaneous extracorporeal membrane oxygenation in adults. In *Clinical Research in Cardiology* (Vol. 105, Issue 4, pp. 283–296). <https://doi.org/10.1007/s00392-015-0941-1>
- OE. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, 2.a série-N.º 135-16 de julho de 2018. *Diário Da República*, 2o Série, no135, 19359–19370.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2a Série, no26, 4744–4750.
- Paans, W., Nieweg, R. M., van der Schans, C. P., & Sermeus, W. (2011). What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17–18), 2386–2403. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03573.x>

- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. In JBI Manual for Evidence Synthesis (Issue July). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Pinto, S., Caldeira, Ílvia, & Martins, J. C. (2016). A systematic literature review toward the characterization of comfort. *Holistic Nursing Practice*, 30(1), 14–24. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000126>
- Polit, D., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (8th ed.).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research Seventh Edition Appraising Evidence for Nursing Practice*. In Lippincott Williams & Wilkins.
- Rabelo-Silva, E. R., Dantas Cavalcanti, A. C., Ramos Goulart Caldas, M. C., Lucena, A. de F., Almeida, M. de A., Linch, G. F. da C., da Silva, M. B., & Müller-Staub, M. (2017). Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). *Journal of Clinical Nursing*, 26(3–4), 379–387. <https://doi.org/10.1111/jocn.13387>
- REPE. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto Lei no 161/96, de 4 de Setembro. In *Diário da República* (Vol. 44, Issue 5, pp. 267–270). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ribeiro, G. C., & Padoveze, M. C. (2018). Nursing Care Systematization in a basic health unit: Perception of the nursing team. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 52, 1–7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017028803375>
- Rose, L., Craig, D., Knechet, L., & McGillion, M. (2013). Behavioral Pain Assessment Toll for Critically Ill Adults Unable to Self-Report Pain. 22(3), 246–254.
- Ruthes, R. M., & Cunha, I. C. K. O. (2009). Competencies of the nurse in the management of cognitive and capital knowledge. In *Revista brasileira de enfermagem* (Vol. 62, Issue 6, pp. 901–905). *Rev Bras Enferm.* <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000600016>
- Semachew, A. (2018). Implementation of nursing process in clinical settings: The case of three governmental hospitals in Ethiopia, 2017. *BMC Research Notes*, 11(1), 4–8. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3275-z>
- Shen, X., Zou, X., Zhong, X., Yan, J., & Li, L. (2020). Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02926-2>
- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência*, II(6), 91–108.
- Smith, M. & Parker, M. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice*. In *Nursing Theories and Nursing Practice 4th Ed.* <http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/e-book/KEPERAWATAN/Nursing Theories and Nursing Practice.pdf>
- Souza, C. J. de, Silvino, Z. R., & Souza, D. F. de. (2020). Analysis of patent registries in Brazilian nursing and its relationship with the professional master's degree. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41, e20190358. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190358>

- Subramanian, P., Allcock, N., James, V., & Lathlean, J. (2012). Challenges faced by nurses in managing pain in a critical care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9–10), 1254–1262. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03789.x>
- Taets, G. G. de C., & Figueiredo, N. M. A. de. (2016). A quasi-experimental nursing study on pain in comatose patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 927–932. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0121>
- Tehranireshat, B., & Rakhshan, M. (2018). The relationship between knowledge management and creativity in bachelor degree compared to master degree nursing students. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 36(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n3e05>
- Teixeira, S. (2019). Percepção da Dor nos Doentes Sedados e Ventilados Internados nos Cuidados Intensivos.
- Tramm, R., Ilic, D., Davies, A. R., Pellegrino, V. A., Romero, L., & Hodgson, C. (2019). Extracorporeal membrane oxygenation for critically ill adults. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Issue 6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010381.pub2>
- Udod, S. A., Duchscher, J. B., Goodridge, D., Rotter, T., McGrath, P., & Hewitt, A. D. (2020). Nurse managers implementing the lean management system: A qualitative study in Western Canada. *Journal of Nursing Management*, 28(2), 221–228. <https://doi.org/10.1111/jonm.12898>

ANEXO I

Suporte Respiratório e oxigenioterapia

Introdução

Neste novo contexto em que vivemos urge criar novas estratégias para responder com eficácia a esta nova pandemia. Neste âmbito a DGS dá ênfase à criação de novas áreas de atendimento aos doentes respiratórios, as chamadas ADR, onde se prestam cuidados a este tipo de doentes. As ADR-SU são áreas dedicadas aos doentes respiratórios no serviço de urgência, e que tem por objetivo a manutenção da separação dos circuitos, a nível hospitalar, de forma seja realizada uma efetiva separação dos casos suspeitos e confirmados de SARS-CoV-2 ao longo dos vários níveis de cuidados, da atividade assistências não COVID-19 dentro do serviço de urgência. As ADR-SU destinam-se à abordagem de todos os doentes com quadros respiratórios agudos de provável etiologia infecciosa, com critérios clínicos de gravidade que exijam a avaliação presencial(DGS Plano da Saúde para o Outono-Inverno, 2020).

Segundo a DGS(2020), estas áreas são fundamentais para o sucesso do atendimento dos doentes no serviço de urgência. É imprescindível que dentro destas infraestruturas se mantenha o distanciamento entre doentes, se mantenha isolamento de contacto e de gotícula, onde trabalhem profissionais treinados, com os recursos humanos e materiais necessários e com recurso a todos os EPI's adequados.

Os cuidados a serem prestados dentro destas áreas serão todos os necessários para a manutenção das funções vitais dos doentes. Segundo informação colhida junto de um responsável do serviço de urgência do HSEIT os doentes a serem encaminhados serão todos os que apresentem quadro agudo respiratório, do verde ao laranja de acordo com a triagem de Manchester, que necessitem de oxigenioterapia ou suporte ventilatório.

Os profissionais devem prestar cuidados com os EPI's adequados ao atendimento direto de casos com patologia respiratória, mais propriamente EPI's de contacto e de gotícula, e respeitando as indicações da Norma 004/2020 da DGS em vigor. Com base no risco de exposição e conforme o tipo de procedimentos que forem ser realizados o profissional deve estar equipado com bata com abertura atrás, descartável, impermeável/resistente a fluidos, de manga comprida e que vá até abaixo do joelho, máscara FFP2, proteção ocular, luvas descartáveis não esterilizadas, cobre-botas e touca. Se forem realizados procedimentos geradores de aerossóis acrescem as medidas adicionais de isolamento de via aérea. São considerados procedimentos geradores de aerossóis entubação traqueal, ventilação não-invasiva, traqueostomia, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação com insuflador manual, broncoscopia, colocação de doente ventilado em decúbito ventral, introdução de sonda nasogástrica, colheita de amostras respiratórias por zaragatoa naso- ou orofaríngea ou

aspiração orofaríngea de secreções ou indução de tosse, fisioterapia respiratória (Direção-Geral da Saúde Norma 007/2020, 2020).

Mendes et al. (2020) numa revisão de evidência sobre a COVID-19 refere que a insuficiência respiratória provocada por esta doença se encontra dependente de vários mecanismos fisiopatológicos interligados, nomeadamente o aumento da permeabilidade da membrana alvéolo-capilar, que vai promover um acúmulo de líquido dentro do alvéolo pulmonar e também da alteração da perfusão pulmonar devido à perda da capacidade de vasoconstrição e de fenómenos microtrombóticos dentro do leito vascular pulmonar.

A evidência científica que se dispõe neste momento revela que a insuficiência respiratória provocada pela COVID-19 tem diferentes características mediante as fases da evolução da doença. Foram identificados 2 fenótipos com base na mecânica do pulmão. O fenótipo L é caracterizado por baixa elastância, baixa relação ventilação/perfusão, baixo peso pulmonar e baixa recrutabilidade. Manifesta-se clinicamente por hipoxemia silenciosa, ou seja, ausência de dispneia, com aumento do drive respiratório condicionando aumento do volume-minuto e consequente hipocápnia. O fenótipo H caracteriza-se por elastância elevada, elevada dependência ventilação/perfusão, aumento do peso pulmonar e aumento da recrutabilidade. Clinicamente manifesta-se por hipoxemia sintomática. Este fenótipo é considerado a ARDS típica, enquanto o fenótipo L é considerado uma ARDS atípica.

Objetivo:

Este documento tem por objetivo servir como um guia rápido de consulta sobre a insuficiência respiratória provocada pela COVID-19, a avaliação e suporte respiratório do doente com insuficiência respiratória aguda, que seja recebido no ADR-SU. Este documento não exclui a leitura de bibliografia mais especializada sobre este tema.

Avaliação respiratória:

O doente com insuficiência respiratória deve ser avaliado segundo a abordagem ABCDE, devendo os problemas encontrados serem resolvidos mediante a sua prioridade. Tanto a hipoxemia como a hipercapnia normalmente causam manifestações clínicas, as quais devemos estar atentos de forma a antecipar as necessidades do doente. São sinais de dificuldade respiratória a alteração do estado de consciência, adejo nasal, uso dos músculos auxiliares da respiração, tiragem intercostal e tiragem subcostal. Também devemos estar atentos a alterações do padrão respiratório como taquipneia, bradipneia, hiperventilação,

padrão cheyne stokes. Alterações hemodinâmicas com taquicardia e hipertensão numa fase inicial, e bradicardia e hipotensão numa fase tardia, podem ser indícios de insuficiência respiratória(Bersten & Soni, 2014).

A oximetria de pulso é de extrema utilidade pois demonstra uma relação entre a SpO₂ e a PaO₂. A má perfusão periférica, pele escura, verniz das unhas, a luz ambiente e os movimentos podem levar a um erro na sua leitura(Gomersall et al., 2014).

A capnografia quantifica a fração expiratória de CO₂, e é uma medida indireta da PaCO₂, o que se pode relevante no diagnostico e tratamento da insuficiência respiratória(Bersten & Soni, 2014).

Por fim a gasimetria é o exame por excelência pois consegue medir os gases distribuídos no sangue e o equilíbrio acido-base do doente. Na insuficiência respiratória causada pelo SARS-Cov-2 o doente apresenta hipoxemia sem apresentar clinica, ou seja hipoxemia silenciosa, o que vai ser confirmado através do exame gasimétrico(Mendes et al., 2020).

Suporte ventilatório e oxigenioterapia:

A hipoxemia é deletéria para os tecidos e se não for corrigida pode ser fatal. É critico reverter rapidamente com oxigénio suplementar, enquanto a fisiopatologia subjacente é identificada e o tratamento específico iniciado(Gomersall et al., 2014).

Existem vários métodos de administrar oxigenioterapia suplementar. Eles estão catalogados consoante a sua capacidade de se equiparar ao fluxo inspiratório do doente, ou seja a quantidade de O₂ que eles conseguem debitar por minuto comparada com o volume corrente do doente a multiplicar pela sua frequência respiratória vais nos dizer se precisamos de um método que nos dê um alto fluxo ou baixo fluxo de O₂(Gomersall et al., 2014).

Cânula Nasal

É um dispositivo que oferece oxigenioterapia até 6L/min. Fluxos mais altos tem um efeito de secagem e irritação da mucosa do trato respiratório. (Gomersall et al., 2014) Recomenda-se em doentes com COVID-19 e insuficiência respiratória hipoxémica iniciar a administração de oxigenioterapia suplementar por cânula nasal se SpO₂ < 90%, para uma SpO₂ alvo entre 90% e 96%. Não é necessária humidificação para fluxos de oxigénio < 4 L/min sendo que utilização de humidificadores de bolha com fluxo de oxigénio ≥ 5L/min produz potencialmente aerossóis com risco de transmissão de microrganismos. Recomenda-se também que o doente utilize mascara cirúrgica durante este procedimento(Mendes et al., 2020).

Máscaras de Oxigénio (máscara de Venturi)

As máscaras de oxigénio estão desenhadas para oferecer uma concentração exata de oxigénio. Oferecem um alto fluxo e são muito uteis quando é necessário saber exatamente qual o FiO₂ administrado. O dispositivo é composto por doseadores que controlam o fornecimento de O₂(Gomersall et al., 2014). Preferencialmente sem a utilização de humidificação, a sua utilização tem como objetivo elevar as SpO₂ acima de 90%. Também está recomendado o uso de máscara cirúrgica, pelo doente, na utilização deste dispositivo(Mendes et al., 2020).

Máscaras com Reservatório

Este dispositivo consiste numa máscara com válvulas e um reservatório. O reservatório é cheio com O₂ a 100% através de uma fonte de O₂. Durante a inspiração o oxigénio é obtido tanto pela fonte de O₂ como pelo reservatório, e assim aumenta-se maximiza-se a oferta de oxigénio. Como a máscara não é selada dá-se sempre alguma entrada de ar ambiente o que resulta em um dispositivo que não tem uma oferta de O₂ fixa. Com um fluxo de 15L/min consegue-se um FiO₂ entre 70-80%(Gomersall et al., 2014). Embora neste momento não haja recomendações sobre o uso deste dispositivo nos doente COVID-19, é importante a sua referência no tratamento da insuficiência respiratória aguda.

Máscara com Insuflador Manual

Quando é necessário suporte ventilatório num doente que se encontre taquipneico, bradipneico, ou com um drive respiratório ineficaz podemos recorrer a uma máscara com insuflador pois conseguimos uma ventilação mais eficaz e, se ligado a uma fonte de oxigénio a 15L/min, uma oxigenação na ordem dos 100%. Existe a opção de ser acoplada uma válvula de PEEP para aumentar a capacidade de oxigenação. Pode ser necessário utilizar adjuvantes da via aérea como o tubo orofaríngeo, e também ser necessário manobras manuais de permeabilização da via aérea com a elevação do mento(Gomersall et al., 2014). Neste momento esta dispositivo esta contra indicado nos doentes com patologia COVID-19(Mendes et al., 2020).

Ventilação Não Invasiva

A VNI tem a vantagem de oferecer suporte ventilatório sem uma via aérea artificial invasiva. Tem indicações específicas e a sua aplicação depende muito da patologia do doente, das usa

colaboração e do conhecimento e experiência dos profissionais de saúde nesta técnica (Marcelino et al., 2009).

As recomendações neste momento para a utilização da VNI em doentes COVID-19 são para os profissionais utilizem precauções de contacto, de gotícula e de via aérea (idealmente em quartos ou áreas de pressão negativa), a técnica seja iniciada em ambiente de elevada monitorização que permita evitar atrasos na entubação endotraqueal perante falência de resposta, sejam máscaras com selagem máxima, bem como ventiladores e circuitos ventilatórios com interposição de filtros que minimizem o risco de aerossolização, seja estabelecido e implementado um protocolo adequado à insuficiência respiratória hipoxémica; e sejam estabelecidos critérios de falência precoce (< 1 hora) e tardia

Ventiladores e parâmetros ventilatórios:

Os princípios gerais da VNI são os mesmos do que a ventilação invasiva. Os ventiladores são geradores de uma pressão positiva na fase da inspiração e uma pressão positiva durante a expiração. A pressão positiva durante a inspiração é denominada de IPAP que é a pressão aplicada na via aérea, e é a soma da pressão de suporte acima de EPAP e a EPAP. A EPAP é a denominação que se dá à pressão exercida no final da expiração. Os modos ventilatórios mais usados para tratar a insuficiência respiratória aguda são os que utilizam estas duas variantes. A estes modos chamam-se.

Os modos de VNI tem como característica a compensação da fuga pela interface.

Atendendo também ao drive respiratório do doente é necessário escolher uma modalidade assistida ou controlada. Se o nosso doente tiver eupneico, com um padrão respiratório normal podemos seleccionar uma modalidade assistida em que só irá dar suporte após o início do ciclo respiratório que é iniciado pelo doente. O trigger é um parâmetro que por norma pode ser regulado pelo operador, e é nele que reside a sensibilidade do ventilador perceber o esforço do doente para iniciar a ventilação. Quanto menor for o trigger mais difícil será de iniciar um ciclo respiratório. Se o doente não tiver um padrão respiratório considerado normal deve-se escolher uma modalidade ventilatória controlada, o que quer dizer que o ventilador é que inicia e termina os ciclos respiratórios sem ter em conta o padrão do doente, e tendo por base o número de frequências respiratórias por minuto programadas. Esta modalidade deve-se usar em doentes com depressão do estado de consciência, e com alteração do padrão respiratório (Marcelino et al., 2009) (Gomersall et al., 2014).

Interfaces:

A escolha da interface é fundamental para o sucesso da técnica ventilatória. Existem vários tipos de interfaces que são aplicadas na VNI como a máscara facial, a máscara nasal, máscara facial total e o capacete. A mais utilizada no tratamento da insuficiência respiratória aguda é a máscara facial. Ela permite aplicação de pressões mais altas com menor probabilidade de fuga, permite a ventilação tanto pela boca como pelo nariz e o espaço morto é muito reduzido. Tem como desvantagens limitar a comunicação verbal, prejudicar a eliminação de secreções brônquicas, e tem um risco elevado de lesões na pele de contacto com a interface. Tem de se ter um cuidado redobrado com a colocação e o ajuste da interface. Deve-se escolher o tamanho adequado e a que se adapta melhor á face do doente. Ela deve ser colocada por 2 profissionais em que o primeiro segura a interface junto da face do doente e ajusta para a menor fuga possível, e o segundo fixa com os fixadores tentando manter a pressão já exercida. A máscara não deve ficar muito apertada pois vai diminuir a tolerância do doente. Algum grau de fuga deve ser esperado(Gomersall et al., 2014).

Aspetos práticos:

Inicialmente deve-se explicar ao doente a técnica ventilatória. De seguida deve-se programar o ventilador de acordo com a patologia encontrada, insuficiência respiratória e avaliação das necessidades do doente. Deverá começar-se com pressões mais reduzidas, com progressão crescente gradual de forma a que se mantenha a tolerância do doente. De uma forma grosseira, se houver necessidade de aumentar a PaO₂ deve-se aumentar a EPAP, até um máximo de 8-10mmH₂O, ou aumentar o FiO₂. Para reduzir a PaCO₂ deve-se aumentar a IPAP, ou seja, aumenta-se a pressão de suporte com incrementos de 2mmH₂O.

À medida que se vai aumentando as pressões vai sendo necessário ajustar novamente a interface, pois a probabilidade de fuga é maior. Esta verificação e a verificação do volume corrente realizado é fundamental para evitar a hipoventilação.

Também se for necessário a suspensão da VNI para a realização de um procedimento como a higiene oral ou aspiração de secreções, este período deve ser o mais curto possível.

Uma resposta favorável inicial à VNI dentro da primeira hora, com melhoria do padrão respiratório do doente, diminuição da frequência respiratória, tendência de correção do Ph e dos gases sanguíneos, é um dos fatores preditores de sucesso da VNI. A ventilação mecânica invasiva deve ser considerada se não houver melhoria ou agravamento do doente neste período. É necessário um alto grau de suspeição pois a VNI pode mascarar a detioração respiratória, e elevar o risco de uma intubação endotraqueal(Gomersall et al., 2014)(Marcelino et al., 2009).

Bibliografia

- AACN. (2014). *AACN Practice Alert Assessing Pain in the Critically Ill Adult*. 34(1), 81–83.
- Apóstolo, A., & Luís, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, II(9), 61–67.
- Asman, O., Slutsker, E., & Melnikov, S. (2019). Nurses' perceptions of pain management adequacy in mechanically ventilated patients. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15–16), 2946–2952. <https://doi.org/10.1111/jocn.14896>
- Barr, J., Gilles, J., Fraser, L., Puntillo, K., Wesley Ely, J., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Douglas, J., Coursin, B., Daniel, J., Herr, L., Tung, J., Avery, Bryce, J., Robinson, R. H., Fontaine, D. K., ... Jaeschke, R. (2013). *Critical Care Medicine Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit*. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Berntzen, H., Bjørk, I. T., Storsveen, A. M., & Wøien, H. (2020). “Please mind the gap”: A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2441–2454. <https://doi.org/10.1111/jocn.15260>
- Bersten, A., & Soni, N. (2014). *OH'S INTENSIVE CARE MANUAL* (7 edition).
- Bruwer, L., & Little, K. (2020). Development of a Clinical Nurse Specialist Internship for Master's Graduate Students to Improve Role Transition. *Clinical Nurse Specialist*, 34(4), 178–181. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000528>
- Carneiro, H. (2011). *Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor*.
- CHLN Medicina Intensiva. (2020). *ASSISTÊNCIA AO DOENTE CRÍTICO COVID-19 Plano de contingência so Serviço de Medicina Intensiva*.
- Correia, M. D. L., & Duran, E. C. M. (2017). Conceptual and operational definitions of the components of the nursing diagnosis Acute Pain (00132). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(00132), e2973. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2330.2973>
- DGS Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020. (2020). Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020. *Direção-Geral Da Saúde*, 58.
- Direção-Geral da Saúde Norma 007/2020. (2020). Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). *Norma 007/2020*, 1–7. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares->

- normativas/norma-n-0072020-de-29032020.aspx%0Ahttps://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/qualidade-do-ar-ambiente/indice-de-qualidade-do-ar.aspx
- ELSO. (2020). Extracorporeal Life Support Organization COVID-19 Interim Guidelines. *ASAIO Journal, Publish Ah*, 707–721.
- Filho, G. S. de F., Caixeta, L. R., Stival, M. M., & Lima, L. R. de. (2012). Dor aguda: julgamento clínico de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(3), 400–409.
- Flores, P., Sobrinho, N., & Vernaglia, T. (2013). Nurse'S Action in the Pain of the Cardiac Client: a Study Face the Recognition of the Nursing Intervention. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(4), 716–726. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n4p716>
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*.
- Gomersall, C., Joynt, G., Cheng, C., Yap, F., Lam, P., & Torrance, J. (2014). *BASIC. Basic Assesemnt and Support in Intensive Care*.
- Gonzalez, R. V. D., & Martins, M. F. (2017). Knowledge management process: A theoretical-conceptual research. *Gestao e Producao*, 24(2), 248–265. <https://doi.org/10.1590/0104-530X0893-15>
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *Designs for Quantitative Nursing Research : Quick-Access Chart Descriptive Study Designs Correlational Study Designs Quasi-experimental Study Designs*.
- Henriqueta, M., Kruse, L., Brasileira, R., & Reben, E. (2006). Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado HISTÓRIA DA ENFERMAGEM. In *Rev Bras Enferm* (Vol. 59).
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, Definições e Cassificação 2018-2020* (11^a edição).
- Kakabadse, N. K., Kakabadse, A., & Kouzmin, A. (2003). Reviewing the knowledge management literature: Towards a taxonomy. *Journal of Knowledge Management*, 7(4), 75–91. <https://doi.org/10.1108/13673270310492967>
- Kotfis, K., Zegan-Barańska, M., Strzelbicka, M., Safranow, K., Zukowski, M., & Wesley Ely, E. (2018). Validation of the Polish version of the Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) to assess pain intensity in adult, intubated intensive care unit patients: the POL-CPOT study. *Archives of Medical Science*, 14(4), 880–889. <https://doi.org/10.5114/aoms.2017.69752>
- Kurucová, R., Žiaková, K., Gurková, E., Hudáková, M., & Farský, I. (2018). Clinical

- validation of nursing diagnosis of acute pain. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 9(1), 781–790. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2018.09.0005>
- Labrague, L. J., & De Los Santos, J. (2020). *COVID-19 ANXIETY AMONG FRONTLINE NURSES: PREDICTIVE ROLE OF ORGANISATIONAL SUPPORT, PERSONAL RESILIENCE AND SOCIAL SUPPORT*. <https://doi.org/10.1111/JONM.13121>
- Liu, Y., Wang, H., Chen, J., Zhang, X., Yue, X., Ke, J., Wang, B., & Peng, C. (2020). Emergency management of nursing human resources and supplies to respond to coronavirus disease 2019 epidemic. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(2), 135–138. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.03.011>
- Lombardo, V., Vinatier, I., Baillot, M. Lou, Franja, V., Bourgeon-Ghittori, I., Dray, S., Jeune, S., Mossadegh, C., Reignier, J., Souweine, B., & Roch, A. (2013). How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: A French survey. *Annals of Intensive Care*, 3(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/2110-5820-3-19>
- Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A. P., Germano, N., & Carmelo, N. (2009). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto, Abordagem ao Doente Crítico*.
- Marques, D., M^a, E., & Silva, V. B. (2016). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium*, 0(30), 103–119.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
- Matos, F. G. de O. A., & Cruz, D. de A. L. M. da. (2009). Construção de instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 43(spe), 1088–1097. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342009000500013>
- Melin-Johansson, C., Palmqvist, R., & Rönnerberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making – A mixed studies review. *International Journal of Laboratory Hematology*, 38(1), 42–49. <https://doi.org/10.1111/ijlh.12426>
- Mendes, J. J., Mergulhão, P., Froes, F., Paiva, J. A., & Gouveia, J. (2020). *Oxigenoterapia e suporte Respiratório COVID-19 SPCI*. 19(Figura 1), 1–18.
- Moscoso Loaiza, L. F., & Bernal Cardenas, C. Y. (2016). Cuidado y manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica. *Avances En Enfermería*, 33(2), 209–221. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.52477>
- Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & van Achterberg, T. (2007). Meeting the

- criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP®, ICF, NANDA and ZEPF. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 702–713. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.001>
- Napp, L. C., Kühn, C., Hoepfer, M. M., Vogel-Claussen, J., Haverich, A., Schäfer, A., & Bauersachs, J. (2016). Cannulation strategies for percutaneous extracorporeal membrane oxygenation in adults. In *Clinical Research in Cardiology* (Vol. 105, Issue 4, pp. 283–296). <https://doi.org/10.1007/s00392-015-0941-1>
- OE. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. *Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, 2.^a série-N.º 135-16 de julho de 2018. *Diario Da República, 2º Série, nº135*, 19359–19370.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750.
- Paans, W., Nieweg, R. M., van der Schans, C. P., & Sermeus, W. (2011). What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17–18), 2386–2403. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03573.x>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. In *JBI Manual for Evidence Synthesis* (Issue July). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Pinto, S., Caldeira, Ílvia, & Martins, J. C. (2016). A systematic literature review toward the characterization of comfort. *Holistic Nursing Practice*, 30(1), 14–24. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000126>
- Polit, D., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (8th ed.).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). Essentials of Nursing Research Seventh Edition Appraising Evidence for Nursing Practice. In *Lippincott Williams & Wilkins*.
- Rabelo-Silva, E. R., Dantas Cavalcanti, A. C., Ramos Goulart Caldas, M. C., Lucena, A. de F., Almeida, M. de A., Linch, G. F. da C., da Silva, M. B., & Müller-Staub, M. (2017). Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). *Journal of Clinical Nursing*, 26(3–4), 379–387. <https://doi.org/10.1111/jocn.13387>

- REPE. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto Lei nº 161/96, de 4 de Setembro. In *Diário da República* (Vol. 44, Issue 5, pp. 267–270). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ribeiro, G. C., & Padoveze, M. C. (2018). Nursing Care Systematization in a basic health unit: Perception of the nursing team. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 52, 1–7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017028803375>
- Rose, L., Craig, D., Knechet, L., & McGillion, M. (2013). *Behavioral Pain Assessment Toll for Critically Ill Adults Unable to Self-Report Pain*. 22(3), 246–254.
- Ruthes, R. M., & Cunha, I. C. K. O. (2009). Competencies of the nurse in the management of cognitive and capital knowledge. In *Revista brasileira de enfermagem* (Vol. 62, Issue 6, pp. 901–905). Rev Bras Enferm. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000600016>
- Semachew, A. (2018). Implementation of nursing process in clinical settings: The case of three governmental hospitals in Ethiopia, 2017. *BMC Research Notes*, 11(1), 4–8. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3275-z>
- Shen, X., Zou, X., Zhong, X., Yan, J., & Li, L. (2020). *Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19*. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02926-2>
- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência*, II(6), 91–108.
- Smith, M. & Parker, M. (2015). Nursing Theories and Nursing Practice. In *Nursing Theories and Nursing Practice 4th Ed.* <http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/e-book/KEPERAWATAN/Nursing Theories and Nursing Practice.pdf>
- Souza, C. J. de, Silvino, Z. R., & Souza, D. F. de. (2020). Analysis of patent registries in Brazilian nursing and its relationship with the professional master's degree. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41, e20190358. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190358>
- Subramanian, P., Allcock, N., James, V., & Lathlean, J. (2012). Challenges faced by nurses in managing pain in a critical care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9–10), 1254–1262. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03789.x>
- Taets, G. G. de C., & Figueiredo, N. M. A. de. (2016). A quasi-experimental nursing study on pain in comatose patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 927–932. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0121>
- Tehranineshat, B., & Rakhshan, M. (2018). The relationship between knowledge management and creativity in bachelor degree compared to master degree nursing

- students. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 36(3).
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n3e05>
- Teixeira, S. (2019). *Percepção da Dor nos Doentes Sedados e Ventilados Internados nos Cuidados Intensivos*.
- Tramm, R., Ilic, D., Davies, A. R., Pellegrino, V. A., Romero, L., & Hodgson, C. (2019). Extracorporeal membrane oxygenation for critically ill adults. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Issue 6).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010381.pub2>
- Udod, S. A., Duchscher, J. B., Goodridge, D., Rotter, T., McGrath, P., & Hewitt, A. D. (2020). Nurse managers implementing the lean management system: A qualitative study in Western Canada. *Journal of Nursing Management*, 28(2), 221–228.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12898>