

VI SIMPÓSIO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Processo de Enfermagem na Prática Clínica

Data: 25 e 26 de junho de 2012

Local: Anfiteatro Carlos César de Albuquerque



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

Anais

2012



Fundo de Incentivo
à Pesquisa e Eventos
(FIPE)



**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFRGS**

VI Simpósio do Processo de Enfermagem

do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

"Processo de Enfermagem na Prática Clínica"

25 e 26 de junho de 2012

Local

Anfiteatro Carlos César de Albuquerque
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – RS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Presidente

Prof^o Amarílio Vieira de Macedo Neto

Vice-Presidente Médico

Prof^o Sérgio Pinto Ribeiro

Vice-Presidente Administrativo

Bel.Tanira Andreatta Torelly Pinto

Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof^a Nadine Oliveira Clausell

Coordenadora do Grupo de Enfermagem

Prof^a Maria Henriqueta Luce Kruse

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor

Prof^o Carlos Alexandre Netto

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS

Diretora

Prof^a Liana Lautert

Projeto gráfico, ilustração e diagramação

Gleci Beatriz Luz Toledo

Ficha Catalográfica

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP

S612p Simpósio do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (6. : 2012 : Porto Alegre, RS)
Processo de enfermagem na prática clínica; anais [recurso eletrônico] / 6. Simpósio do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; promoção e realização Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; coordenadora do Simpósio Miriam de Abreu Almeida. – Porto Alegre: HCPA, 2012.
1 CD-ROM.

1. Enfermagem – Eventos. 2. Processos de enfermagem. I. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. III. Almeida, Miriam de Abreu. IV. Título.

NLM: WY3

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Promoção e Realização

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Apoio

Associação dos Enfermeiros do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos

Apresentação

A Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, anteriormente denominada Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem (GTDE), é integrada por enfermeiras dos diversos serviços do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Temos a satisfação de promover a sexta edição deste evento como um espaço de divulgação científica, de reflexão e discussão sobre o processo de enfermagem na prática clínica, além de confraternização com colegas.

A programação inclui a conferência “Pesquisa centrada em resultados de enfermagem e suas implicações para a prática” e as mesas redondas “Processo de Enfermagem e indicadores assistenciais” e “O que é fazer pesquisa afinal?”. Consta, ainda, a apresentação do “Projeto AGHU”, que é um projeto do Ministério da Educação que objetiva padronizar práticas assistenciais e administrativas em hospitais universitários de sua rede utilizando como base o HCPA e, por conseguinte, o Processo de Enfermagem aqui realizado. Convidamos colegas para divulgarem os “Trabalhos apresentados na Conferência da NANDA International 2012”, realizada em Houston-EUA no mês de maio. Destinamos um espaço para que os participantes do evento possam conversar com os autores dos pôsteres. Dentre os trabalhos, serão selecionados dois destaques para premiação. Organizamos dois cursos, “Processo de Enfermagem na prática clínica” e “Processo de Enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC, NOC”, como também visitas programadas às Unidades de Internação para conhecerem o nosso modelo do processo de enfermagem.

O VI Simpósio tem um significado especial para a Enfermagem do HCPA, pois estaremos comemorando o 100º Estudo Clínico do Processo de Enfermagem, apresentado por colegas do Serviço de Enfermagem em Adição, recentemente criado. Finalizamos o Simpósio com um resgate da trajetória do Processo de Enfermagem na instituição, reservando um momento para homenagem.

É com muita alegria que recebemos a todas(os) para compartilharem da intensa programação. Sejam bem vindos!

Miriam de Abreu Almeida

Coordenadora do VI Simpósio do Processo de Enfermagem do HCPA

Comissão Organizadora

COORDENADORA

Miriam de Abreu Almeida

MEMBROS DA COMISSÃO

Alana Petrocelli
Alisson Lopes da Silva
Amália de Fátima Lucena
Ana Paula de Oliveira Siqueira
Ana Paula Gossmann Bortoletti
Beatriz Cavalcanti Juchem
Betina Franco
Bianca Nascimento
Bruna Pausen Panato
Brunna Thayse Furtado de Lima
Caren Jaqueline Gomes
Carolina Charão
Caroline Maier Predebom
Claudete R. M. Pacheco
Daniela Cruz
Débora Dantas
Fernanda Baum
Flávia Michele Gomes
Flávia Pivoto
Gleci Beatriz Luz Toledo
Isis Marques Severo
Jennifer Hochnadel
Jéssica Rosa T. Cunha
Laura Mesquita
Luiza D'Andrea
Márcia Pozza Pinto
Márcia Weissheimer
Maria Conceição Proença
Maria do Carmo Rocha Laurent
Mitieli V. Disconzi
Myrna Dávilla
Rosane de Silva Veiga Pirovano
Rose Terezinha Carvalho
Sandra Maria Maciel Fialkowski
Stefania Cioato
Tatiele Zimmermann
Vanessa K. Longaray
Vera Lucia Mendes Dias
Viviane Andrade do Rosário

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	5
PROGRAMAÇÃO.....	9
CURSOS.....	11
▶ Processo de enfermagem na prática clínica.....	12
▶ Processo de Enfermagem e as Classificações NANDA-I, NIC e NOC.....	13
PALESTRAS.....	16
▶ Pesquisa centrada em resultados de enfermagem e suas implicações para a prática.....	17
▶ Indicador de qualidade e o diagnóstico de enfermagem risco de quedas em pacientes hospitalizados.....	18
▶ Processo de enfermagem e indicadores assistenciais Úlcera por pressão.....	19
▶ Qualidade em saúde sob a ótica do processo de enfermagem: o uso de indicadores como ferramenta de gestão no cuidado à pessoa com dor.....	20
▶ Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem nos resultados esperados de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidado domiciliar.....	21
▶ Aplicabilidade da classificação dos resultados de enfermagem (NOC) para o diagnóstico volume de líquidos excessivo em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada.....	22
▶ Caracterização das situações de quedas e dos diagnósticos de enfermagem em pacientes internados em um hospital universitário.....	24
▶ O que é fazer pesquisa afinal?.....	26
▶ O que é fazer pesquisa afinal?.....	27
▶ Projeto AGHU.....	29
▶ 100º Estudo Clínico do Processo de Enfermagem do HCPA.....	31
▶ Trajetória do processo de enfermagem no HCPA.....	51
RESUMOS.....	52
▶ Risco para úlcera por pressão: um novo diagnóstico de enfermagem.....	53
▶ O processo de enfermagem discutido em reunião de equipe na atenção básica: um relato de experiência.....	54
▶ Risco de infecção relacionado a procedimento invasivo – Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) na Neonatologia.....	55
▶ Pensamento crítico no processo diagnóstico: aplicação em um ensaio acadêmico.....	56
▶ Educação permanente sobre a prescrição de enfermagem.....	57
▶ Diagnósticos de enfermagem prevalentes numa maternidade – Relato de experiência.....	58
▶ Dificuldades na implantação da Sistematização de Enfermagem – SAE: revisão integrativa.....	59
▶ Paciente em risco de perfusão tissular cerebral ineficaz pós-trombólise.....	60
▶ Avaliação da dor de origem oncológica por meio da classificação de resultados de enfermagem – NOC.....	61
▶ Dificuldades e vantagens manifestas pelos enfermeiros para a aplicação do processo de enfermagem: uma revisão integrativa.....	62

▶ Diagnósticos de enfermagem identificados na prática clínica em pacientes transplantados renais.....	63
▶ O uso de um software estatísticos para sistematizar a assistência de enfermagem numa clínica renal.....	64
▶ Fatores de risco e cuidados de enfermagem para pacientes hospitalizados com risco de quedas.....	65
▶ Diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório mediato de cirurgia bariátrica.....	66
▶ Proteção ineficaz: paciente com insuficiência renal crônica secundária à mieloma múltiplo.....	67
▶ Mobilidade física prejudicada em paciente com remoção de neoplasia maligna secundária no encéfalo.....	68
▶ Diagnósticos de enfermagem em paciente com Crohn: relato de experiência de cuidado.....	69
▶ Atividades de enfermagem para o cuidado de pacientes em risco de úlcera por pressão: estudo de validação.....	70
▶ Uso do processo de enfermagem na atenção básica: relato de caso.....	71
▶ Diagnósticos de enfermagem em pacientes portadores de úlcera de perna..	72
▶ Processo de enfermagem ao paciente utilizando cateter central de inserção periférica.....	73
▶ Sistematização da assistência de enfermagem à criança portadora de hidrocefalia.....	74
▶ Intervenções de enfermagem no paciente com diagnóstico de dor aguda por colecistite.....	75
▶ Criança com displasia broncopulmonar dependente de oxigenoterapia domiciliar: diagnósticos e intervenções de enfermagem.....	76
▶ Consulta de enfermagem como método de assistência no projeto de reabilitação cardiovascular e metabólica.....	77
▶ Discutindo o processo de enfermagem na atenção básica: a reunião de equipe como forma de avaliação.....	78
▶ Diagnósticos e cuidados de enfermagem a criança com anemia falciforme..	79
▶ Risco de paternidade/maternidade prejudicada relacionado à criança com fissura de lábios e fenda palatina.....	80
▶ Mobilidade física prejudicada relacionado a distúrbios neurológicos.....	81
▶ Técnica Delphi na elaboração de um instrumento para validação de características definidoras.....	82
▶ O ensino do processo de enfermagem: metodologias utilizadas pelos docentes.....	83
▶ Revisão sistemática dos diagnósticos utilizados em dependência química....	84
▶ Estudo de caso: diagnósticos e intervenções de enfermagem em um paciente com intoxicação por soda cáustica.....	85
▶ Risco para desequilíbrio do volume de líquido relacionado à terapêutica medicamentosa em paciente com Insuficiência Cardíaca (IC) – Estudo de caso.....	86
▶ Integridade da pele prejudicada em paciente submetido ao transplante de células tronco hematopoiéticas.....	87
▶ Implementação do diagnóstico de enfermagem risco de alteração da temperatura corporal em pacientes pediátricos submetidos a rinolabioplastia no centro cirúrgico ambulatorial do HCPA.....	88

Programação

25 de junho de 2012

Segunda-feira

- 8h **Inscrição** – Simpósio, cursos e visitas
- 8h30 **Curso 1** – Processo de Enfermagem: prática clínica
Curso 2 – Processo de Enfermagem e as Classificações NANDA-I, NIC e NOC
- 12h **Almoço**
- 13h **Inscrição** – Simpósio, cursos e visitas
- 14h **Abertura**
- 14h30 **Conferência: Pesquisa centrada em Resultados de Enfermagem e suas implicações para a prática**
Profª Thelma Araújo Leite (UFC)
Coordenação: Profª Miriam de Abreu Almeida (UFRGS)
- 15h30 **Intervalo**
- 16h **Mesa-redonda: Processo de Enfermagem e Indicadores Assistenciais**
Enfª Simone Pasin (HCPA)
Enfª Lyliam Midori Suzuki (HCPA)
Enfª Dóris Baratz Menegon (HCPA)
Coordenação: Enfª Vera Lúcia Mendes Dias (HCPA)
- 17h30 **Sessão de Pôsteres e Visitas Programadas**
Coordenação: Enfª Betina Franco

26 de junho de 2012
Terça-feira

8h30 **Trabalhos apresentados na Conferência da NANDA Internacional**

Prof^a Miriam de Abreu Almeida (UFRGS)
Enf^a Taline Bavaresco (UFRGS)
Enf^a Melissa Hemesath (HCPA)
Enf^a Karina Azzolin (UFRGS)
Enf^a Graziella Aliti (UFRGS)
Coordenação: Enf^a Ísis Marques Severo (HCPA)

9h30 **O que é fazer pesquisa afinal?**

Prof^a Thelma Araújo Leite (UFC)
Prof^a Eneida Rabelo da Silva (UFRGS)
Prof^a Elizete Heldt (UFRGS)
Coordenação: Prof^a Amália de Fátima Lucena (UFRGS)

10h40 **Intervalo**

11h **Projeto AGHU**

Enf^a Vera Dias (HCPA)
Enf^a Maria do Carmo Rocha Laurent (HCPA)

12h **Almoço**

14h **100º Estudo Clínico do Processo de Enfermagem do HCPA**

Coordenação: Prof^a Miriam Almeida (UFRGS)

15h30 **Palestra: Trajetória do Processo de Enfermagem no HCPA**

Prof^a Miriam Almeida (UFRGS)
Coordenação: Prof^a Maria da Graça Crossetti (UFRGS)

16h30 **Homenagem e Encerramento**

VI SIMPÓSIO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Processo de Enfermagem na Prática Clínica

Cursos

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA CLÍNICA

Maria do Carmo Rocha Laurent, Claudete Regina Martins Pacheco

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: o Processo de Enfermagem (PE) é um método de trabalho do enfermeiro, que tem como características ser dinâmico e sistematizado, além de baseado nas melhores evidências da prática profissional. **OBJETIVO:** Abordar aspectos históricos, conceituais e aplicabilidade do PE na prática clínica com ênfase nos diagnósticos da NANDA-I (2010) e intervenções de enfermagem da NIC (2010). **METODOLOGIA:** troca de informações sobre a experiência e a perspectiva do grupo; aula expositiva dialogada; discussão de casos clínicos em grupos trabalhando DE prioritários, baseados na NANDA-I e as intervenções de enfermagem segundo a NIC; apresentação e discussão dos grupos e exibição do vídeo da Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) do HCPA.

PROCESSO DE ENFERMAGEM E AS CLASSIFICAÇÕES NANDA-I, NIC E NOC

Aline Tsuma Gaedke Nomura, Luciana Nabinger Menna Barreto, Marcos Barragan da Silva

Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado

Escola de Enfermagem da UFRGS

INTRODUÇÃO: O Processo de Enfermagem (PE) é o instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática clínica inserido na Sistematização da Assistência de Enfermagem. Ele organiza o raciocínio clínico quanto às necessidades físicas, psicossociais e espirituais do paciente. Esses aspectos dizem respeito aos elementos da prática profissional: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, que são etapas do PE.^(1,2) Como respaldo para sua utilização, tem-se a Resolução COFEN 358/2009, que determina que o PE deva ser realizado em todos os serviços de saúde onde atuam os enfermeiros.⁽³⁾ Uma ferramenta importante para favorecer o uso do PE é a aplicação do pensamento crítico. Entende-se como pensamento crítico, um pensamento intencional, controlado, dirigido às metas. Ele é baseado em evidências, princípios da ciência e do método científico. É acionado para resolver problemas, propor eventos positivos e exige conhecimento, habilidades e experiência.⁽⁴⁾ Para a operacionalização desta metodologia de cuidar, torna-se fundamental a utilização de um referencial teórico que oriente o enfermeiro para identificar as necessidades do paciente. No Brasil, a teoria mais aplicada é a das Necessidades Humanas Básicas (NHB) Wanda de Aguiar Horta. Esta teoria foi desenvolvida pela preocupação com a prática não reflexiva, bem como, uma tentativa de unificar o conhecimento científico da enfermagem para proporcionar-lhe autonomia e independência.⁽⁵⁾ Também, neste contexto, a partir da evolução do conhecimento dos enfermeiros, foram propostas taxonomias de enfermagem para nominar as etapas do PE. Na etapa de diagnóstico de enfermagem pode ser utilizada a Taxonomia da NANDA Internacional (NANDA-I), que define o diagnóstico de enfermagem como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou comunidade a problemas reais ou potenciais de saúde ou a processos de vida. Os diagnósticos de enfermagem constituem a base para a seleção de intervenções de enfermagem, para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro tem responsabilidade. Atualmente, ela está estruturada em 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos de enfermagem.⁽⁶⁾ Já nas etapas de planejamento e implementação podem ser utilizadas a Classificação de Resultados de enfermagem NOC e a Classificação de Intervenções de Enfermagem NIC.^(7,8) A NIC contém as intervenções e atividades de enfermagem. Sua estrutura foi construída em três níveis. Ela possui

sete domínios, 30 classes, 542 intervenções e 12.000 atividades. Uma intervenção de enfermagem é definida como um tratamento baseado no julgamento e conhecimento clínico (diagnóstico de enfermagem), com vistas a um resultado. Já as atividades de enfermagem são definidas como uma ação concreta e específica, sendo necessário uma série de atividades para implementar uma intervenção.⁽⁸⁾ Além da etapa de planejamento, pode-se utilizar a NOC na avaliação do PE. Essa classificação é constituída de Resultados de Enfermagem e indicadores que servem para verificar os efeitos das intervenções de enfermagem. Ela também é estruturada em três níveis. O nível 1 possui sete domínios, o nível dois com 31 classes, e o nível 3 atualmente têm 385 Resultados de Enfermagem. Cada resultado possui indicadores clínicos que são categorizados em 14 diferentes escalas líkert (1 a 5 pontos) de medida. Entende-se que os Resultados de Enfermagem são estados, condições ou percepções variáveis; que recebem nomes identificadores para representar conceitos que podem ser medidos ao longo de um continuum, como estados negativos ou positivos. Deve-se medir o estado do paciente antes e depois de uma intervenção. A diferença entre as medidas reflete o efeito da intervenção. A alteração no escore pode ser positiva, quando um segundo escore de resultados se eleva; negativa, quando diminui; ou nula, quando não há alteração.⁽⁷⁾ Sua estrutura é semelhante à taxonomia NIC, justamente por elas serem construídas no Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness da Escola de Enfermagem da Universidade de Iowa - EUA.^(7,8) Portanto, para que o enfermeiro realize o PE com base nas classificações, é necessário que ele assuma o compromisso com a sua aplicação e se responsabilize pela execução de suas etapas. É importante que ele atualize seus conhecimentos e oriente a equipe de enfermagem a fim de sensibilizá-los para que participem do desafio que é implementar o PE na prática clínica. Além disso, é fundamental o apoio institucional para o sucesso de sua aplicabilidade, como é o caso do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA.⁽⁹⁾ Neste sentido, considera-se que o Processo de Enfermagem e as classificações de enfermagem favorecem a comunicação entre os enfermeiros, a partir da documentação consistente de informações sobre o cuidado do paciente e também dá visibilidade ao que somos e fazemos na prática clínica diária de Enfermagem.

DESCRITORES: Processos de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Classificação.

REFERÊNCIAS:

1. Alfaro-Lefevre, R. Aplicação do Processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010
2. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13 (1): 188-193.

3. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF); 2009.
4. Lunney M & Cols. Pensamento Crítico para o Alcance de Resultados Positivos em Saúde. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
5. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo, SP: EPU, 1979.
6. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.
7. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
8. Bulechek GM, Dochterman J, Butcher H. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
9. Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MCR. Processo de Enfermagem na Prática Clínica - Estudos Clínicos Realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

VI SIMPÓSIO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Processo de Enfermagem na Prática Clínica

Palestras

PESQUISA CENTRADA EM RESULTADOS DE ENFERMAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Thelma Leite de Araujo

UFC

Serão apresentados inicialmente a definição de Resultados de Enfermagem, o histórico da criação da NOC, os componentes dos resultados e sua forma de organização. Em seguida, serão discutidos os propósitos da NOC com a pesquisa sobre resultados e o que nos motivou a desenvolver pesquisas sobre a temática. Até o momento foram concluídas uma dissertação e cinco teses sobre diferentes resultados. Duas outras teses estão em andamento. Serão comentados os trabalhos já concluídos, com um pequeno resumo de seus objetivos, etapas metodológicas e resultados. Conclui-se com o levantamento de questões para reflexão sobre as pesquisas com resultados.

INDICADOR DE QUALIDADE E O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE QUEDAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS

Isis Marques Severo, Miriam de Abreu Almeida

isevero@hcpa.ufrgs.br

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: As instituições de saúde, para buscar a excelência no atendimento, têm utilizado os indicadores de qualidade assistenciais, os quais subsidiam a implementação de medidas para a melhoria da gestão e da atenção oferecida ao paciente. Com o objetivo de atingir as melhores práticas na assistência de enfermagem e a adoção das mais adequadas intervenções são inseridos os indicadores de resultados como a incidência de quedas, e o diagnóstico de enfermagem (DE) Risco de quedas. Este estudo tem o objetivo de apresentar um relato sobre o Processo de Enfermagem, enfatizando a etapa do DE e o indicador de qualidade incidência de quedas no VI Simpósio do Processo de Enfermagem no HCPA. A palestra enfocará estratégias de prevenção de quedas no contexto hospitalar, como a implementação de um programa de prevenção do evento e a adoção de uma escala para avaliar o risco de quedas, o uso do DE na prática clínica e as intervenções mais adequadas buscando diminuir e/ou eliminar este desfecho. Cada vez mais, nos dias atuais, as instituições trabalham em direção à excelência do atendimento e têm enfatizado os indicadores de qualidade assistencial e o uso dos diagnósticos de enfermagem, incorporando ao processo de trabalho medidas de segurança do paciente como forma de se chegar às melhores práticas e resultados. **DESCRITORES:** indicadores de qualidade em assistência à saúde, diagnóstico de enfermagem, acidentes por quedas.

PROCESSO DE ENFERMAGEM E INDICADORES ASSISTENCIAIS

ÚLCERA POR PRESSÃO

Enf^a Dóris Baratz Menegon

dmenegon@hcpa.ufrgs.br

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: A anamnese e o exame físico, assim como a aplicação da Escala de Braden , são realizadas em todo paciente admitido no hospital. Esta escala é preditiva para o risco de úlcera por pressão quando aplicada até 48 horas após a internação. A Escala de Braden é dividida em seis sub-escalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção/ cisalhamento. O paciente está em risco quando a pontuação da escala é menor ou igual a 13. Após a determinação de risco são estabelecidos os diagnósticos de enfermagem e implementadas as medidas preventivas para UP conforme o protocolo institucional. O paciente em risco deve ter a pele avaliada diariamente, para a detecção precoce de UP. Quando o paciente apresentar uma nova UP, durante a internação hospitalar, será realizada uma notificação no sistema pela enfermeira; e através dessas notificações, temos o indicador mensal para UP. A meta institucional, que é atingida mensalmente, é menor ou igual a 2,5/ 1000 pacientes/dia. Todo o paciente que apresenta UP deve ser colocado no protocolo de risco e de tratamento para UP. Os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes são: Risco para integridade Tissular Prejudicada, Integridade Tissular Prejudicada, Mobilidade Física Prejudicada, Nutrição prejudicada.

QUALIDADE EM SAÚDE SOB A ÓTICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: O USO DE INDICADORES COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NO CUIDADO À PESSOA COM DOR

Simone Pasin

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Minha fala no VI Simpósio do Processo de Enfermagem na mesa-redonda sobre indicadores assistenciais aborda a experiência dolorosa que ocorre em todas as pessoas e em algum momento da etapa do desenvolvimento humano, exceto naqueles indivíduos que nascem com analgesia congênita, sob a luz da qualidade assistencial indissociável do processo de enfermagem. Entendo a dor como um sintoma subjetivo e individual, culturalmente construída em seu significado essencial e em sua manifestação pública. Como um sintoma dos mais prevalentes na busca pelos serviços de saúde, sua ocorrência pode provocar repercussões na qualidade de vida, no sono, no humor, nas relações sociais e de trabalho assim como alterações fisiológicas importantes e limitações nas práticas da vida diária. Portanto, avaliar a presença da dor e a adequação do tratamento analgésico na prática do cuidado sugere a necessidade de conhecimento pela equipe de enfermagem não somente da intensidade dolorosa, mas de fatores desencadeantes, de tratamentos analgésicos utilizados e do uso de ferramentas assistenciais como o processo de enfermagem e a gestão de indicadores assistenciais. Essas ferramentas têm por objetivo promover a qualidade no cuidado. A saber, o processo de enfermagem como um modelo metodológico para o cuidado de enfermagem profissional que dá ênfase na identificação de problemas, na classificação de diagnósticos de enfermagem (dor aguda, dor crônica) e na verificação dos resultados obtidos pelas intervenções implementadas. Do mesmo modo, a utilização de indicadores como elementos essenciais de avaliação e gestão de qualidade em saúde demonstram a evolução do desempenho das práticas de cuidado e verificando se os resultados estão de acordo com os objetivos delineados pelo processo de enfermagem. Frente à pessoa com dor, ambos, processo de enfermagem e indicadores assistenciais oferecem subsídios para que os profissionais de enfermagem orientem as suas ações assistenciais e educacionais. Refletindo sobre a qualidade em saúde sob a ótica do processo de enfermagem é que sustento a minha fala sobre indicadores como ferramentas de gestão no cuidado à pessoa com dor.

EFETIVIDADE DA IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NOS RESULTADOS ESPERADOS DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM CUIDADO DOMICILIAR

Azzolin, K O; Lemos, D M; Ruschel, K; Mussi, C; Lucena, A F; Rabelo, E R.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Serviço de Cardiologia/Grupo de ICC

PPG-Escola de Enfermagem/UFRGS

INTRODUÇÃO: Há diferentes causas de reinternação por IC descompensada, sendo a falha na adesão ao regime terapêutico uma das principais. Há indícios de que muitas dessas crises poderiam ser evitadas, por meio da implementação de protocolos de cuidados e avaliação dos pacientes. **OBJETIVOS:** Avaliar a efetividade da implementação das intervenções de enfermagem (NIC), por meio dos resultados esperados (NOC), no cuidado domiciliar a pacientes com IC quanto à estabilidade clínica, prevenção de consultas à emergência e ou readmissões por IC descompensada. **MÉTODOS:** Estudo de coorte em ambiente domiciliar, com quatro visitas domiciliares (VD) nos seis meses após a alta hospitalar, por duas enfermeiras que avaliaram seis diagnósticos de enfermagem (DE), oito resultados e implementaram onze intervenções. Obteve-se a média da pontuação dos indicadores dos resultados, em cada VD. **RESULTADOS:** A amostra foi constituída de 23 pacientes, maioria do sexo masculino e com idade 63 ± 11 anos. Os DE mais frequentes na VD1 foram Autocontrole Ineficaz da Saúde (60,9%) e Risco para Desequilíbrio do Volume de Líquidos (56,5%). Na VD4 Risco para Desequilíbrio do Volume de Líquidos permaneceu presente (75%), seguido de Disposição para Controle Aumentado do Regime Terapêutico (55%). Os resultados Conhecimento: Regime de Tratamento, Comportamento de Aceitação, Conhecimento: Medicação e Controle dos Sintomas, apresentaram as maiores variações entre as médias (1,26; 0,90; 1,27; 1,44 respectivamente, $P < 0,001$), O resultado Equilíbrio Hídrico apresentou a menor variação (0,09, $P = 0,848$). **CONCLUSÕES:** Observou-se melhora significativa dos resultados NOC após intervenções de enfermagem. Isto demonstra que um protocolo implementado em ambiente domiciliar melhora resultados.

APLICABILIDADE DA CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC) PARA O DIAGNÓSTICO VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Linhares, J C C; Aliti, G; Rabelo, E R.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Serviço de Cardiologia/Grupo de Insuficiência Cardíaca

PPG Escola de Enfermagem da UFRGS

INTRODUÇÃO: Entre as manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes com insuficiência cardíaca (IC) descompensada estão os quadros congestivos⁽¹⁾. O exame clínico, parte integrante do processo de enfermagem (PE), é base para a escolha das intervenções mais adequadas na obtenção de resultados que objetivam a melhora clínica dos pacientes. A possibilidade da utilização de uma classificação como forma de sistematizar o PE permite que os resultados sejam avaliados a partir dessa ligação⁽³⁾.

OBJETIVO: Verificar a aplicabilidade da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) em pacientes internados com IC descompensada com diagnóstico de Enfermagem (DE) Volume de Líquidos Excessivo (VLE). **MÉTODOS:** Estudo de coorte prospectivo. Incluiu-se pacientes com IC classe III e IV, conforme a New York Heart Association (NYHA); idade ≥ 18 anos; ambos os sexos; com disfunção sistólica ou diastólica; DE estabelecido de VLE, com suas respectivas intervenções/atividades estabelecidas pelo enfermeiro assistencial, não tendo os pesquisadores deste estudo qualquer influência sobre a prescrição. Foram avaliados oito resultados definidos, previamente, em consenso de especialistas: *Equilíbrio hídrico; Estado Cardiopulmonar; Estado Respiratório; Sinais Vitais; Sobrecarga Líquida Severa; Comportamento de aceitação: dieta prescrita; Conhecimento: controle da Insuficiência Cardíaca Congestiva e Equilíbrio eletrolítico e ácido-base*. Os pacientes foram avaliados diariamente por enfermeira especialista em IC, em um período de sete dias ou até a alta hospitalar. Para este estudo, as pontuações dos indicadores dos resultados de enfermagem foram obtidas no primeiro e último dia de avaliação e, posteriormente, calculou-se a diferença entre as pontuações encontradas. Resultados: Incluiu-se 13 pacientes: predominantemente do sexo masculino 11(84,6%); idade $59,8 \pm 14$ anos; Fração Ejeção do Ventrículo Esquerdo de $24 \pm 11\%$. Os NOCs que apresentaram aumento na pontuação, quando comparadas a primeira com a última avaliação, foram: Equilíbrio hídrico ($24,6 \pm 3,2$ e $29,3 \pm 3,7$; $P= 0,003$); Estado cardiopulmonar ($7,1 \pm 2,5$ e $9,6 \pm 1,3$; $P= 0,004$); Sobrecarga líquida severa ($19,4 \pm 2,8$ e $21,5 \pm 2,5$; $P= 0,015$) e Conhecimento: controle da insuficiência cardíaca

congestiva ($10,3 \pm 4,7$ e $12,8 \pm 4,4$; $P= 0,021$). Em relação à classe funcional, os pacientes apresentaram melhora de 0,77 pontos na comparação da primeira e última avaliação ($P < 0,05$), melhorando 1 ponto na classe funcional, passando de III para II, segundo a NYHA. **CONCLUSÃO:** Esses resultados permitem concluir que a utilização da NOC na prática clínica neste cenário foi aplicável e capaz de demonstrar a melhora funcional pela classificação da NYHA.

CARACTERIZAÇÃO DAS SITUAÇÕES DE QUEDAS E DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Melissa Hemesath, Isis Marques Severo, Ana de Oliveira Siqueira, Vera Dias, Miriam de Abreu Almeida

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: Na enfermagem, visando promover a segurança do paciente e o estabelecimento de intervenções para a prevenção de riscos, o enfermeiro utiliza-se do pensamento crítico e realiza o julgamento clínico na busca do diagnóstico de enfermagem (DE) risco de quedas. Esse diagnóstico é definido como uma suscetibilidade aumentada do indivíduo para quedas, que podem causar dano físico (NANDA-I, 2010). Mediante as recomendações da Joint Commission International (2008), que propõe a redução do evento como uma de suas metas internacionais de segurança e da necessidade da adoção de procedimentos que possam eliminar ou diminuir esse risco, faz-se necessário conhecer a caracterização das quedas dos pacientes internados e a prevalência dos seus DE. **OBJETIVOS:** Caracterizar as situações de quedas dos pacientes internados em um hospital universitário da região sul do Brasil e identificar os seus diagnósticos de enfermagem. Método: trata-se de um projeto de desenvolvimento para estabelecer diretrizes para a sistematização, aprimoramento e consolidação das práticas assistenciais para prevenção de quedas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, hospital público e universitário do Rio Grande do Sul. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A faixa etária com maior prevalência de quedas foi acima de 60 anos de idade representando 53,46% (n=87) do total de situações de quedas notificadas (n=170) no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2011. O local onde ocorreram 65% das quedas informadas foi no quarto e em 38% da própria altura. As condições dos pacientes antes do evento foram: desacompanhado 63,53% (n=108), limitação para deambular 49,41% (n=84), uso de anticoagulante 35,29% (n=60) e desorientação 30,59% (n=52). Os DE prevalentes nestes pacientes por ordem de frequência foram: risco de infecção, déficit no autocuidado banho e ou higiene e integridade tissular prejudicada. O DE risco de quedas foi o décimo diagnóstico prevalente nos pacientes que sofreram o desfecho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A caracterização das situações de queda e seus DE ajudam a dar suporte à decisão clínica individual do enfermeiro, alertando-o da importância da elaboração do diagnóstico "risco de quedas", a fim de buscar as melhores intervenções, prevenindo e evitando esse evento, que pode trazer prejuízos ao paciente, inclusive o óbito.

DESCRITORES: diagnóstico de enfermagem, acidentes por quedas, cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

- Joint Commision International (JCI). *Padrões de acreditação da Joint Commision International para Hospitais*. 3ª ed. Rio de Janeiro, 2008.
- NANDA International. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

O QUE É FAZER PESQUISA AFINAL?

Thelma Leite de Araujo

UFC

Serão abordados os seguintes tópicos: Conceito de pesquisa; Problemas na justificativa da pesquisa; Relação entre pesquisa e atuação na enfermagem; Conhecimento e prática; Fontes de evidências para a prática da enfermagem; Mito do cientista; Finalidades da pesquisa em enfermagem e Papéis do enfermeiro na pesquisa.

O QUE É FAZER PESQUISA AFINAL?

Elizeth Heldt

eheldt@hcpa.ufrgs.br

Escola de Enfermagem da UFRGS - Programa de Pós-graduação em enfermagem
Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Serviço de Enfermagem em Saúde Pública

INTRODUÇÃO: A ciência básica e a ciência aplicada (ou tecnologia) surgem da curiosidade do ser humano para entender e para transformar o mundo em que vive. A curiosidade inicial que leva à ciência está distante de representar o que é fazer pesquisa nos dias de hoje. Para avançar no conhecimento, além da curiosidade inicial do cientista, precisa ser incluída a necessidade da sociedade. Os problemas na área da saúde são complexos e exigem soluções igualmente complexas e, por isso, são necessárias pesquisas com rigor científico. A pesquisa busca o conhecimento aprofundado sobre um problema delimitado, que requer uma teoria e formulação de hipóteses sobre os fatores que podem gerá-lo e sobre os resultados ou os desfechos. Após estas informações iniciais, é mandatória a definição da metodologia adequada para testar as hipóteses. De fato, a pesquisa é uma atividade organizada que requer uma formação acadêmica adequada em determinada área do conhecimento em nível de doutorado e de recursos financeiros para a sua execução. No Brasil, o início dos cursos de doutorado na área de enfermagem foi a partir da década de 1980 e, atualmente, conta com 58 programas de pós-graduação (dados de junho de 2012). Destes, 27 cursos são direcionados para a formação de doutores. Portanto, a formação de pesquisadores em enfermagem é recente, porém, tem crescido consideravelmente nos últimos anos. Da mesma forma, as agências financiadoras de ciência e de tecnologia do governo federal também têm incentivado as pesquisas como, por exemplo, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), contando ainda com as Fundações de Amparo à Pesquisa as quais fornecem recursos para os respectivos estados de origem. A pesquisa pode ter um caráter estratégico no desenvolvimento da profissão de enfermagem e a significância de um trabalho de pesquisa é dada pela geração de conhecimento sobre um problema e pela identificação de fatores e de desfechos que conduzam a intervenção eficiente no "mundo real". O processo de enfermagem é o instrumento de trabalho do enfermeiro e tem sido foco de pesquisas com resultados que repercutem na prática clínica por incluir os pesquisadores "produtores" de pesquisa e os "consumidores". Há mais de 12 anos, a taxonomia da NANDA-I para os Diagnósticos de Enfermagem (DE) e mais recentemente, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) foram inseridas

neste contexto. Estudos sobre a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidades de internação e em ambulatório de hospital geral vêm sendo desenvolvidos desde então. Os resultados destes estudos confirmam que a definição dos DE e a prescrição das intervenções tanto na internação como na consulta de enfermagem ambulatorial propiciam maior precisão nos cuidados de enfermagem. A relevância de fazer pesquisa considerando, sobretudo, a característica prática da profissão do enfermeiro é inquestionável. A aplicabilidade nas diferentes fases do processo de enfermagem e na tomada de decisões baseada em evidências fortalece a incorporação da pesquisa na prática clínica. No entanto, as barreiras para a utilização da pesquisa são inúmeras e estão relacionadas à formação do enfermeiro, aos obstáculos institucionais e à dificuldade inerente à realização de pesquisas inovadoras. Descritores: Pesquisa em enfermagem; Processo de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

PROJETO AGHU

Vera Lúcia Mendes Dias

Maria do Carmo Rocha Laurent

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O AGHU é um projeto do Ministério da Educação para a padronização das práticas assistenciais e administrativas de seus hospitais universitários. Está baseado no modelo gestão e no sistema de Aplicativos para Gestão Hospitalar (AGH) desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Objetiva fortalecer as melhores práticas de gestão nos hospitais universitários do Ministério da Educação com o uso de ferramenta de suporte aos processos estruturada na web, com uma tecnologia de software livre, banco de dados Postgre SQL e linguagem de desenvolvimento Java transformando desta forma o AGH em AGHU. Os objetivos específicos do Projeto são: oportunizar a modelagem de processos, conceitos, desenvolvimento e revisão de normas, gerenciar as informações com eficiência e efetividade; criar um canal de comunicação entre os profissionais que possa servir de suporte a tomada de decisão; criar um ambiente coletivo e colaborativo de desenvolvimento entre os hospitais e compartilhar o conhecimento. Entre os principais resultados esperados está a troca de experiências e a padronização de práticas administrativas e assistenciais nos Hospitais Universitários Federais (HUF) permitindo a implementação de novas iniciativas do MEC de forma sistêmica. A abrangência do Projeto AGHU no que se refere a ferramentas informatizadas compreende os 59 módulos do Sistema AGH que serão migrados para a plataforma AGHU e ainda novos módulos podem ser agregados. Foram priorizados inicialmente 13 módulos entres os módulos assistenciais, de apoio a assistência e administrativos. Os primeiros módulos (paciente, internação, registro de colaboradores, ambulatório, prescrição médica e indicadores) foram implantados em 8 hospitais universitários, novos módulos e novos hospitais são agregados dentro de um cronograma estabelecido entre os HUF, o Comitê Gestor do AGHU do MEC, e o Comitê Executivo do HCPA. Em junho foi implantada a versão 3.2 no Hospital universitário de Juiz de Fora que inclui além dos módulos citados outros módulos como: estoque, farmácia, faturamento e compras. Por outro lado, quando considerada a abrangência do projeto em termos de instituições, para receber o projeto temos que considerar os 46 HUF ligados ao MEC em todo o território nacional e outras instituições como: o Exército Brasileiro, a Aeronáutica, hospitais privados e hospitais do Ministério da Saúde, tem se mostrado interessadas no projeto. Na metodologia de trabalho do AGHU os processos são mapeados e documentados para o desenvolvido de cada

módulo. São construídos manuais para as capacitações dos usuários das instituições. Quando se trata da implantação nos hospitais é feita uma visita inicial diagnóstica dos processos, hardware, software e recursos humanos, a partir desta visita são gerados relatórios de maturidade de cada instituição. As instituições recebem um retorno dos pontos de melhoria necessários para a implantação dos módulos, a seguir são convidadas a participar de um workshop sobre o AGHU. Em um dos momentos do workshop são acordados itens a serem cumpridos por cada instituição e estabelecida uma data provável para a implantação que dependerá de cada instituição. Quando a instituição se sentir pronta para implantar os módulos do AGHU é convidada a fazer uma imersão nos módulos que irá implantar. Os profissionais são capacitados e inicia a implantação propriamente dita, em parceria com o HCPA No HCPA foi implantado o módulo Controles do Paciente do AGHU que é a implementação das intervenções prescritas ou seja, a quinta etapa do PE e compreende o registro dos sinais vitais, das monitorizações do controle hídrico e das anotações de cada paciente. O módulo dos Diagnósticos e Prescrição de Enfermagem está em fase de homologação para ser implantado no segundo semestre de 2012, no HCPA e demais hospitais universitários. Em relação ao Processo de Enfermagem (PE), entende-se que o AGHU, irá possibilitar a implementação de todas as etapas do PE, nos HUF, melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, a segurança dos pacientes e proporcionar uma maior visibilidade da enfermagem brasileira. Como contribuições teremos a padronização da linguagem, a possibilidade de discussão de casos, a disseminação do conhecimento, melhores condições para o atendimento da lei do exercício profissional, a possibilidade de construção conjunta com os hospitais de novos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem que reflitam a realidade brasileira, possibilidade de validação de conteúdos relacionados ao PE com abrangência nacional, qualificando a enfermagem em âmbito nacional.

100° ESTUDO CLÍNICO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DO HCPA

VI SIMPÓSIO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM



100° ESTUDO CLÍNICO: INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA

Porto Alegre, 26 de junho de 2012.

Dependência Química



- A dependência química é uma doença crônica e recidivante em que o uso continuado de substâncias psicoativas provoca mudanças na estrutura e no funcionamento do cérebro.
- Alterações que aumentam ou dão origem a comportamentos de natureza impulsiva que antes pouco interferiam na vida do usuário.
- Estabelece-se a interface entre aspectos biológicos e psicossociais da dependência.

Dependência Química



- Sistema mesolímbico-mesocortical ou de recompensa do cérebro tem como função promover e estimular comportamentos que favoreçam a manutenção da vida e da espécie.
- Alimentação, acolhimento, sexo, proteção dentre outros ativam este sistema, que corresponde com sensações de prazer e satisfação.
- Para produzir estes efeitos todas as drogas agem diretamente nesta região.

Dependência Química/ Crack



- O crack surgiu entre 1984 e 1985 em bairros pobres de Los Angeles, New York e Miami.
- Obtido através de um processo caseiro e utilizado em grupos em casa abandonadas (crack houses).
- Cristais eram fumegados em cachimbos e estralavam quando expostos ao fogo.
- Produzia euforia seguida rapidamente por fissura intensa e desejo por nova dose.
- Consumidores inicialmente jovens, atraídos pelo baixo preço.
- Chegou ao Brasil no início da década de 90.

Dependência Química/ Crack

- O Crack, aumenta a atividade basal do sistema de recompensa em centenas de vezes.
- Produz sensações poderosas visando um prazer químico em detrimento do aprendizado fundamental para amadurecimento.
- Corrompe mecanismos fisiológicos do cérebro.
- Desregula outros circuitos neuronais e provocam danos como redução de oxigênio na região frontal- responsável por funções como raciocínio, abstração e controle de impulsos.

Princípios do Tratamento

- Nenhum tratamento é efetivo para todos os pacientes;
- O tratamento precisa estar facilmente disponível;
- O tratamento deve atender às várias necessidades e não somente ao uso de drogas;
- O tratamento deve ser constantemente avaliado e modificado de acordo com as necessidades do paciente;
- Permanecer no tratamento por período adequado é essencial para a efetividade;

Princípios do Tratamento



- Aconselhamento e outras técnicas comportamentais são fundamentais para o tratamento;
- Medicamentos são importantes, principalmente quando combinados com terapia;
- A comorbidade deve ser tratada de forma integrada;
- A desintoxicação é só o começo do tratamento;
- O tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo;

Apresentação do caso



- ID: ICZ, 28 anos, masculino, solteiro, desempregado, 2º grau incompleto (parou no 1º ano), sem religião, natural e procedente de Porto Alegre.
- QP: "internação por ordem judicial".

HDA



Paciente veio encaminhado do PACS, onde estava internado há 4 dias.

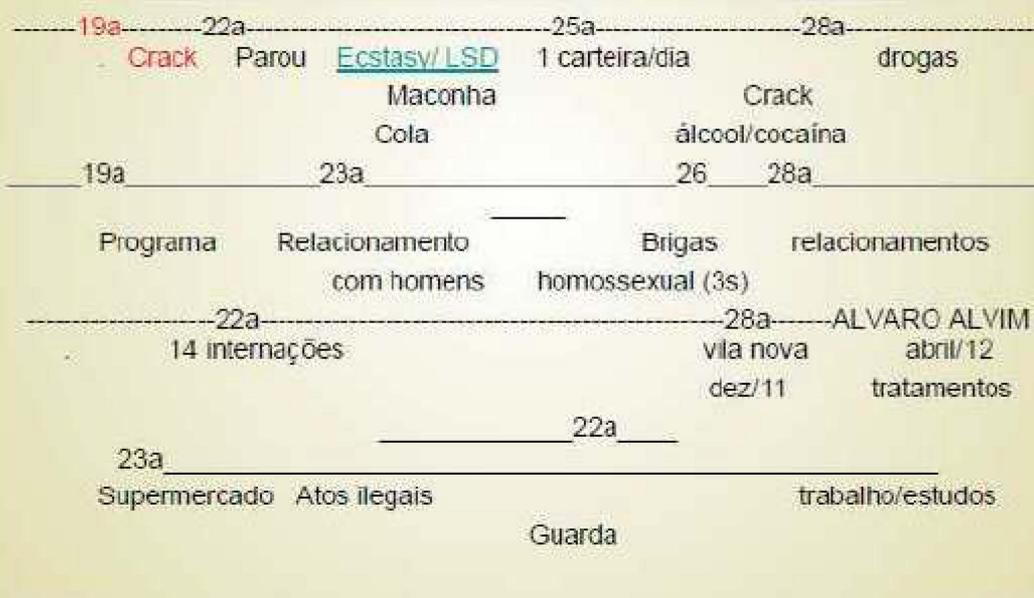
Contou que após "frustração amorosa" (tinha conhecido uma garota há 2 semanas e se considerava "namorado da moça" e ela estava marcando de sair com amigos no skype), envolveu-se com prostitutas, gastando grande quantidade de dinheiro após extorquir a avó e utilizou cocaína (2 carreiras), pois queria "dar troco".

Veio encaminhado por ordem judicial por histórico de heteroagressão e extorsão, à tia avó e à avó.

Linha da Vida



Linha da Vida



Uso de Crack



- Sozinho/curiosidade;
- 1ª vez em casa, na Vila Bom Jesus;
- R\$ 30 (6 pedras), 3 x na semana;
- 23 anos: assalto com arma branca ("amigo o ensinou");
- 24 anos: diminuiu número de assaltos, pois estava "marcado";
- Roubava fio de cobre (linha telefônica) = R\$ 200;
- 25 anos: parou assaltar, morte dos comparsas;
- Voltou a extorquir família ("estou devendo traficantes, se não pagar eles me matam");
- Abstinente desde dezembro/2011.

Entre 22 e 25 anos



- LSD, Ecstasy
- "Queria parar com o crack"
- Tinha "amigo" que era traficante
- Usou entre os 22 e 25 anos por 1 ano e meio
- 1 "tira" por noite (R\$ 30) + álcool
- 1 comprimido de Ecstasy + álcool
- ½ comprimido Ecstasy + LSD

Internações prévias



- 28 internações involuntárias (Vila Nova, IPF, CDQUIM, Clínica São José, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital Espírita)
- "Saia pior que entrava"
- Sem objetivo
- "Tinha tudo em casa" → recaída
- 4 fazendas (em 3 delas saiu com 2 meses e em uma até 4 meses, com 26 anos)

Agressividade



- Participou de 3 confrontos entre "punks" e "skin-heads";
- Dos 26 aos 28 anos;
- Uso de crack após confrontos;
- Último uso de crack após último confronto ("cenas desagradáveis"),
- Ficou 2 meses IPF devido a agressão física com familiares.

Relacionamentos/ Traços da Personalidade



- Relacionamentos instáveis/intensos;
- Envolvimentos com traficantes/prostitutas;
- Impulsividade;
- Perturbação de identidade (bissexualidade, "punks", "skin-heads", "metaleiros", "transexuais");
- Extorquia familiares (furtava objetos dentro de casa),
- Raiva (principalmente quando alcoolizado).

Relacionamentos/ Traços da Personalidade



- Amizades interesseiras;
- “Sou muito eclético”;
- “Tenho amigos que não sabem que eu uso droga”,
- “Agora eu sei fumar e beber”.

História Familiar



- Solteiro, não tem filhos;
- Pais separados, pai militar aposentado, mãe - do lar;
- Tem 2 irmãs (gêmeas) 12 anos – estudantes;
- Avô paterno – alcoolista;
- Pai - alcoolista - faz tratamento;
- Tios paterno e maternos – “problemas com álcool”;
- Tios paternos com DQ;
- Reside com avô de 70 anos e com a tia Noeli, que é aposentada do INSS,
- Nega outros transtornos mentais.

Desenvolvimento socio-afetivo



- Pais com instabilidade no relacionamento- 1 ano de idade foi morar com a bisavó, avô e tia-avó (casa com três andares) até os 13 anos;
- Abandono afetivo dos pais (relação idealizada com o pai/problemas com a mãe);
- “Minha infância foi uma mentira”;
- “Menino triste” (longe do pai)- 12anos (“soltou-se mais”);
- 13 aos 15 anos: tentou morar com a mãe (brigas e desavenças) → iniciou maconha (padrasto),
- 15 aos 19 anos: voltou a morar com avós.

Desenvolvimento socio-afetivo



- Morou com o pai aos 19 anos por 7meses (fogo no porão → agressão com arma branca ao pai);
- Após episódio de agressão de sua avó passou a morar na garagem, onde se encontra desde então;
- Casa com cerca elétrica para paciente não fugir (pular o muro);
- Tentou morar sozinho em apto alugado pela tia, sem sucesso;
- Tentou algumas atividades sem sucesso (inglês, NA, natação),
- Jogos de computador/violão.

Medicamentos



- Medicamento:
 - Carbamazepina (não soube informar quantidade).
 - Diazepam 10mg - 2 cps. a noite e 01 cp. manhã e 1 cp. tarde.

Hipótese diagnóstica médica



- Dependência múltipla de substâncias
- Transtorno de personalidade borderline com traços antisociais.

Diagnósticos de Enfermagem

- **Interação social prejudicada, definida pela quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social.**
- Características definidoras: comportamentos de interação social malsucedidos, incapacidade de receber uma sensação satisfatória de envolvimento social, interação disfuncional com outras pessoas.
- Fatores relacionados: processos de pensamento perturbados, dissonância sociocultural.

Intervenções de Enfermagem

Conforme NIC

- **Melhora da AUTOPERCEPÇÃO** definida por assistência ao paciente para que ele explore e compreenda seus pensamentos, sentimentos, motivações e comportamentos.

Atividades



- Encorajar o paciente a reconhecer e a discutir seus pensamentos e sentimentos;
- Auxiliar o paciente a perceber que cada indivíduo é único;
- Auxiliar o paciente a identificar sentimentos usuais sobre si mesmo;
- Auxiliar o paciente a mudar a visão de si mesmo como vítima, definindo os próprios direitos, quando adequado,
- Auxiliar o paciente a identificar comportamentos autodestrutivos.

Intervenções de Enfermagem



- Controle do COMPORTAMENTO definido por auxílio ao paciente para lidar com comportamento negativo.

Atividades



- Responsabilizar o paciente por seu comportamento;
- Comunicar a expectativa de que o paciente mantenha o controle;
- Fixar limites com o paciente;
- Estabelecer rotinas;
- Aumentar atividade física, conforme apropriado;
- Administrar medicação, conforme necessário;
- Implementar cuidados com contenção mecânica, conforme necessário.

Interação social prejudicada – NOC



Interação Social Prejudicada				
Resultado selecionado/ Definição	Domínio	Classe	Indicador selecionado	Escala
Envolvimento Social: Interações sociais com pessoas, grupos ou organizações.	Saúde Psicossocial	Interação social	Participação em atividades de lazer com os outros	1. Nunca demonstrado 2. Raramente demonstrado 3. Algumas vezes demonstrado 4. Frequentemente demonstrado 5. Consistentemente demonstrado

Resultados após intervenções de enfermagem



Interação Social Prejudicada				
Resultado selecionado/ Definição	Domínio	Classe	Indicador selecionado	Escala
Envolvimento Social: Interações sociais com pessoas, grupos ou organizações.	Saúde Psicossocial	Interação social	Participação em atividades de lazer com os outros	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demonstrado 2. Raramente demonstrado 3. Algumas vezes demonstrado 4. Frequentemente demonstrado 5. Consistentemente demonstrado

Diagnósticos de Enfermagem



- **Risco de violência direcionada a outros** definido por risco de apresentar comportamentos nos quais o indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a outros.
- Fatores relacionados: história de abuso de substâncias, história de ameaças de violência, história de comportamento antissocial violento, história de violência contra outros.

Intervenções de Enfermagem



- Assistência ao controle da raiva definida por facilitação da expressão de raiva de forma adaptativa e não violenta.

Atividades



- Estabelecer confiança e interações básicas com o paciente;
- Encorajar o paciente a buscar auxílio da equipe de enfermagem durante os períodos de maior tensão;
- Oferecer válvulas de escape físicas para expressão de raiva ou tensão;
- Usar controles externos, conforme necessário;
- Oferecer feedback sobre comportamento para ajudar o paciente a identificar a raiva;
- Identificar a função que a raiva, a frustração e a violência exercem sobre o paciente,
- Estabelecer a expectativa de que o paciente é capaz de controlar seu comportamento.

Risco de violência direcionada a outros - NOC



Risco de Violência direcionada a outros				
Autocontrole da agressividade	Domínio	Classe	Indicador selecionado	Escala
Autocontenção de comportamentos agressivos combativos ou destrutivos com relação aos outros.	Saúde Psicossocial	Autocontrole	Identificação da raiva. Identificação da responsabilidade de manter o controle.	1. Nunca demonstrado 2. Raramente demonstrado 3. Algumas vezes demonstrado 4. Frequentemente demonstrado 5. Consistentemente demonstrado

Resultados após intervenções de enfermagem



Risco de Violência direcionada a outros				
Autocontrole da agressividade	Domínio	Classe	Indicador selecionado	Escala
Autocontenção de comportamentos agressivos combativos ou destrutivos com relação aos outros.	Saúde Psicossocial	Autocontrole	Identificação da raiva. Identificação da responsabilidade de manter o controle.	1. Nunca demonstrado 2. Raramente demonstrado 3. Algumas vezes demonstrado 4. Frequentemente demonstrado 5. Consistentemente demonstrado

Diagnósticos de Enfermagem

- **Enfrentamento familiar incapacitado** definido por comportamento de pessoa significativa (membro da família ou outra pessoa fundamental) que inabilita suas próprias capacidades e as capacidades do cliente para realizar eficazmente tarefas essenciais para a adaptação de qualquer uma dessas pessoas ao desafio da doença.
- Características definidoras: Abandono, agressão, comportamentos familiares prejudiciais ao bem-estar, rejeição.
- Fatores relacionados: Estilos de enfrentamento dissonantes entre as pessoas significativas, relacionamentos familiares altamente ambivalentes.

Intervenções de Enfermagem

- **Mobilização Familiar** definido por utilização dos pontos fortes da família para influenciar a saúde do paciente em uma direção positiva.

Atividades



- Ser um ouvinte para os membros da família;
- Estabelecer uma relação de confiança com os membros da família;
- Identificar os pontos fortes e os recursos da família, de seus membros, de seu sistema de apoio e de comunidade;
- Cooperar com os membros da família no planejamento e na implementação de terapias e mudanças de estilo de vida do paciente;
- Monitorar a atual situação familiar;
- Encaminhar os membros da família a grupos de apoio compostos por outras famílias, se apropriado;
- Determinar sistematicamente o quanto o paciente já se aproximou do resultado esperado.

Enfrentamento familiar incapacitado - NOC



Enfrentamento Familiar Incapacitado				
Resultado selecionado/ definição	Domínio	Classe	Indicadores Selecionados	Escalas
Enfrentamento Familiar – Ações da família para manejo de estressores que exaurem os recursos da família	Saúde da Família	Bem- estar da Família	Confronto de problemas familiares Envolvimento de membros da família na tomada de decisão	1. Nunca Demonstrado 2. Raramente demonstrado 3. Algumas vezes demonstrado 4. Frequentemente demonstrado 5. Consistentemente demonstrado

Resultados após intervenções de enfermagem



Enfrentamento Familiar Incapacitado				
Resultado selecionado/ definição	Domínio	Classe	Indicadores Selecionados	Escalas
Enfrentamento Familiar – Ações da família para manejo de estressores que exaurem os recursos da família	Saúde da Família	Bem-estar da Família	Confronto de problemas familiares Envolvimento de membros da família na tomada de decisão	1. Nunca Demonstrado 2. Raramente demonstrado 3. Algumas vezes demonstrado 4. Frequentemente demonstrado 5. Consistentemente demonstrado

Prescrição de Enfermagem Unidade de Adição



- Comunicar comportamento indicador de ansiedade;
- Comunicar sinais de abstinência;
- Implementar cuidado com contenção mecânica, quando necessário;
- Manter vigilância constante;
- Monitorar indicadores de risco de fuga;
- Verificar sinais vitais.

TRAJETÓRIA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO HCPA

Miriam de Abreu Almeida

Escola de Enfermagem da UFRGS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O Processo de Enfermagem (PE) foi inserido na prática diária dos enfermeiros do HCPA ainda na década de 1970, fundamentado no modelo de Wanda Horta. Ele integrava o prontuário do paciente e começou a ser informatizado a partir do ano 2000. Esta apresentação busca resgatar elementos desses primeiros passos até os dias atuais, vislumbrando aspectos futuros. A informatização do PE agiliza e qualifica o trabalho do enfermeiro. Contudo, é importante frisar que o uso de computadores não substitui o raciocínio clínico da enfermeira, essencial para a realização de todas as etapas do PE. Cabe destacar a importância do uso de sistemas de classificação de enfermagem para a informatização do PE. Neste contexto, optou-se pela inserção da etapa do diagnóstico de enfermagem (DE) utilizando a terminologia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), agora NANDA International, associada às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais de Horta. Em relação aos cuidados prescritos para o paciente, a partir de 2005 passou-se a utilizar a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) como referencial. Em continuidade, pesquisas estão sendo conduzidas sobre Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) a fim de se avaliar a aplicabilidade da mesma para posterior informatização. A operacionalização deste trabalho, que envolve um contingente de mais 500 enfermeiros, requer uma condução segura e organizada. Desde o início houve um grupo coordenador deste trabalho na instituição, formada por enfermeiros e docentes de enfermagem. Hoje ela é denominada Comissão do Processo de Enfermagem (COPE). Muitas são as atribuições, englobando atividades da prática clínica, gerenciais, educativas e de pesquisa. Na minha fala proponho dissertar sobre este rico e envolvente trabalho, conduzido a muitas mãos.

REFERÊNCIA:

- Almeida, M.A.; Lucena, A.F.; Franzen, E.; Laurent, M.C. Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011.

VI SIMPÓSIO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Processo de Enfermagem na Prática Clínica

Resumos

RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO: UM NOVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Cássia Teixeira dos Santos, Amália de Fátima Lucena, Miriam de Abreu Almeida,
Magáli Costa Oliveira

cassia.teixeira87@hotmail.com

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO: A NANDA *International* (NANDA-I) é uma taxonomia de termos diagnósticos que são continuamente elaborados e refinados. O *Diagnosis Development Committee (DDC)* da NANDA-I é responsável pela análise da submissão de novos diagnósticos de enfermagem (DEs), bem como da revisão dos já existentes. As últimas versões da NANDA-I contemplam DEs desenvolvidos a partir de pesquisas relacionadas com a prática clínica de enfermeiros brasileiros, o que representa a crescente iniciativa e aprimoramento do conhecimento. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o Processo de Enfermagem é informatizado e a prescrição de enfermagem tem por base os DEs da NANDA-I. Nessa instituição, a Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) estuda e pesquisa as questões ligadas ao PE e os sistemas de classificações. Uma dessas situações clínicas diz respeito à úlcera por pressão (UP). Um dos estudos (Lucena et al., 2011) sobre este tema desenvolvidos no hospital apontam como resultado a falta de especificidade dos DEs para os pacientes em risco para UP. A partir disso, verificou-se a ausência na NANDA-I de um DE específico que denomine a situação de risco para UP, o que motivou esta investigação. **OBJETIVO:** desenvolver o DE *Risco para úlcera por pressão*. **MÉTODO:** O estudo será desenvolvido em duas etapas. A primeira será uma revisão integrativa da literatura sobre o tema e a segunda será o desenvolvimento do novo DE, conforme "Protocolo para Submissão de Diagnósticos" da NANDA-I. Um contato com o DDC sobre esta proposta já foi feito, tendo-se recebido resposta favorável para seu desenvolvimento. **RESULTADOS/CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este projeto está em fase de desenvolvimento e será submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição. **DESCRITORES:** úlcera por pressão, diagnóstico de enfermagem, processos de enfermagem.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM DISCUTIDO EM REUNIÃO DE EQUIPE NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camila Amthauer, Danusa Begnini, Tamires Patrícia Souza, Silvana Bastos Cogo

camila.amthauer@hotmail.com

Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

Centro de Educação Norte do Rio Grande do Sul – CESNORS

INTRODUÇÃO: Prestar uma assistência à saúde qualificada ao ser humano é uma tarefa árdua para qualquer profissional da área, principalmente ao enfermeiro, o qual possui contato direto com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, o profissional enfermeiro deve estar resguardado pelo processo de enfermagem nas suas ações de cotidiano, e não poderia ser diferente em se tratando de atenção básica. A discussão de casos clínicos abrangendo o processo de enfermagem em uma reunião de equipe é necessária perante a necessidade do enfermeiro implementar suas ações diante da equipe multiprofissional que o cerca. **OBJETIVO:** O objetivo desse trabalho é de relatar a vivência obtida através da discussão do processo de enfermagem na reunião de equipe de um ESF situado em um município do norte do RS. **METODOLOGIA:** A metodologia empregada foi a de grupo, utilizando de exposição verbal de casos clínicos a fim de desencadear uma discussão da atuação do processo de enfermagem em cada caso, tendo em vista a participação da equipe multiprofissional. Por fim pode-se perceber a importância do processo no cotidiano das unidades de saúde, opondo-se a ideia de que processo de enfermagem impera apenas no meio hospitalocêntrico. Para tanto, impera ainda a necessidade dos demais profissionais se inserirem cada vez mais nas cinco fases do processo de enfermagem; principalmente em se tratando da conduta, a qual deve ter participação contínua e assídua de todos os profissionais da saúde, prestando uma assistência de qualidade e acima de tudo humanizada. **DESCRITORES:** atenção básica, processo de enfermagem, equipe multiprofissional.

RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A PROCEDIMENTO INVASIVO – CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) NA NEONATOLOGIA

Adriana Zanella, Armindo Edvino Stumpf, Cristiane Raupp Nunes, Débora Calçada dos Reis, Edite Porciúncula Ribeiro, Giordana de Cássia Pinheiro da Motta, Raquel Cristina Concatto, Rozimeli Guedes dos Santos, Simone Baggio de Castro, Tamara Soares
dreis@hcpa.ufrgs.br

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: A utilização do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) na UTI Neonatal para administração de medicamentos e soluções é extremamente comum. Evita a manipulação excessiva e o estresse nos procedimentos dolorosos repetidos de punção venosa nos neonatos enfermos, prematuros ou de baixo peso, sendo relacionado a baixos índices de infecção se corretamente manipulado no dia a dia. Os cuidados selecionados a partir do Diagnóstico de Enfermagem Risco de Infecção relacionado a procedimento invasivo são essenciais para a prevenção de infecções associadas ao PICC. **OBJETIVO:** Descrever a ocorrência de retiradas de PICCs na UTI Neonatal de um hospital universitário por suspeita de infecção e se houve crescimento de microorganismos nas pontas de cateteres coletadas no ano de 2011. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, em que foram analisados os dados dos instrumentos de registro de inserção e manutenção dos PICCs preenchidos pelas enfermeiras. Foram incluídos no estudo todos os instrumentos de registro de PICCs inseridos neste período. **RESULTADOS:** Os dados mostram que, dentre os 278 PICCs utilizados na UTI Neonatal em 2011, 31 (10,8%) foram retirados por suspeita de infecção e houve crescimento bacteriano em apenas 4 (1,39%) dos 278 cateteres. Outro estudo em uma unidade hospitalar paulista que implantou 135 PICCs em neonatos em determinado período, apenas 3 (2,2%) cateteres se apresentaram como foco infeccioso. **CONCLUSÕES:** O índice de infecções verdadeiramente relacionadas ao cateter é baixo, o que mostra que os cuidados de enfermagem selecionados a partir do diagnóstico Risco de Infecção têm se mostrado efetivos na prevenção das infecções relacionadas ao PICC. **DESCRITORES:** diagnóstico de enfermagem, infecções relacionadas a cateter, recém-nascido.

PENSAMENTO CRÍTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO: APLICAÇÃO EM UM ENSAIO ACADÊMICO

Ana Amélia Antunes Lima, Gislaine Saurin, Sílvio Costa, Marcos Barragan da Silva,
Maria da Graça Oliveira Crossetti, Ana Luísa Petersen Cogo, Miriam de Abreu Almeida
enfpesq@gmail.com

Escola de Enfermagem da UFRGS

INTRODUÇÃO: O pensamento crítico está diretamente relacionado com a precisão na tomada de decisão do enfermeiro. **OBJETIVO:** Relatar a utilização do pensamento crítico no processo diagnóstico. **MÉTODO:** Ensaio acadêmico realizado na disciplina ENF 516 Estudos independentes: Pensamento crítico na enfermagem no processo diagnóstico, do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS, em 2011. A base para o estudo foi uma imagem fictícia de um paciente com queimadura do dorso do pé. Realizou-se o Processo de Enfermagem, de acordo com Horta (1979), e aplicaram-se estratégias de pensamento crítico para a escolha dos diagnósticos da NANDA Internacional, resultados da Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e intervenções da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC). Utilizou-se o software CMapTools® para a construção de um mapa conceitual para articular e interrelacionar as diferentes etapas do pensamento crítico no processo diagnóstico. **RESULTADOS:** Com base na situação clínica do paciente que sofreu a queimadura, identificaram-se os diagnósticos prioritários de Integridade da Pele prejudicada, Dor Aguda e Risco de Infecção. Para estes foram selecionados os resultados Cicatrização de Feridas: segunda intenção e Nível de dor, com seis indicadores. As intervenções selecionadas foram Cuidados com lesões: queimaduras, Controle da dor e Proteção contra infecção, com 13 atividades. As habilidades cognitivas utilizadas foram Análise, Busca de informações, Raciocínio lógico, Aplicação de padrões e Previsão. Os Hábitos mentais utilizados foram Perspectiva contextual, Confiança e Reflexão. **CONCLUSÃO:** Esta estratégia serve para que os enfermeiros se tornem mais familiarizados com as classificações ao aplicarem o pensamento crítico no processo diagnóstico. **DESCRITORES:** diagnóstico de enfermagem, classificações, pensamento.

EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE A PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Marcos Barragan da Silva, Carmen Lúcia Zuse, Raquel de Souza Ramser Ceretta,

Siméia Corrêa de Matos

enfpesq@gmail.com

URI- Santo Ângelo/EEUFRGS

INTRODUÇÃO: A educação permanente é uma técnica administrativa que o enfermeiro utiliza para melhorar a prática de enfermagem. **OBJETIVO:** Relatar a realização de uma educação permanente sobre a prescrição de enfermagem com técnicos de enfermagem da unidade de internação clínico-cirúrgica. **MÉTODO:** Relato de experiência, desenvolvido na disciplina Estágio Supervisionado I, em 2009, de um curso de Enfermagem de uma universidade da região das missões. Os objetivos foram: Sensibilizar os Técnicos de Enfermagem sobre o Processo de Enfermagem (PE); Informar a legislação sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, Discutir os cuidados que os mesmos realizam visualizando a evolução de casos clínicos, adaptando tais cuidados em Prescrição de Enfermagem. Aplicar a prescrição de enfermagem na unidade. O método de abordagem foi workshop. **RESULTADOS:** Foi realizado o primeiro workshop em que se abordou o PE, e realizou-se um caso clínico, focalizando a prescrição e os resultados da evolução do paciente. Semanas após a sessão, realizaram-se as prescrições de enfermagem para os pacientes mais dependentes da equipe, e verificou-se que as cuidados prescritos foram realizados e checados, além de registrados nas anotações de enfermagem. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Pode-se inferir que esta estratégia foi efetiva para a implementação desta etapa do PE neste serviço. Os técnicos aceitaram o desafio e posicionaram-se favoráveis à implantação da prescrição de enfermagem na unidade de internação clínico-cirúrgica. Sugere-se que sejam feitos investimentos em educação permanente sobre esta temática nas instituições de saúde. Esperamos ter contribuído para a qualidade da assistência, estimulando acadêmicos a viverem experiências similares. **Descritores:** processos de enfermagem, equipe de enfermagem, educação permanente.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES NUMA MATERNIDADE – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carmen Lucia Zuse, Tamara Grando

tamara.grando@hotmail.com

Fundação de Atendimento Sócio Educativo do RS

INTRODUÇÃO: A educação é muito importante para a inclusão do indivíduo na sociedade. Na questão do aleitamento materno, a formação de grupos de educação em saúde à mulher que amamenta pode ser um importante aliado para a adesão desta prática. **OBJETIVOS:** Contribuir para a adesão do aleitamento materno e identificar o conjunto prioritário dos diagnósticos de enfermagem (DE) entre as parturientes internadas em uma maternidade. **MÉTODO:** É um estudo descritivo e consiste em um relato de experiência vivenciado por uma acadêmica durante o 9º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI, campus de Santo Ângelo, disciplina de Estágio Supervisionado II. O estudo ocorreu na Maternidade de um hospital geral no período de março a maio de 2011. Descreve a condução de um grupo de educação em saúde denominado *Roda da Amamentação* com parturientes internadas nessa unidade. A atividade foi realizada duas vezes por semana, com duração de uma hora. **RESULTADOS:** A prática em saúde, como estratégia para adesão do aleitamento materno, possibilitou às parturientes esclarecerem suas dúvidas quanto aos benefícios da amamentação, cuidados com o recém-nascido, entre outros. Foram identificados 07 diagnósticos: *ansiedade, conhecimento deficiente, mobilidade física prejudicada, risco de infecção, risco de integridade da pele prejudicada, amamentação eficaz e padrão do sono alterado*. Além de indícios de novos diagnósticos, como risco de amamentação ineficaz e de amamentação interrompida. **CONCLUSÃO:** A prática em saúde permitiu-nos contribuir para a adesão do aleitamento materno, através das informações e conhecimentos oferecidos em cada encontro. Além da continuidade e a qualidade da assistência prestada às parturientes. **DESCRITORES:** aleitamento materno, educação em saúde, diagnóstico de enfermagem.

DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE: REVISÃO INTEGRATIVA

Carmen Lucia Zuse, Tamara Grando

tamara.grando@hotmail.com

Fundação de Atendimento Sócio Educativo do RS

INTRODUÇÃO: A implementação da assistência de enfermagem agregada à teoria e a prática, ainda é um desafio para os enfermeiros, pois requer o resgate de estudos e práticas onde o foco seja o cuidado integral e individual dos pacientes. Apesar da possibilidade de organizar seu trabalho baseado em metodologias que priorizam o cuidado individualizado, os enfermeiros enfrentam dificuldades para implantar a SAE.

OBJETIVO: Identificar na literatura eletrônica as principais dificuldades para a implantação da SAE na prática profissional. **MÉTODO:** Revisão integrativa, através da busca por publicações científicas no período de 2001 a 2011, na Base de Dados em Enfermagem – BDENF do banco de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando-se a palavra-chave SAE. A seleção deu-se por meio da leitura do título, resumo e objetivo de todos os artigos encontrados.

RESULTADOS: Foram selecionados 45 artigos, destes 13 discutem claramente as dificuldades de implantação da SAE. As principais dificuldades encontradas são: falta de tempo, de recursos materiais para o cuidado, de conhecimento teórico e de exercício prático, déficit de profissionais para desempenhar a função, resistência na utilização e não valorização do método, além da dificuldade de aceitação da equipe multiprofissional pela descrença e rejeição às mudanças. **CONCLUSÃO:** Apesar da SAE ser exigida conforme a legislação profissional, sua implantação caminha lentamente rumo à consolidação devido às dificuldades detectadas. O enfermeiro deve identificá-las e trabalhar a fim de minimizá-las, gerando espaço para que esta metodologia torne-se efetiva. **DESCRITORES:** sistematização de cuidado de enfermagem, processo de enfermagem, prática profissional.

PACIENTE EM RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ PÓS-TROMBÓLISE

Betina Franco, Janine Franceschi, Michelle Dornelles Santarem, Sarah Ceolin Stein, Suimara dos Santos, Lisiane M. G. Paskulin, Lurdes Busin e Ana Valéria Gonçalves
sstein@hcpa.ufrgs.br

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: O acidente vascular cerebral (AVC) é das causas mais freqüentes de morbi- mortalidade na população brasileira. Aproximadamente 85% são isquêmicos, tratados com trombolíticos em alguns casos. Os diagnósticos, as intervenções e resultados de enfermagem pela *NANDA International* (NANDA-I), *Nursing Interventions Classification* (NIC) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC) vem sendo avaliadas por meio de estudos clínicos. O presente estudo colabora com a discussão referente à acurácia diagnóstica e está vinculado ao projeto maior "Desenvolvimento de estudos clínicos sobre o processo de enfermagem". **OBJETIVO:** Identificar os diagnósticos de enfermagem (DE) selecionados para um paciente submetido à terapia trombolítica por AVC isquêmico, propondo intervenções e avaliação de enfermagem segundo a NIC e NOC. **MÉTODOS:** Estudo de caso de paciente atendido na Unidade Vascular do Serviço de Emergência (SE) do HCPA em março de 2012. As informações foram coletadas no prontuário eletrônico e analisadas com base nos referenciais da NANDA/NIC/NOC. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa CEP/HCPA (n.100505). **RESULTADOS:** Paciente feminina, 58 anos, branca, chegou ao SE com queixas de tonturas, confusão mental, dificuldade para falar e déficit de força em hemisfério direito. Após 24 horas da trombólise apresentava agitação, desorientação no tempo, espaço e força preservada. O DE Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz foi iniciado devido as possíveis complicações decorrentes da trombólise. Os resultados selecionados a partir da NOC foram: nível de confusão aguda e estado neurológico: consciência. A intervenção selecionada foi: Monitorização Neurológica e respectivas atividades. **CONCLUSÃO:** Os resultados selecionados pela NOC foram satisfatórios e alcançados pela equipe de Enfermagem. Ressalta-se a importância da atuação do Enfermeiro no reconhecimento das manifestações clínicas do AVC e na sistematização do cuidado, otimizando o atendimento do paciente. **DESCRIPTORIOS:** acidente vascular cerebral, terapia trombolítica, diagnóstico de enfermagem.

AVALIAÇÃO DA DOR DE ORIGEM ONCOLÓGICA POR MEIO DA CLASSIFICAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM - NOC

Bruna Schroeder Mello, Amália de Fátima Lucena

mellobru@gmail.com

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO: A dor oncológica, como uma das principais causas de sofrimento para pacientes sob cuidados paliativos, motiva a enfermagem a aprimorar o cuidado e a avaliação desses pacientes. O Processo de Enfermagem (PE) tem dentre os seus propósitos a identificação das respostas humanas, permitindo organizar as condições necessárias à realização do cuidado, a implementação de ações e a avaliação das mesmas de forma sistemática. A Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) é uma classificação padronizada que descreve os resultados obtidos pelos pacientes em decorrência das intervenções de enfermagem, todavia, ainda se encontram em fase de refinamento e requer estudos sobre sua aplicabilidade. **OBJETIVOS:** Avaliar a dor aguda e crônica, de origem oncológica, por meio de indicadores da NOC e verificar a sua aplicabilidade clínica em pacientes sob cuidados paliativos. **MÉTODO:** Estudo de coorte prospectivo, com abordagem quantitativa, a ser realizado em uma unidade de cuidados paliativos de um hospital universitário do sul do Brasil. A coleta de dados será realizada em duas etapas. Na primeira, serão selecionados os resultados e indicadores de enfermagem NOC a serem aplicados no estudo. A segunda etapa diz respeito à coleta de dados da avaliação dos pacientes pelo uso de um instrumento que conterá os resultados e indicadores de enfermagem NOC previamente selecionados. O projeto será apreciado por uma Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, atendendo às determinações das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **RESULTADOS/CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Estudo em fase de desenvolvimento, que pretende subsidiar com seus resultados a qualificação da avaliação do paciente oncológico com dor sob cuidados paliativos. **DESCRITORES:** dor aguda, dor crônica, avaliação de resultados (cuidados de saúde).

DIFICULDADES E VANTAGENS MANIFESTAS PELOS ENFERMEIROS PARA A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Alisson Lopes da Silva, Ana Paula Gossmann Bortoletti, Maria da Graça Oliveira

Crossetti

alissonlopes.ds@gmail.com

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO: O Processo de Enfermagem (PE) é um modelo metodológico de tomada de decisões que visa orientar e qualificar a assistência de enfermagem. Embora existam na legislação brasileira leis que regem o PE e o cumprimento de sua aplicação pelo enfermeiro, constata-se na realidade limitações para a aplicação do PE pelo enfermeiro em sua prática clínica. Com base nessas informações elaborou-se a seguinte questão norteadora: Quais as dificuldades e vantagens manifestas pelos enfermeiros para a aplicação do Processo de Enfermagem? **OBJETIVO:** Conhecer as dificuldades e vantagens manifestas pelos enfermeiros para a aplicação do Processo de Enfermagem. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo do tipo Revisão Integrativa (RI) da literatura de pesquisa segundo Cooper, desenvolvido em seis etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados coletados, apresentação dos resultados e aspectos éticos. Foram utilizadas as bases de dados LILACS e Scielo e selecionados os artigos de acordo com os seguintes critérios de inclusão: publicações nacionais, em língua portuguesa, disponíveis na íntegra on-line e publicadas no período entre 2002 a 2011. **RESULTADOS:** Foram selecionados 10 autores que abordavam o tema e respondiam à questão norteadora, sendo a dificuldade mais mencionada a escassez de recursos humanos (sete autores), já nas vantagens os autores apontam mais de uma, como a mesma frequência, como a autonomia do profissional (três autores). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por isso, acreditamos que os profissionais devem ter uma educação continuada, pois o PE fornece autonomia ao enfermeiro na sua tomada de decisão valorizando a profissão. **DESCRITORES:** cuidados de enfermagem, enfermagem, processos de enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA PRÁTICA CLÍNICA EM PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS

Stephani Amanda Lukasewicz Ferreira, Carolina de Castilhos Teixeira, Mara Regina
Ferreira Gouvêa Amália de Fátima Lucena, Isabel Cristina Echer

stephani.luka@gmail.com

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: O transplante renal é um procedimento cirúrgico para compensar ou substituir a função do órgão doente, sendo a terapia mais eficiente e com melhor custo-benefício para reabilitação dos pacientes. Os diagnósticos de enfermagem (DE) são desenvolvidos a partir de sinais e sintomas, fatores relacionados e de risco identificados pelo enfermeiro que objetiva planejar intervenções adequadas para cada caso. **OBJETIVO:** Identificar os DE implementados na prática clínica em pacientes transplantados renais. **MÉTODO:** Coorte histórica constituída por amostra de 179 pacientes submetidos ao transplante renal no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2009 em um hospital universitário. Os dados foram coletados em prontuário *on line* e em sistema informatizado da instituição por meio de uma *query*, sendo analisados estatisticamente com o programa SPSS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob protocolo 09-465. **RESULTADOS:** Encontrou-se 114 (63,7%) homens, com média de idade de 43(\pm 13,7) anos, 134 (80,7%) profissionalmente ativos e 111 (63,1%) com nível de instrução fundamental. Na prática clínica os enfermeiros identificaram 50 diferentes DE, sendo os mais prevalentes: Risco de infecção (98,79%), Alteração na eliminação urinária (96,97%), Proteção ineficaz (93,33%), Déficit no auto cuidado: banho e ou higiene (70,30%), Integridade tissular prejudicada (69,09%) e Dor aguda (59,97%). **CONCLUSÕES:** Os DE identificados demonstram a vulnerabilidade dos pacientes em função dos procedimentos invasivos e o uso de imunossuppressores, o que direciona para cuidados específicos no seu pós-operatório, em especial aos relacionados à prevenção das complicações infecciosas e o controle da dor. A adequada avaliação de enfermagem leva à acurácia diagnóstica, qualifica a assistência ao paciente e otimiza a sobrevida do enxerto. **DESCRITORES:** processos de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, transplante de rim.

O USO DE UM SOFTWARE ESTATÍSTICO PARA SISTEMATIZAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NUMA CLÍNICA RENAL

Fernanda Milke, Carmen Lucia Zuse, Jane Conceição Perim Lucca

[carluze@brturbo.com.br/](mailto:carluze@brturbo.com.br)

Clinica Renal Dr.Gatz

INTRODUÇÃO: A implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) constitui uma exigência para as instituições de saúde públicas e privadas de todo o Brasil. Nos aspectos legais, a ele compete a “implantação, planejamento, organização, execução e avaliação” da SAE. Dessa forma, o crescente aumento e utilização dos recursos tecnológicos, torna imprescindível o uso de um software de dados de modo a integrar as informações referentes aos pacientes, bem como otimizar o tempo dos enfermeiros e, assim, garantir mais agilidade e precisão na assistência. **OBJETIVO:** Implantar a SAE informatizada numa clínica renal e criar um banco de dados com as intervenções de enfermagem relacionadas aos diagnósticos de enfermagem identificados utilizando o software adquirido pela instituição, em 2012. **METODOLOGIA:** A pesquisa terá abordagem quantitativa do tipo descritiva, com delineamento não experimental a ser realizada numa clínica renal localizada na região noroeste do RS no ano de 2012. O estudo terá duas etapas: a primeira com testes para conhecer o software da Nefrodata, a funcionalidade, recursos disponíveis e o tempo de geração dos dados através de um paciente fictício. A simulação objetiva definir o tempo envolvido nos registros manuais para elaboração de todas as etapas do Processo de Enfermagem. A segunda, a utilização do programa a partir de três pacientes selecionados, sendo como critério de inclusão serem os últimos a iniciarem tratamento na clínica renal. **RESULTADOS ESPERADOS:** Confirmar que a aplicação do Processo de Enfermagem, além de melhorar o atendimento prestado, dá autonomia ao enfermeiro, auxiliando-o na avaliação do cuidado e tomada de decisões, definindo seu papel e sua importância. **DESCRITORES:** software, SAE, diagnósticos de enfermagem, processos de enfermagem, IRC.

FATORES DE RISCO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS COM RISCO DE QUEDAS

Amália de Fátima Lucena, Melissa de Freitas Luzia

mel.luzia@bol.com.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO: O Diagnóstico de Enfermagem (DE) Risco de Quedas da NANDA-I é definido como a suscetibilidade aumentada para quedas, que podem causar dano físico. No hospital campo deste estudo, a incidência de quedas é um indicador de qualidade assistencial, porém ainda se desconhece as características dos pacientes com o DE Risco de Quedas, os fatores relacionados e os cuidados prescritos para o mesmo. **OBJETIVO:** Identificar os fatores de risco e os cuidados de enfermagem prescritos para o DE Risco de Quedas em pacientes internados em unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário. **MÉTODO:** Estudo transversal, que teve como amostra a totalidade dos pacientes adultos internados nas unidades clínicas e cirúrgicas com o DE Risco de Quedas no ano de 2011. Os dados coletados retrospectivamente em sistema informatizado da instituição e analisados estatisticamente. **RESULTADOS:** Encontrou-se 521 pacientes com o DE Risco de Quedas. Os fatores de risco para o mesmo foram alteração neurológica (43,2%), mobilidade prejudicada (33%), extremos de idade (11,5%), alterações fisiológicas (7,1%), efeitos adversos da medicação (2,9%) e condições ambientais (2,3%). Para estes pacientes foram prescritos 51 diferentes cuidados de enfermagem, sendo os mais prevalentes: manter grades no leito (13,9%), orientar paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas (8,8%), manter campainha ao alcance do paciente (6,9%) e manter pertences próximos ao paciente (5,6%). **CONCLUSÕES:** Conclui-se que os principais fatores de risco para o DE Risco de Quedas estão relacionados às alterações neurológicas e à imobilidade, sendo imprescindível a implementação de cuidados preventivos que auxiliem na minimização dos mesmos. Estes achados contribuem para o melhor conhecimento dos pacientes hospitalizados com este DE, bem como auxiliam no planejamento da prevenção do evento. **DESCRITORES:** diagnóstico de enfermagem, cuidados de enfermagem, acidentes por quedas.

DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Amália de Fátima Lucena, Magáli Costa Oliveira, Nathalia Helene Steyer

natisteyer@gmail.com

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO: A cirurgia bariátrica é realizada em pacientes com obesidade mórbida quando outras técnicas para a redução de peso não foram bem sucedidas. O pós-operatório (PO) mediato inicia-se nas 24 horas pós-cirurgia e termina a rigor na alta hospitalar. Neste período, o paciente necessita de cuidados e o papel do enfermeiro é fundamental para sua recuperação. No hospital universitário, campo deste estudo, utiliza-se o processo de enfermagem, sendo o diagnóstico de enfermagem (DE) baseado na *NANDA-International*. **OBJETIVO:** Identificar os diagnósticos e os cuidados de enfermagem estabelecidos aos pacientes em PO mediato de cirurgia bariátrica. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, com amostra de 143 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica entre novembro/2008 a dezembro/2011. Os dados coletados retrospectivamente em prontuário eletrônico e em banco de dados da instituição e, analisados estatisticamente com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18. Estudo aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da Instituição sob protocolo nº 11-0613. **RESULTADOS:** Identificou-se 35 DEs, sendo os mais frequentes Dor aguda; Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório; Integridade tissular prejudicada; Risco de infecção; Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais; Risco para nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais; Mobilidade física prejudicada; Conforto alterado; Risco de desequilíbrio do volume de líquidos; Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene. Quanto aos cuidados de enfermagem prescritos foram identificados 199 diferentes tipos. **CONCLUSÃO:** Os DEs estão relacionados às respostas do paciente à obesidade mórbida e à cirurgia, demandando intervenções de enfermagem aos riscos decorrentes dos mesmos, tais como as lesões pelo posicionamento perioperatório, infecção e desequilíbrio de líquidos. Dentre os DEs do tipo real, conclui-se que a dor foi o problema mais frequente a ser cuidado. **DESCRITORES:** processos de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, cuidados de enfermagem.

PROTEÇÃO INEFICAZ: PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SECUNDÁRIA À MIELOMA MÚLTIPLO

Maria Conceição Proença, Célia Mariana Barbosa de Souza, Ângela Maria Bagattini,
Adriana Tessari, Alessandra Vicari, Cinthia Dalasta Caetano Fujii, Karen Patrícia
Macedo Fengler

conceicaoproenca@terra.com.br

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: Mieloma múltiplo(MM) é um tipo de câncer de medula óssea, ocorre devido a um crescimento descontrolado de células plasmáticas. A Insuficiência renal(IR) atinge em torno de 35% dos pacientes com MM podendo chegar a 50% num estágio mais avançado da doença. A enfermeira (o) insere-se nesse contexto como peça fundamental na assistência a saúde desses pacientes devido à diminuição da capacidade de proteção. **OBJETIVO:** Identificar os Diagnósticos de Enfermagem (DE) utilizados na nossa instituição para paciente com IR em tratamento dialítico. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso realizado em um hospital universitário. As informações foram obtidas pela revisão do prontuário, anamnese, exame físico, evoluções de enfermagem e resultados de exames laboratoriais. A partir da análise dos dados, foi possível elaborar os Diagnósticos de Enfermagem (DE) reais e de risco com base TAXONOMIA da NANDA 2009-2011. Relato do caso: Paciente feminina, 55 anos, diagnostico de Insuficiência Renal Crônica secundária à MM., realizou quimioterapia em março de 2009, recidiva do MM em junho de 2010, em programa regular de hemodiálise 2 vezes/semana. Refere dor lombar, náuseas, tonturas, fadiga, insônia. Lúcida, orientada, humor deprimido, prostrada, anorexia, fraqueza, calafrios, sinais vitais: níveis tencionais elevados. PA:155/82-171/94mmhg, FC:80bpm, Tax:36,3°C; diminuição das plaquetas e leucócitos, tumoração do pé esquerdo, diurese 800ml/24hs. Presença de cateter duplo lúmen de longa permanência em veia jugular direita. **RESULTADOS:** Os diagnósticos de enfermagem identificados foram: Proteção ineficaz relacionado com tratamento e terapia medicamentosa; Desesperança relacionado a tratamento longo; Dor aguda relacionado a evolução da doença; Risco para desequilíbrio no volume de líquidos relacionado a mecanismos reguladores prejudicados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo de caso nos proporcionou uma revisão da literatura, maior conhecimento sobre a doença e adequação da Assistência de Enfermagem com base nos DE. **DESCRITORES:** diagnósticos de enfermagem, insuficiência renal, mieloma múltiplo.

MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA EM PACIENTE COM REMOÇÃO DE NEOPLASIA MALIGNA SECUNDÁRIA NO ENCÉFALO

Bruna Paulsen Panato, Caroline André da Silva, Carolina Charão da Silva, Letícia
Reisderfer, Amália de Fátima Lucena

bruna.enfufrgs@gmail.com

Escola de Enfermagem/UFRGS – Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica

INTRODUÇÃO: O Processo de Enfermagem (PE) se constitui em um guia sistematizado para o profissional de enfermagem. Para a sua aplicação é essencial pensar criticamente acerca do estado de saúde do paciente. A identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) e implementação das intervenções se constituem em etapas importantes do PE. No caso da assistência a pacientes com neoplasias, que são caracterizadas pelo crescimento celular acelerado e indiferenciado, com a capacidade de invadir estruturas próximas e espalhar-se para outras partes do organismo, a enfermeira precisa estar habilitada com este tipo de conhecimento. Os Tumores (TU) no encéfalo são classificados em primários e secundários, os secundários são os metastáticos. Os sintomas dependem da localização do tumor e do grau de comprometimento do tecido cerebral. **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho é desenvolver as etapas do PE e interpretar de maneira crítica as informações coletadas para a elaboração dos DE e de um plano de cuidados. Trata-se de um estudo de caso descritivo documental desenvolvido em disciplina de graduação em enfermagem. A coleta de dados foi realizada por entrevista e exame físico do paciente durante sua internação em um hospital universitário de Porto Alegre, em abril de 2012. Estes dados serviram de base para os DE e as Intervenções sugeridas ao paciente. O paciente apresentava diminuição da força motora, paresia no MSD e tontura ao deambular. Devido às alterações neuromusculares foi estabelecido o DE Mobilidade física prejudicada. Foram definidas as intervenções NIC Prevenção contra Quedas, Terapia com Exercício: controle muscular e Terapia com Exercício: equilíbrio e totalizando 14 atividades. O estudo permitiu às acadêmicas a vivência da aplicação do PE na assistência de um paciente com déficit neurológico, de forma integral e com a sistematização do cuidado. **DESCRITORES:** diagnósticos de enfermagem, processos de enfermagem, neoplasias.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTE COM CRHON: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE CUIDADO

Carmen Lucia Zuse, Claudiane Escobar da Silva, Marcos Barragan da Silva, Raquel de Souza Ramser Ceretta, Tamara Grando

carluze@brturbo.com.br

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

INTRODUÇÃO: Tendo em vista a problemática da Doença de Crohn, torna-se fundamental que sejam despendidos esforços na tentativa de melhorar o prognóstico dos indivíduos acometidos por esta doença. **OBJETIVO:** Relatar a experiência acadêmica na identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) a partir da NANDA Internacional para um paciente com Doença de Crohn. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência. Os DE foram identificados utilizando-se o julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico. A experiência foi vivida no 9º semestre do Curso de Enfermagem de uma Universidade Regional de direito privado, Disciplina Estágio Supervisionado Curricular II – Área Hospitalar, em 2011. **RESULTADOS:** Foram identificados onze DE, priorizados quatro para o paciente, sendo eles: *Diarréia, Dor Aguda, Retenção urinária e Nutrição desequilibrada para menos que o corpo necessita*. O paciente apresentou melhoras satisfatórias no seu estado físico e mental a partir da melhora da *Diarréia*; melhora da *Dor Aguda* localizada na região abdominal após a resolução da diarreia e do processo infeccioso; resolvida a *Nutrição desequilibrada para menos do que as necessidades corporais* com a instalação de nutrição parenteral e também a *Retenção urinária* decorrente da anestesia utilizada no procedimento cirúrgico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esta atividade foi importante porque estimulou o pensamento crítico para a escolha dos melhores diagnósticos de enfermagem, e o acompanhamento de sua evolução facilitou o aprendizado acadêmico do PE na prática clínica. **Descritores:** assistência de enfermagem, processos de enfermagem, enfermagem prática.

ATIVIDADES DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DE PACIENTES EM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: ESTUDO DE VALIDAÇÃO

Taline Bavaresco, Priscila Eugênio Fortes, Amália de Fátima Lucena

tali_nurse@yahoo.com.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO: A *Nursing Interventions Classification* (NIC) descreve as intervenções Prevenção de úlcera de pressão, Controle da pressão e Supervisão da pele como prioritárias ao diagnóstico de enfermagem (DE) Risco de Integridade da Pele Prejudicada, que em estudo de validação de conteúdo no cenário de cuidado ao paciente em risco para UP foram corroboradas. Estas intervenções possuem atividades, que podem ser selecionadas pelo enfermeiro dependendo da necessidade de cuidado avaliada. **OBJETIVOS:** Validar as atividades componentes das intervenções de enfermagem prioritárias ao DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada no cuidado ao paciente em risco para UP. **MÉTODO:** Estudo de validação de conteúdo (Fehring, 1987), realizado em dois hospitais brasileiros. Amostra de 16 enfermeiras *experts*, participantes de grupo de estudos no cuidado à pele, conhecedoras do PE e sistemas de classificação. O instrumento de coleta de dados continha as intervenções, suas atividades e uma escala Likert de cinco pontos, onde a enfermeira pontuava o quanto cada atividade era utilizada. Os dados analisados estatisticamente, com média ponderada (MP). Estudo aprovado em Comitê de Ética e Pesquisa (56/2010). **RESULTADOS:** Dentre as 62 atividades, 27(43,6%) foram validadas como prioritárias ($MP \geq 0,80$); 23(37,1%) como sugeridas ($MP >0,50$ e $<0,80$) e, 12(19,3%) descartadas ($MP \leq 0,50$). As atividades com maiores MP foram: *Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco individuais (p.ex., escala de Braden) (0,94); Examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, calor exagerado, edema e drenagem (0,92) e Evitar aplicar pressão na parte do corpo afetada (0,85)*. **CONCLUSÃO:** Identificou-se as atividades mais utilizadas no cuidado de pacientes em risco de UP, tendo implicações à enfermagem. **DESCRITORES:** úlcera de pressão, cuidados de enfermagem, estudos de validação.

USO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE CASO

Taline Bavaresco, Dienifer Tafarel, Tatiane Duarte, Elisabete Istchuk, Catrine Pires,

Silvana Montanari, Bruna Destafani, Larissa Hoffmann

tali_nurse@yahoo.com.br

Universidade de Caxias do Sul

INTRODUÇÃO: O cuidado da úlcera varicosa (UV), causada pela insuficiência venosa crônica, pode ser qualificado pelo processo de enfermagem (PE) e sistemas de classificação, como a NANDA-I que se refere à etapa do diagnóstico de enfermagem (DE). **OBJETIVO:** Investigar as características da paciente com UV, identificar seus DEs e cuidados de enfermagem. **MÉTODO:** Relato de caso com dados referentes à identificação, tamanho, características e bordas da ferida e produtos utilizados, coletados durante as consultas de enfermagem em quatro visitas domiciliares. **RESULTADO:** Paciente feminina, 61 anos, obesa, hipertensa, relato de dor, uso de antibiótico via oral, úlcera varicosa em membro inferior esquerdo há um ano, bordas irregulares, presença de grande quantidade de exsudato, áreas de hipergranulação, curativo diário sendo realizado com Solução fisiológica a 0,9%, Saf-Gel® e ácidos graxos essenciais na região perilesional. Os DEs elencados foram *Integridade tissular prejudicada* relacionada à circulação alterada (úlcera varicosa) evidenciado por tecido lesado; *Dor Crônica* relacionada à incapacidade física crônica (lesão) evidenciada por relato verbal de dor, alterações na capacidade de continuar atividades prévia (manter-se na mesma posição) e comportamento observado de defesa e, *Integridade da pele prejudicada* relacionado à circulação prejudicada, umidade (exsudato) e fatores mecânicos (troca diária o curativo) evidenciado pelo rompimento da superfície da pele e destruição de camadas da pele. As intervenções de enfermagem foram em relação à utilização de um curativo absorvente, solicitação de suab para identificação do germe (*Proteus sp*) e manutenção do membro elevado. **CONCLUSÃO:** A correta caracterização da lesão subsidia a escolha do DE e intervenções adequados à promoção do conforto e da cicatrização da mesma. **DESCRITORES:** úlcera varicosa, diagnóstico de enfermagem, cuidados de enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERA DE PERNA

Taline Bavaresco, Regina Helena Medeiros, Amália de Fátima Lucena,
Adão Revair Sá Brito, Rossano Sartori Dal Molin
tali_nurse@yahoo.com.br

Universidade de Caxias do Sul/Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO: A úlcera de perna (UP) é caracterizada pela escavação na superfície cutânea em função de alterações circulatórias e a identificação do diagnóstico de enfermagem (DE) acurado resultará em intervenções adequadas ao cuidado dos pacientes com este tipo de lesão. **OBJETIVOS:** Descrever as características das UPs, os produtos utilizados nos curativos e identificar os DEs. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo retrospectivo. Amostra composta por 14 pacientes portadores de UP, acompanhados durante 16 meses. Os dados coletados se referem à identificação, tipo e características das UPs e da pele perilesional, sinais/sintomas apresentados, tipo de curativo e DE. Dados analisados pela estatística descritiva. Estudo aprovado em Comitê de Ética e Pesquisa (121/2009). **RESULTADOS:** Houve predominância do sexo masculino em 11(78,6%) casos, idade mediana de 59,5(33-72) anos, dor crônica em 11(78,6%); úlcera venosa em 8(57,1%), neuropática em 4(28,6%) e arterial em 2(14,3%). Nas UPs se encontrou presença de tecido de granulação em 12(85,7%) e necrose de liquefação em 9(64,3%) feridas. As bordas apresentaram edema em 7(50%), descamação em 3(21,4%) e hiperemia em 4(28,6%) feridas. O creme de barreira permaneceu 106(7,29±12,69) dias, o ácido graxo essencial 1068(76,29±44,95), o hidrogel 452(32,29±29,35), o alginato de cálcio 96(6,86±10,71) e o curativo absorvente 154(11,0±13,09). Houve decréscimo no tamanho das feridas em centímetros [47,64±57,64; 21,43±36,54] nas dimensões iniciais e finais de avaliação no período do estudo, sendo o valor de $p=0,001$. Os DEs estabelecidos foram: *Integridade tissular prejudicada* para todos os casos, *Integridade da pele prejudicada* para 7(50%) e *Dor Crônica* para 11(78,6%) pacientes. **CONCLUSÃO:** O conhecimento das características da UP subsidia um DE acurado e o uso de produtos adequados ao seu tratamento. **DESCRITORES:** úlcera da perna, diagnóstico de enfermagem, curativos.

PROCESSO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE UTILIZANDO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA

Caroline Maier Predebon, Daiane Marques Durant, Nair Regina Ritter Ribeiro, Sandra
Sanseverino

cpredebon@hcpa.ufrgs.br

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: Nas situações clínicas, acessos venosos são utilizados para diversas terapias. Dentre os vários dispositivos venosos, destaca-se o Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP), que permite infusões mais seguras e preserva a rede venosa periférica. Acredita-se que o Processo de Enfermagem (PE) nas suas diversas etapas, possibilita ao enfermeiro segurança na indicação, manutenção e manuseio do CCIP, reduzindo complicações e eventos adversos. **OBJETIVO:** Revisar na literatura as etapas do PE na utilização do CCIP. **MÉTODO:** Para levantarmos os diagnósticos de enfermagem (DE) que embasarão o plano de cuidados ao paciente em uso do CCIP é necessário: avaliação do paciente com vistas a indicar a possibilidade de utilização do CCIP; coleta de informações obtidas pela entrevista ao paciente /família; avaliação dos medicamentos e tempo de tratamento; idade, condições clínicas e limitações físicas/cognitiva e avaliação detalhada da rede venosa. A partir desses dados serão levantados fatores de risco, diagnósticos e intervenções de enfermagem que auxiliarão na assistência ao paciente. **RESULTADOS:** Levantamos os DE: Risco de Infecção e Risco de Trauma Vascular, descritos na classificação da *NANDA-I*. As intervenções da *Nursing Interventions Classification* (NIC) selecionadas para os DE foram: Cuidados com Cateter Central de Inserção Periférica, Controle de Infecção, Proteção contra Infecção, Administração de Medicamentos: Endovenosa e Punção Venosa. Posterior a identificação dos DE e intervenções pertinentes, o enfermeiro planeja o cuidados ao paciente, visando avaliar a rede venosa e manter o CCIP. **CONCLUSÃO:** Salientamos a importância do PE na utilização e manutenção do CCIP. Essa metodologia em suas diferentes etapas permite ao enfermeiro abordar aspectos importantes na avaliação, levantamento de fatores de risco ao paciente que embasarão a escolha dos DE mais acurados, dando origem ao plano de cuidados individualizado ao paciente. **DESCRITORES:** processos de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, cateterismo periférico.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA PORTADORA DE HIDROCEFALIA

Rayssa Thompson Duarte, Letícia Hamester, Jamile Dutra, Paula Gulart, Anna Paula
Aquino

rayssatd@hotmail.com

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: A hidrocefalia caracteriza-se por acúmulo anormal de líquido dentro dos ventrículos cerebrais apresentando sintomas como aumento do crânio, vômitos, sonolência, irritabilidade, desvio de olhar, espasmos e convulsões. Alterando tanto aspectos fisiológicos quanto psicossociais da vida da criança e da família.

OBJETIVOS: O presente estudo de caso objetivou-se a definir os principais diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem adequados à sistematização da assistência à criança portadora de hidrocefalia. **MÉTODO:** A partir da anamnese e

exame físico estabelecer os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem adequados à criança com complicações causadas por hidrocefalia. **RESULTADOS:**

G.R. S, sexo feminino, 6 meses. Portadora de hidrocefalia e paralisia cerebral, internada em Hospital pediátrico por ventriculite após derivação ventrículo peritoneal. Apresentava vômitos, irritação e choro sem causa aparente. Foram encontrados os seguintes diagnósticos: Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado com vômito.

Resultado esperado: controle do vômito por medidas não farmacológicas aumentar de (2) raramente utilizado para moderadamente utilizado (4). Intervenção: controle do vômito: medir e calcular o volume do vômito; monitorar o equilíbrio hídrico e eletrolítico.

Diagnosticado comportamento desorganizado do bebê relacionado com doença, evidenciado por irritabilidade e movimentos descoordenados. Resultado: nível de conforto bem estar físico aumentar de pouco satisfeito (2) para moderadamente

satisfeito (3) e intervenções monitoração neurológica: monitorar as características dos mov. Extra-oculares e do olhar, evitar atividades que aumentem a PIC.

CONCLUSÕES: O processo de enfermagem é essencial para dar maior credibilidade aos cuidados prestados pela enfermagem. Desse modo, o enfermeiro pauta suas ações tanto educativas, preventivas, assistências de maneira científica.

DESCRITORES: processos de enfermagem, hidrocefalia, diagnóstico de enfermagem.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE DOR AGUDA POR COLECISTITE

Amália de Fátima Lucena, Fernanda Schanath, Mara Regina Ferreira Gouvêa, Priscila Silva; Simone Pasin, Vanessa Kenne Longaray

prisilva@hcpa.ufrgs.br

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: Dor é um sofrimento que pode ser evitado ou minimizado quando identificada e tratada adequadamente. A classificação de diagnóstico de enfermagem (DE) NANDA-I aponta o *DE dor aguda* como uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial de início súbito ou lento, com intensidade variável. Pacientes em pré e/ou pós-operatório com frequência apresentam este DE. As intervenções realizadas, sugeridas pela *Nursing Interventions Classification* (NIC), são fundamentais para a recuperação do paciente. Conseqüentemente, atingindo os resultados preconizados pela *Nursing Outcomes Classification* (NOC). **OBJETIVO:** Relacionar as intervenções de enfermagem do DE dor aguda. **MÉTODO:** estudo de caso em unidade de internação cirúrgica com paciente submetido à colecistectomia videolaparoscópica. Os dados coletados durante a internação do paciente e em prontuário do mesmo. As intervenções implementadas conforme a NIC e POP para avaliação da dor. Os resultados descritos estão conforme a NOC. **RESULTADOS:** Paciente masculino, 48 anos, procura a emergência com dor abdominal, vômitos e hipertermia; sem comorbidades, alergias ou uso de medicações. Ao exame, febre com bacteremia, abdômen distendido, defesa à palpação e expressão de dor. Exames revelaram diagnóstico médico de colecistite com indicação de colistectomia videolaparoscópica. Feito o DE dor aguda, o paciente recebeu intervenções de enfermagem como controle da dor (NIC), avaliação por escala verbal de dor (EVD). Medicado com analgésicos prescritos. Recebeu alta hospitalar em três dias com boa evolução e resultado NOC *nível de dor* = nenhum. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A eficácia do tratamento da dor depende de uma correta avaliação, mensuração confiável e válida, que deve ser executada pela enfermagem. **DESCRITORES:** dor, diagnóstico de enfermagem, estudos de caso.

CRIANÇA COM DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEPENDENTE DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Cássia Ricalcati, Caroline Predebon, Daiane Durant

cassia_ricalcati@yahoo.com.br

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: Oxigenoterapia domiciliar é um recurso utilizado em paciente acometidos por distúrbios respiratórios, como a displasia broncopulmonar (DBP). Esse evento leva a enfermagem a capacitar a família a prestar cuidados. **OBJETIVOS:** Refletir com base na literatura acerca dos cuidados a criança dependente de oxigenoterapia domiciliar. **MÉTODO:** Realizou-se uma revisão bibliográfica em busca de conceitos sobre DBP, seus sinais e sintomas, o que embasou a escolha de diagnósticos de enfermagem (DE) e intervenções voltadas à criança dependente de oxigenoterapia domiciliar, também abordou-se educação em saúde e rede de apoio à família. **RESULTADO:** A DBP é uma doença crônica que acomete recém-nascidos expostos a ventilação mecânica prolongada; é multifatorial, destacando-se prematuridade, barotrauma, oxigenoterapia prolongada, infecção e desnutrição. Caracteriza-se por desconforto respiratório, retrações intercostais, crepitanes, cianose e irritabilidade pela hipóxia. A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio em concentração superior ao ambiental para corrigir a hipóxia. Frente ao exposto, emergiram os seguintes DE: Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas, Padrão Respiratório Ineficaz, Troca de Gases Prejudicada, Nutrição Desequilibrada menos que as necessidades corporais e Risco de Infecção. As intervenções que embasaram o plano de cuidados foram: Oxigenoterapia, Monitorização Respiratória, Monitorização de Sinais Vitais, Aspiração das Vias Aéreas, Controle das Vias Aéreas, Terapia Nutricional e Controle da Infecção. Destaca-se a reinserção da criança no ambiente domiciliar, e a capacitação familiar pela enfermagem para os cuidados necessários e busca de redes de apoio na comunidade, acompanhamento de saúde e social. **CONCLUSÃO:** Acredita-se que esta revisão subsidiou o plano de cuidados de enfermagem a criança dependente de oxigenoterapia portadora de DBP e que o cuidado domiciliar é mais humanizado, pois reinsere a criança ao seu cotidiano familiar e a sociedade onde vive. **DESCRITORES:** processos de enfermagem, saúde da criança, serviços de assistência domiciliar.

CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO MÉTODO DE ASSISTÊNCIA NO PROJETO DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR E METABÓLICA

Ana Amélia Lima, Caren Guimarães, Morgana Fernandes, Ritamara Reginaldo

morganafernandes@yahoo.com.br

Universidade FEEVALE

INTRODUÇÃO: Alterações metabólicas afetam indivíduos de todas as idades que, associadas, aumentam as chances de desenvolvimento da síndrome metabólica. Conforme Ministério da Saúde revelou, houve importante aumento de peso na sociedade brasileira nos últimos 30 anos. Associado ao sedentarismo, a obesidade predispõe ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, dislipidemia, DM, entre outras. Consulta de enfermagem é a modalidade de assistência que possibilita acompanhar os pacientes, reforçando orientações sobre autocuidado através do processo de enfermagem, visando qualidade de vida pela adesão a hábitos saudáveis.

OBJETIVO: Descrever a experiência dos acadêmicos de enfermagem na realização da consulta em um projeto de reabilitação cardiovascular e metabólica; identificar diagnósticos de enfermagem (DE) no grupo. **MÉTODO:** Realizou-se consulta de enfermagem e registro em instrumento específico, onde constam dados antropométricos, sinais vitais e registros das consultas com DE. **RESULTADOS:** Sete pacientes iniciaram e concluíram o programa. Duas acadêmicas realizaram 3 consultas individuais, supervisionada por um enfermeiro docente, onde a primeira consistiu em avaliação inicial, identificação dos principais problemas e DE, e seguintes em acompanhamento do tratamento farmacológico e não farmacológico. O DE Nutrição Desequilibrada: Mais do que as Necessidades Corporais, relacionado à diminuição do padrão de atividades e das necessidades metabólicas, evidenciado por excesso de peso, foi identificado em todos os pacientes. **CONCLUSÃO:** As consultas de enfermagem e outras atividades realizadas junto à equipe multidisciplinar possibilitaram aos pacientes, conhecimento sobre controle da doença e mudança de hábitos, houve diminuição da circunferência abdominal em 75% destes, perda de peso, melhora no condicionamento físico e adequado controle metabólico, além de proporcionar articulação teórica - prática possibilitando ao acadêmico a vivência de um espaço de ação do enfermeiro. **DESCRITORES:** reabilitação, educação em saúde, autocuidado.

DISCUTINDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: A REUNIÃO DE EQUIPE COMO FORMA DE AVALIAÇÃO

Camila Amthauer, Danusa Begnini, Tamires Patrícia Souza, Silvana Bastos Cogo

camila.amthauer@hotmail.com

Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Norte do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO: O processo de enfermagem é definido como um conjunto de etapas fundamentadas em uma teoria objetivando sistematizar o cuidado de enfermagem ao paciente, proporcionando-lhe uma assistência individualizada e de qualidade. Prestar uma assistência qualificada à saúde é uma tarefa que exige esforços contínuos dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, que possui contato direto com os usuários do SUS. O trabalho em equipe exige permanente comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes, tornando-se um desafio institucional a contínua revisão do processo de Enfermagem nas intervenções de saúde. **OBJETIVO:** O objetivo do trabalho é relatar a experiência de equipes de Saúde da Família que realizam reuniões como método de avaliação do processo de Enfermagem. Trata-se de um relato de experiência de reuniões de equipes de Saúde da Família onde é discutida e avaliada a efetividade do processo de Enfermagem na Atenção Básica de um município na Região Norte do RS. **MÉTODO:** A metodologia empregada foi a de grupo, utilizando de exposição verbal de casos clínicos, a fim de desencadear uma discussão da atuação dos profissionais no processo de Enfermagem em cada um dos casos, tendo em vista a participação da equipe multiprofissional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir disso, percebe-se a importância do processo de Enfermagem no cotidiano das unidades de saúde, opondo-se a idéia de que esse processo impera apenas em ambiente hospitalar. Para tanto, faz-se necessário que os demais profissionais da saúde venham a se inserir de forma mais ativa nas etapas do processo de Enfermagem; principalmente no que diz respeito à conduta, a qual deve ter participação contínua e assídua de todos os profissionais da saúde, a fim de se prestar uma assistência qualificada e humanizada. **DESCRITORES:** atenção básica, enfermagem, profissionais da saúde.

DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM ANEMIA FALCIFORME

Cristina Prestes Baptista Gonçalves, Caroline Maier Predebon, Marusa Carla Bartholdy,
Simone Cristina da Silva Garcet, Gizele Barcelos Schmitt, Roseli Boeno Santana, Vera
Eunice Schalmes da Silva, Jussarita Rosecler Gomes, Mafalda de Fátima Machado
Marques, Denir Fátima da Cruz Murillo, Francisca de Fátima Carneiro Araújo
crisprestes67@gmail.com

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: A Anemia Falciforme é uma doença séria e que exige cuidados específicos e detecção precoce das complicações, sendo necessário o conhecimento teórico que embasa a ação dos profissionais da enfermagem. **OBJETIVOS:** relatar a experiência de um grupo de técnicos de enfermagem na construção de um estudo sobre Anemia Falciforme. **MÉTODO:** Um grupo de técnicos de enfermagem reuniu-se e realizou pesquisa bibliográfica em busca de conceitos, sinais e sintomas, aspectos genéticos, fisiopatologia, prognóstico e complicações da doença, crises álgicas, tratamento, terapia farmacológica e transfusional, bem como diagnósticos e cuidados de enfermagem adequados, que embasarão o plano de cuidados para o paciente com Anemia Falciforme. Posteriormente organizou-se material para apresentar aos colegas sob forma de slides, para facilitar a exposição. Foram disponibilizados três datas para socializar o conhecimento adquirido. **RESULTADOS:** Foi realizado a revisão da literatura em busca de informações gerais sobre a doença em estudo, como conceito, sinais e sintomas, fisiopatologia entre outros. Após essa etapa foram levantados diagnósticos de enfermagem prioritários e intervenções que deram origem ao plano de cuidados integrais ao paciente. Os Diagnósticos de Enfermagem levantados foram: Dor Aguda, Dor Crônica, Proteção Ineficaz, Padrão Respiratório Ineficaz, Risco de Infecção, Integridade da Pele Prejudicada. As intervenções levantadas foram: Controle da Dor, Controle de Medicamentos, Cuidado com lesões, Posicionamento, Controle e Proteção de Infecção, Monitorização respiratória e Supervisão e Segurança. **CONCLUSÕES:** A experiência de elaborar um estudo e transmitir para a equipe, permitiu conhecer e compreender as reais necessidades do paciente portador de Anemia Falciforme, visando à melhoria dos cuidados de enfermagem ofertados ao mesmo. **DESCRITORES:** enfermagem pediátrica, processos de enfermagem, anemia.

RISCO DE PATERNIDADE / MATERNIDADE PREJUDICADA RELACIONADO À CRIANÇA COM FISSURA DE LÁBIO E FENDA PALATINA

Solanger Graciana Paulão Perrone, Ana Paula Vanz, Nair Regina Ritter Ribeiro

sperrone@hcpa.ufrgs.br

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: A fissura de lábio e ou palato (FLP) resulta do não fechamento dos processos frontonasal e maxilar nos primeiros dias do embrião. Associada a outras anomalias congênitas ou isolada. A etiologia da FLP constitui-se de herança multifatorial. Desvios e falhas no processo embrionário podem resultar na malformação do embrião. As crianças com FLP são geralmente tratadas em centros de referência para malformações craniofaciais. Para tratá-las são necessárias várias correções cirúrgicas funcionais e estéticas, com a atenção constante de uma equipe multiprofissional, entre elas a enfermagem. **OBJETIVO:** Discorrer sobre um diagnóstico de enfermagem (DE) frequentemente presente em famílias com uma criança com FLP. **METODOLOGIA:** Através da Consulta de Enfermagem onde o Processo de Enfermagem é desenvolvido em todas as suas etapas, é possível identificar os Diagnósticos de Enfermagem que direcionam as intervenções. Identificou-se que o DE Risco de Paternidade/Maternidade Prejudicada frequentemente estava presente nas famílias na qual nascia uma criança com FLP. **RESULTADOS:** O risco de incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança tem como intervenções: Apoio ao cuidador; Promoção da paternidade / maternidade; Promoção do vínculo; Melhora do enfrentamento; Promoção do envolvimento familiar; Apoio aos irmãos; Promoção da integridade familiar; Orientações aos pais quanto à educação dos filhos; Melhoria do sistema de apoio. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A eficácia das intervenções de enfermagem é resultado do acompanhamento e avaliação contínua do desenvolvimento da criança e do comportamento de sua família. Com os esforços da equipe multidisciplinar e da família, a maioria das crianças portadoras de FLP consegue atingir um resultado satisfatório. **DESCRITORES:** processos de enfermagem, fenda labial, fissura palatina.

MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA RELACIONADO A DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS

Letícia Reisderfer, Michele Germando Telles, Natália Justim Alves, Bruna Paulsen
Panato, Suzana Müller
le.reisderfer@gmail.com

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO: As evidências clínicas possibilitam o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem mais acurados. O Processo de Enfermagem (PE) é um modelo metodológico usado pelo profissional de enfermagem para o cuidado ao paciente, através do estímulo ao pensamento crítico. A importância do PE é guiar, orientar este pensamento. A opção pelos Diagnósticos de Enfermagem (DE) e intervenções estabelece etapas importantes do PE. **OBJETIVO:** O objetivo, deste estudo, foi analisar as informações obtidas através da Anamnese e do Exame Físico, a fim de traçar diagnósticos de enfermagem e as intervenções necessárias para a recuperação do paciente. Trata-se de um estudo de caso descritivo documental. A coleta de dados foi realizada com a paciente durante sua internação em um hospital universitário de Porto Alegre, em abril de 2012, através de anamnese e exame físico. O paciente avaliado para este estudo de caso tinha diagnóstico médico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Hipertensão Arterial Sistêmica e HIV⁺. O AVC é caracterizado pela perda rápida de função neurológica, decorrente de [isquemia](#) ou [hemorragia](#) de vasos sanguíneos cerebrais. É uma [doença](#) de início súbito na qual o paciente pode apresentar paralisção ou dificuldade de movimentação dos membros de um mesmo lado do corpo, dificuldade na fala ou articulação das palavras e déficit visual súbito de uma parte do campo visual. O paciente apresentou leve paresia no MSE e MIE; devido às estas alterações neuromusculares foi definido o diagnóstico de enfermagem de mobilidade física prejudicada. Este estudo de caso nos proporcionou o contato com o paciente analisando-o totalmente e aprimoraram os conhecimentos acerca do PE. **DESCRITORES:** acidente vascular cerebral, diagnósticos de enfermagem, processos de enfermagem.

TÉCNICA DELPHI NA ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

Enaura Chaves, Isis Marques Severo, Miriam de Abreu Almeida, Graziela Sturza
Oliveira

ehchaves@hcpa.ufrgs.br

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: Com o avanço do estado da arte na produção do conhecimento sobre o uso das classificações NANDA-I-NIC-NOC e do desenvolvimento de novas técnicas na validação de diagnósticos de enfermagem (DE), salienta-se a criação de instrumentos que possam confirmar seus componentes estruturais. **OBJETIVO:** Apresentar a técnica Delphi como método de validação de conteúdo de instrumento de pesquisa na área de diagnósticos de enfermagem, especificamente com questões relacionadas às características definidoras (CD) do DE Memória prejudicada. **MÉTODO:** A técnica Delphi é um método para obtenção da opinião de *experts* sobre um tópico, desenvolvido em fases, sendo que em cada uma se acrescentam as informações anteriores, em busca de um consenso. Esta pesquisa contou com a participação de cinco enfermeiras de diferentes instituições e regiões do Brasil consideradas *experts* na temática. Os instrumentos foram enviados por correio eletrônico e respondidos em um período de quatro meses. As questões éticas foram respeitadas. **RESULTADOS:** O instrumento em formato *Likert* é constituído de uma primeira parte com dados de identificação dos participantes e uma segunda parte com 20 questões relacionadas à memória. As enfermeiras fizeram sugestões como: modificações em alguns termos do instrumento para o universo léxico dos participantes; aplicação do instrumento tanto em pacientes internados, quanto ambulatoriais e na comunidade; consideraram o tempo despendido na realização do instrumento (25min) adequado. **CONCLUSÕES:** A técnica Delphi mostrou-se efetiva no aprimoramento do instrumento para o alcance dos objetivos propostos, sendo a participação dos *experts* um fator indispensável para o desenvolvimento da taxonomia da NANDA-I. **DESCRITORES:** estudos de validação, diagnóstico de enfermagem, memória.

O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: METODOLOGIAS UTILIZADAS PELOS DOCENTES

Carlise Soares da Rosa, Fernanda Demutti Pimpão, Wilson Danilo Lunardi Filho
lunardifilho@terra.com.br

Universidade Federal do Rio Grande

INTRODUÇÃO: O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento que orienta as ações de enfermagem, proporcionando autonomia ao enfermeiro, visibilizando os cuidados prestados. Considerando as dificuldades dos estudantes de um Curso de Graduação em Enfermagem (CGE), na utilização do PE, teve-se como **objetivo:** conhecer como o PE é ensinado e utilizado nas disciplinas teórico-práticas desse CGE.

METODOLOGIA: estudo qualitativo, exploratório descritivo, realizado mediante aplicação de questionário, primeiramente, com a participação de 22 docentes e, num segundo momento, por meio de entrevista semiestruturada gravada, com participação de 14 docentes. Os dados foram submetidos à análise textual. Este projeto recebeu parecer favorável do Comitê de Ética (Parecer 174/2011/CEPAS/FURG).

RESULTADOS: 14 docentes afirmaram ensinar e utilizar o PE; desses, a maioria referiu não ensinar nem exigir a utilização de todas as suas etapas, priorizando a evolução de enfermagem, exceção feita à disciplina cujo foco é, especificamente, o ensino da sistematização da assistência de enfermagem, que enfatiza o desenvolvimento de todas as etapas do PE pelo estudante, embora ele não retorne ao campo de prática para implementar a prescrição de enfermagem.

CONCLUSÃO: pelo teor das falas dos docentes, as dificuldades de utilização das diferentes etapas do PE pelos estudantes decorrem de diversos fatores: carência de conhecimentos e qualificação de grande parte dos próprios docentes para ensinar/utilizar o PE, bem como a descrença dos mesmos nesta metodologia e a não implantação desta metodologia nos locais de prática e estágio, no âmbito hospitalar e da rede básica, o que parece desmotivar o estudante para o aprendizado e utilização do Processo de Enfermagem.

DESCRITORES: processos de enfermagem, ensino, enfermagem.

REVISÃO SISTEMÁTICA DOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Lisiane dos Santos Sória

lisisoria@gmail.com

Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Unidade Álvaro Alvin

INTRODUÇÃO: A dependência química desde os primórdios já havia relatos da sua conseqüência na saúde dos indivíduos, no entanto, a contemporaneidade abarcou as conseqüências nefastas para a sociedade. A OMS a define como uma condição psíquica e física que sempre abrangem uma compulsão de modo consecutivo ou periódico. Diante da complexidade que envolve o dependente químico há a necessidade de uma assistência multidisciplinar. Nesta perspectiva a enfermagem busca aprimorar seus conhecimentos enfocando o cuidado a partir dos diagnósticos de enfermagem que buscam sistematizar o processo de enfermagem a partir de um julgamento clínico que fale mais do sujeito em si. **OBJETIVO:** O objetivo desta revisão sistemática é levantar os diagnósticos de enfermagem mais utilizados em dependência química na literatura e em uma unidade de álcool e drogas de um hospital universitário. **MÉTODO:** Para a busca de dados as bases utilizadas foram LILACS, BDEnf, MEDLINE E SciELO com os descritores cocaína crack, cuidados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem. Também foram utilizados os registros de enfermagem do Processo de Enfermagem de um hospital universitário para busca dos diagnósticos em unidade de álcool e drogas. Foram encontrados três artigos os quais os diagnósticos mais utilizados foram: desesperança relacionada a estresse prolongado, isolamento social, turgor diminuído, higiene oral inadequada, intolerância a atividade física, dentição alterada, relacionamentos familiares alterados, integridade da pele prejudicada, padrão nutricional menor que as necessidades, privação do sono, ansiedade, interação social prejudicada, eliminação urinária alterada, dores corporais, processos familiares disfuncionais (NANDA I). Já nos registros informatizados, os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes foram: manutenção ineficaz da saúde, processo de pensamento alterado, interação social prejudicada, negação ineficaz, ansiedade e distúrbio do padrão do sono, integridade tissular prejudicada, risco para agressão e déficit no autocuidado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Desta forma evidenciamos que se tornam indispensáveis abranger os cuidados para além destes diagnósticos rumo às necessidades mais complexas do sujeito. **DESCRITORES:** cocaína crack, cuidados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem.

ESTUDO DE CASO: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM UM PACIENTE COM INTOXICAÇÃO POR SODA CÁUSTICA

Ana Paula Amestoy, Carolina Caruccio Montanari, Geiciele Silva, Luísa Feix, Karina Teixeira

carolmontanari@gmail.com

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: J.P.S., 80 anos, sexo masculino, negro, natural de Soledade, analfabeto, aposentado, pai de 3 filhos, ex-etilista social e ex-tabagista pesado há 10 anos, nega Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Paciente proveniente de Porto Alegre e internou em uma unidade cirúrgica em maio de 2012. História da doença passada: Acidente Vascular Encefálico há 18 anos, sem sequelas. Duas internações hospitalares no último ano. A primeira internação ocorreu após paciente fazer ingestão acidental de soda cáustica. Realizada Endoscopia Digestiva Alta e passagem de Sonda nasoenteral. Laudo: esofagite cáustica acentuada com estenose cicatricial no esôfago médio. **OBJETIVOS:** Avaliar o caso e levantar possíveis diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados. **MÉTODO:** Utilizando a *NANDA International* (NANDA I) e da Nursing Interventions Classification (NIC), foi elaborado os diagnósticos e intervenções mais pertinentes ao caso, assim como, uma análise das ações do enfermeiro no contexto apresentado. **RESULTADOS:** Como possíveis diagnósticos, foram apresentados: Deglutição Prejudicada, Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais e Risco de aspiração relacionado com alimentação por sonda e deglutição prejudicada. Como possíveis intervenções: Terapia de Deglutição, Cuidados com Sonda Gastrointestinais, Monitoração Nutricional, Aconselhamento Nutricional e Prevenção Contra Aspiração. **CONCLUSÕES:** A intoxicação por soda cáustica é um acidente muito comum. Assim, é necessário que o profissional enfermeiro, independente de sua área de atuação, esteja preparado para o manejo desse paciente. O caso vivenciado serviu para que pudéssemos aprender todas as orientações que devem ser dadas para esses pacientes e os cuidados que são necessários durante a internação. **DESCRITORES:** acidentes químicos, acidentes domésticos, diagnóstico de enfermagem.

RISCO PARA DESEQUILÍBRIO DO VOLUME DE LÍQUIDO RELACIONADO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC) - ESTUDO DE CASO

Grasiela Vidor, Priscila Eugenio Fortes, Priscylla Souza Sauer

priscilinha_ef@hotmail.com

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca (IC) consiste na incapacidade do coração para bombear sangue suficiente para atender as necessidades teciduais de oxigênio e nutrientes. As alterações hemodinâmicas comumente encontradas na IC envolvem resposta inadequada do débito cardíaco (DC) e elevação das pressões pulmonar e venosa sistêmica. De início o comprometimento do DC se manifesta apenas durante o exercício evoluindo até sua manifestação ocorrer no repouso. A insuficiência cardíaca congestiva é uma doença progressiva e fatal quando não tratada e a qualidade de vida é, em geral, bastante comprometida. Na busca pela melhoria da qualidade de vida através das classificações de enfermagem, o profissional define um diagnóstico e estabelece intervenções a fim de melhorar ou resolver os problemas identificados.

OBJETIVOS: Conhecer o histórico de pacientes com IC, compreender a fisiopatologia da doença e construir diagnósticos e intervenções de enfermagem através da análise dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. **MÉTODO:** Pesquisa descritiva, qualitativa do tipo estudo de caso, realizada através de coleta de dados no sistema e realização do histórico de enfermagem. O estudo foi realizado em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital universitário, em junho de 2011. **RESULTADOS:** Após a análise dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, foram definidos os diagnósticos de enfermagem: "Risco para desequilíbrio do volume de líquidos" relacionado à terapêutica medicamentosa e "Débito cardíaco diminuído". Após, foram estabelecidas suas respectivas intervenções. **CONCLUSÕES:** O presente estudo possibilitou a compreensão da importância do processo de enfermagem, como um instrumento metodológico usado tanto para favorecer o cuidado quanto para organizar as condições necessárias para que este ocorra. **DESCRITORES:** processos de enfermagem, estudos de caso, insuficiência cardíaca.

INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA EM PACIENTE SUBMETIDO AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Vânia Mari Matte, Kátia Kosciuk Lima, Jacqueline Simon, Claudete R.M.Pacheco

crmpach@terra.com.br

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: Para a realização do transplante de células tronco hematopoiético (TCTH) é imprescindível a colocação de cateter venoso central semi-implantado de longa permanência (CVCSILP) no paciente. Necessitam o uso de curativos no sítio de saída, entre os quais, o de filme transparente de poliuretano, com a finalidade de reduzir infecção, fixação e visualização do cateter. Devido a quimioterapia de altas doses prévia ao transplante, a pele pode ficar predisposta às alterações cutâneas no local de adesão do curativo. A terminologia da NANDA-I reflete esta conjuntura através do diagnóstico de enfermagem (DE) integridade da pele prejudicada relacionada a substância química. **OBJETIVOS:** avaliar as ações de enfermagem para o DE integridade da pele prejudicada estabelecido para um paciente submetido ao TCTH, os resultados (NOC) mensurados e as intervenções (NIC) implementadas à este DE. **MÉTODO:** relato de experiência com paciente que apresentou alterações cutâneas ao utilizar curativo transparente de poliuretano no CVCSILP. O paciente assinou termo de consentimento para uso de imagem. **RESULTADOS:** paciente masculino, com idade em torno de 50 anos, diagnóstico de leucemia mielóide crônica, foi submetido ao TCTH alogênico relacionado, em abril de 2012. Após a “pega medular”, apresentou alterações cutâneas tipo flictenas, na borda do curativo transparente, as quais não foram rompidas e, conforme orientação médica, untadas com dexpanthenol pomada e protegidas por curativo de gaze, obtendo-se cicatrização das mesmas, em torno de dez dias. Os resultados selecionados da NOC foram: integridade tissular-pele e mucosas, indicador: lesões de pele. A intervenção foi cuidados com lesões. **CONCLUSÕES:** o plano de cuidados estabelecido obteve resultados pertinentes que contribuíram para a resolução das alterações cutâneas. **DESCRITORES:** diagnóstico de enfermagem, curativos, transplante, cateter.

IMPLEMENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL EM PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A RINOLABIPLASTIA NO CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL DO HCPA

Alessandra Glaeser, Adriana Henriques, Ester Prates, Marcia Weissheimer, Rosane

Pirovano

aleglaeser@terra.com.br

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: A Fissura Labiopalatina (FLP) é a malformação mais freqüente da região da cabeça e a correção cirúrgica é realizada nos primeiros meses de vida. O paciente pediátrico é considerado de alto risco para desenvolver alterações da temperatura corporal. A hipotermia é observada devido as condições ambientais que os pacientes são expostos. Caso: paciente feminina, 2 anos e 6 meses, com diagnóstico de FLP à Direita, submetida à rinolabioplastia. Tempo cirúrgico: 4h e 15min. Alerta, eupneica, apirética demais sinais estáveis. Acesso venoso periférico em MSE com SF 0,9%, aquecido. Aquecimento com colchão térmico e cobertores. Algodão laminado com atadura em MsIs. Temperatura no transoperatório (TO) manteve-se entre 36,4° e 36,8°. Na Sala de Recuperação paciente apresentava SV estáveis, Tax: 36,2°, ausência de sangramento na FO, mantinha acesso venoso periférico. **OBJETIVOS:** Implementar o DE Risco para Alteração da Temperatura Corporal e avaliar os resultados dos cuidados no TO de um paciente submetido a cirurgia de Rinolabioplastia. **MÉTODO:** Relato de experiência baseado na sistematização de assistência de enfermagem aplicada no Centro Cirúrgico Ambulatorial. **RESULTADOS:** Fatores de risco: extremos de idade, patologia de alta complexidade, imobilidade, transoperatório prolongado, exposição à variação na temperatura do ambiente. Os DE elencados foram: Risco de Lesão pelo Posicionamento Perioperatório, Integridade Tissular Prejudicada e Risco para Alteração na Temperatura Corporal. Para o DE RATC foi escolhido a intervenção da NIC: Regulação da Temperatura transoperatória com 12 atividades de cuidados. O resultado escolhido para avaliar esse DE foi sinais vitais conforme NOC. **CONCLUSÕES:** Ao término da cirurgia a paciente manteve a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais. Ao serem verificados os sinais vitais a temperatura corporal sendo utilizada como indicador permaneceu sem nenhum desvio da variação normal. A aplicação da SAE valida a prática de enfermagem e qualifica o cuidado. **DESCRITORES:** diagnóstico de enfermagem, temperatura corporal, sinais e sintomas.