

VIII Simpósio do Processo de Enfermagem

e

I Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem

8 e 9 de junho de 2017

Anais



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

*Processo de Enfermagem
Estratégia Para Resultados Seguros
Na Prática Clínica*

8 e 9 de junho de 2017

Local

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – RS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Presidente

Professora Nadine Oliveira Clausell

Vice-Presidente Médico

Professor Milton Berger

Vice-Presidente Administrativo

Jorge Bajerski

Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Professora Patrícia Ashton Prolla

Coordenadora do Grupo de Enfermagem

Professora Ninon Girardon da Rosa

Coordenador do Grupo de Ensino

Professor José Geraldo Lopes Ramos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor

Professor Rui Vicente Oppermann

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS

Diretora

Professora Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Projeto gráfico, ilustração e diagramação

Gleci Beatriz Luz Toledo

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

S612e Simpósio do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (8. : 2017 : Porto Alegre, RS)
Estratégia para resultados seguros na prática clínica; [anais] [recurso eletrônico] / 8. Simpósio do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e I Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem ; promoção e realização Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Comissão do Processo de Enfermagem; projeto gráfico, ilustração e diagramação Gleci Beatriz Luz Toledo. – Porto Alegre : HCPA, UFRGS, Escola de Enfermagem, 2017.
1 CD-ROM
Evento realizado de 08 a 09 de junho de 2017.

ISBN: 978-85-9489-070-2

1. Enfermagem – Eventos. 2. Processos de enfermagem. I. Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem (1. : 2017 : Porto Alegre, RS) II. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Comissão do Processo de Enfermagem. III. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. 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
Comissão do Processo de Enfermagem

APOIO

Conselho Regional de Enfermagem - RS
Fundação Médica do Rio Grande do Sul
Coordenadoria de Comunicação do HCPA
Seção de Organização e Execução de Eventos do HCPA



COMISSÃO ORGANIZADORA

Amália de Fátima Lucena (**Coordenadora**)

Ana Maria Kerpp Fraga

Ananda Ughini Bertoldo Pires

Betina Franco

Carla Cristina de Oliveira

Cássia da Silva Ricalcati

Cecilia Biasibetti

Denise Berto

Eneida Rabelo da Silva

Graziella Aliti

Isabel Cristina Echer

Ivana Trevisan

Juliana Elenice Pereira Mauro

Karina de Oliveira Azzolin

Leila Ambrosini

Luciana Bjorklund de Lima

Luciana Ramos Correia Pinto

Marcia Pozza Pinto

Maria do Carmo Laurent

Maria Luiza Soares Schmidt

Miriam de Abreu Almeida

Mitieli Vizcaychipi Disconzi

Rejane Reich

Sandra Maria Maciel Fialkowski

Vanessa Menegalli

Vitor Monteiro Moraes

Viviana Brixner Jost



PROGRAMAÇÃO

Dia 08/06/2017 – Quinta-feira

- 8h *Inscrições e Credenciamento*
- 8h30 **Curso 1: Processo de Enfermagem na prática clínica do HCPA – visitas às unidades com exercícios práticos**
Palestrantes e coordenação: Comissão do processo de Enfermagem do HCPA
Curso 2: Resultados da Laserterapia em pacientes com feridas crônicas*
Daiane T. Meneguzzo (Allaser – Instituto do Laser/SP) e Taline Bavaresco (UFRGS)
Coordenação: Comissão do Processo de Enfermagem
*Este curso iniciará quarta-feira, dia 07/06, às 14h.
- 12h *Intervalo*
- 14h *Abertura*
- 14h30 **Conferência Práticas avançadas em Enfermagem com uso das classificações NANDA-I, NIC e NOC**
Ana María Porcel Gálvez (Universidade de Sevilha/Espanha)
Coordenação: Amália de Fátima Lucena (HCPA/UFRGS)
- 15h30 **Mesa-redonda Processo de Enfermagem e sua interface com a gestão de indicadores clínicos**
Risco de sangramento: um diagnóstico da NANDA-I como indicador
Amália de Fátima Lucena (HCPA/UFRGS)
Quedas: um indicador de segurança a ser alcançado
Janete Urbanetto (PUC/RS)
Inventário del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de clasificación de Resultados de Enfermería – INICIARE
Ana María Porcel Gálvez (Universidade de Sevilha/Espanha)
Coordenação: Gisela Schebella Souto de Moura (UFRGS)
- 16h30 **Apresentação de pôsteres e intervalo**
Coordenação: Isabel Cristina Echer e Karina de Oliveira Azzolin (HCPA/UFRGS)
- 17h **Conferência Descomplicando o Processo de Enfermagem**
Marcelo Chanes (Marcelo Chanes Evoluindo Talentos/SP)
Coordenação: Miriam de Abreu Almeida (HCPA/ UFRGS)
- 18h *Encerramento*



Dia 09/06/2017 – Sexta-feira

- 8h30 **Mesa-redonda *Da teoria e legislação à implementação do Processo de Enfermagem na prática clínica***
Legislação e recomendações do COFen/COREn-RS para os registros de Enfermagem
Daniel Menezes de Souza (COREn-RS)
Processo de Enfermagem no HCPA: interface com a acreditação internacional
Maria do Carmo Rocha Laurent (HCPA)
Experiência da implementação do processo de Enfermagem com o *software* Tasy
Graciele Fernanda da Costa Linch (Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre)
Coordenação: Ninon Girardon da Rosa (HCPA/UFRGS)
- 9h40 **Miniconferência *Contribuições da Cipe para o Processo de Enfermagem na Atenção Primária em Saúde***
Márcia Regina Cubas (PUC/PR)
Coordenação: Iride Cristofoli Caberlon (ABen-RS)
- 10h10 ***Apresentação de pôsteres e intervalo***
Coordenação: Isabel Cristina Echer e Karina de Oliveira Azzolin (HCPA/UFRGS)
- 10h40 Mesa-redonda *Processo de Enfermagem na Atenção Primária em Saúde*
A experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
Lívia de Almeida Faller (SMS/POA)
A experiência do Grupo Hospitalar Conceição – GHC
Sandra Rejane Soares Ferreira (GHC)
A experiência da Unidade de Atenção Primária em Saúde do HCPA
Lisiane Manganeli Girardi Paskulin (HCPA/UFRGS)
Coordenação: Lisiane Andréia Devinar Périco (GHC)
- 12h *Intervalo*
- 14h **Miniconferência *Processo de Enfermagem na formação profissional: graduação, residência e mestrado profissional***
Miriam de Abreu Almeida (HCPA/UFRGS)
Coordenação: Gabriela Corrêa Souza (HCPA/UFRGS)
- 14h30 ***Estudo Clínico do Processo de Enfermagem***
Equipe multidisciplinar do Centro de Terapia Intensiva do HCPA
Coordenação: Rejane Reich (HCPA/UFRGS)
- 15h ***Sessão Coordenada de Temas Livres***
Coordenação: Betina Franco (HCPA)
- 16h *Intervalo*
- 16h30 Painel *Translação do conhecimento do PE e das classificações NANDA, NIC e NOC*
Aspectos teóricos e conceituais da translação do conhecimento
Maria da Graça de Oliveira Crossetti (UFRGS)
Translação do conhecimento de pesquisa para prática clínica
Eneida Rejane Tabela da Silva (HCPA/UFRGS)
Coordenação: Valéria Lamb Coberllini (PUC-RS)
- 17h10 **Mesa-redonda *Produção de conhecimento do Grupo de Estudo e Pesquisa do Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI) no eixo temático do Processo de Enfermagem***
Mapeamento Cruzado e Taxonomia da NANDA-I na identificação diagnóstica em terapia intensiva



Anali Martegani (Universidade Federal do Pampa)

Aplicação clínica de resultados e indicadores da NOC na avaliação de pacientes com úlcera venosa submetida à laserterapia: estudo randomizado

Taline Bavaresco (UFRGS)

Modelo de predição de risco para quedas em adultos hospitalizados

Isis Marques Severo (HCPA)

Aplicação de resultados de Enfermagem da NOC na avaliação de pacientes em processo de cessação do tabagismo

Vanessa Mantovani (UFRGS)

BNP e sua relação com o diagnóstico de volume de líquidos excessivo em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada

Melina Trojahn (UFRGS)

Implementação da NANDA-NIC-NOC no planejamento da alta hospitalar para pacientes com insuficiência cardíaca e diabetes

Priscilla Ferreira Saldanha (UFRGS)

Coordenação: Graziella Badin Aliti (UFRGS)

18h10 **Premiação de temas livres – oral e pôster**

Isabel Cristina Echer e Karina de Oliveira Azzolin (HCPA/UFRGS)

18h30 **Encerramento**

18h40 **Lançamento de livros**



APRESENTAÇÃO

A Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), composta por enfermeiras do hospital e docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tem a satisfação de promover o VIII Simpósio do Processo de Enfermagem e o I Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem, espaço consagrado à divulgação científica, reflexão e discussão da prática da enfermagem, na busca das melhores decisões e evidências do cuidado.

Neste ano, o evento tomou a dimensão internacional e para tanto, a sua temática “Processo de Enfermagem: estratégia para resultados seguros na prática clínica” considerou uma questão de âmbito mundial na qual o paciente e a sua segurança devem ser o foco principal de atenção. Nesse sentido, busca-se como o Processo de Enfermagem pode guiar ações que impliquem em resultados mais seguros ao paciente, além de contribuir para a construção do conhecimento da disciplina. O tema central terá desdobramentos em cursos, conferências, mesas redondas e painel. Para abordar esse tema contamos com a presença de colegas reconhecidos pelo seu conhecimento no cenário nacional e internacional, aos quais expressamos o nosso sincero agradecimento.

Também agradecemos aos profissionais e estudantes de enfermagem que enviaram trabalhos científicos e colaboraram para o enriquecimento do evento, apresentando resultados de sua prática e reflexão, além da presença de todos os participantes que poderão conhecer e discutir esses diferentes estudos.

É com muita satisfação que recebemos a todas(os) para compartilharem da programação do evento e confraternizarem com colegas de diversos locais do país.

Sejam muito bem vindos!

*Amália de Fátima Lucena
Coordenadora do Evento*

*Miriam de Abreu Almeida
Coordenadora da Comissão Científica*



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO ORAL

– DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES PÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO, CARDÍACO OU PULMONAR EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO.....	13
– INCIDÊNCIA DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM COM BASE NA TAXONOMIA NOC EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	13
– NOVO RESULTADO PROPOSTO PARA A NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION - NÍVEL DE COMPLICAÇÃO: ACESSO VASCULAR.....	14
– QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM ACERCA DA EDUCAÇÃO DE PACIENTES E FAMILIARES EM UM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR.....	15

POSTERS

– A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM FACILITA A ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS 2: ESTUDO DE CASO.....	16
– A AVALIAÇÃO NA INGESTA ALIMENTAR: PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	16
– A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PAUTADA PELO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	17
– A CONSULTA DE ENFERMAGEM EM RADIOTERAPIA COMO FERRAMENTA PARA A APLICABILIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	18
– A SEGURANÇA NO PROCESSO DE ENFERMAGEM: DILEMAS DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE TRANSEXUAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO.....	18
– ACOMPANHAMENTO DA EVOLUÇÃO DA DISPNEIA EM PACIENTES COM BRONCOPNEUMONIA OU DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA POR MEIO DA NOC.....	19
– ANÁLISE DO REGISTRO DAS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM AMBIENTE HOSPITALAR.....	20
– ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: UMA FERRAMENTA PARA IDENTIFICAÇÃO DE INTOXICAÇÕES POR AGROQUÍMICOS.....	20
– APLICABILIDADE CLÍNICA DOS INDICADORES DE ENFERMAGEM NO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR.....	21
– APLICABILIDADE CLÍNICA DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM NO PACIENTE EM POSIÇÃO PRONA.....	22
– APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO SETOR DE ONCOLOGIA DE UM HOSPITAL DO OESTE DE SANTA CATARINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	23
– AVALIAÇÃO DO “MOVIMENTO DE SENTADO PARA EM PÉ” DE PACIENTES APÓS ARTROPLASTIA DO QUADRIL.....	23
– AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA.....	24
– CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE CUIDADO PARA PACIENTES EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO COM BASE NOS SISTEMAS DE LINGUAGEM PADRONIZADOS– NANDAI, NIC E NOC.....	25
– CUIDADOS AO USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE AUTONEGLIGÊNCIA.....	25
– DELIRIUM E FATORES DE RISCO.....	26
– DIAGNÓSTICO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA EVITAR A QUEBRA DE VÍNCULO NA UTI NEONATAL... ..	27
– DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE CORREÇÃO DE FÍSTULA LIQUÓRICA.....	27
– DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA A PARTIR DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY.....	28
– DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA/HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA: PREVALÊNCIA E PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS.....	29
– DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL NO PERÍODO TRANSOPERATÓRIO.....	30
– DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS EVIDENTES EM PACIENTES CLÍNICOS E CIRÚRGICOS.....	30
– DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS UTILIZADOS EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS.....	31
– DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À PRESENÇA DE SONDA ENTERAL: FREQUENTES EM UMA EMERGÊNCIA?.....	32
– DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.....	33
– DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM HÉRNIA DISCAL, OBESIDADE E DEPRESSÃO.....	33



– ESCALA DE BRADEN COMO INSTRUMENTO DO ENFERMEIRO PARA AVALIAR O RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO.....	34
– EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES CIRÚRGICOS MENSURADA ATRAVÉS DA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION.....	35
– EVOLUÇÃO E ANAMNESE DE ENFERMAGEM: INDICADORES DE QUALIDADE ASSISTENCIAL.....	35
– FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A SI MESMO.....	36
– FORMAÇÃO EM SERVIÇO ACERCA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO.....	37
– IMPLANTAÇÃO DE PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E SOLICITAÇÃO PADRÃO PARA O USO DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM UM HOSPITAL PRIVADO DO SUL DO BRASIL.....	37
– IMPLANTAÇÃO DE UM GRUPO DE ESTUDO SOBRE PROCESSO DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	38
– IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEUROCIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	39
– INCIDÊNCIA DE QUEDAS E AS AÇÕES DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO BASEADO NO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	40
– INFERÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA ESTÁVEL.....	40
– INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA NA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS... ..	41
– LESÃO POR PRESSÃO: NOVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SUBMETIDO E APROVADO À NANDA INTERNATIONAL.....	42
– O CONTROLE GLICÊMICO PERPASSA PELO ENTENDIMENTO DO PROCESSO DE DOENÇA SUBSIDIADO PELO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO.....	42
– PARTICIPAÇÃO DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO MOOC ‘AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM’.....	43
– PENSAMENTO CRÍTICO HOLÍSTICO NO ENSINO DE ENFERMAGEM.....	44
– PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS SOBRE O ESTABELECIMENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS PARA PACIENTES COM PROBLEMAS ORTOPÉDICOS.....	45
– PREVALENCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RESPIRATÓRIOS EM PACIENTES ATENDIDOS PELO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA COM GATILHOS DE DISFUNÇÃO RESPIRATÓRIA.....	45
– PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM CONSULTAS DE ENFERMAGEM DE SEGUIMENTO A PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	46
– PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO AO IDOSO.....	47
– PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA: ESTUDO DE CASO.....	48
– PROCESSO DE ENFERMAGEM UMA FERRAMENTA NORTEADORA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA.....	48
– PROCESSO DE ENFERMAGEM: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO ESTAGIO SUPERVISIONADO.....	49
– PROCESSO DE ENFERMAGEM: OS DIAGNÓSTICOS PARA A SÍNDROME CORONARIANA AGUDA.....	50
– PROTAGONISMO DO PACIENTE DIABÉTICO DEVE SER SUSTENTADO PELA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO.....	50
– PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS PARA PACIENTE CRÍTICO: CONFUSÃO AGUDA RELACIONADA AO DELIRIUM.....	51
– QUALIFICAÇÃO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PELO USO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DIABÉTICO: ESTUDO DE CASO.....	52
– REFLEXÕES SOBRE OPERACIONALIZAÇÃO E APLICABILIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA GRADUAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	53
– REGISTROS DE ENFERMAGEM: RELEVÂNCIA E OBEDIÊNCIA ÀS NORMAS LEGAIS.....	53
– RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NA COMISSÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM – COPE.....	54
– RELIGIOSIDADE DADO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: DESAFIO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	55
– RESULTADOS E INDICADORES DA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO.....	55
– RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO RISCO DE SANGRAMENTO EM PACIENTE PEDIÁTRICO SUBMETIDO À BIÓPSIA HEPÁTICA.....	56
– RISCO DE QUEDA EM PACIENTE SUBMETIDO AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS.....	57
– RISCO DE SANGRAMENTO E AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	57



– SELEÇÃO DE RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA OS DIAGNÓSTICOS RISCO DE SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL E SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL.....	58
– SÍNDROME DE BURNOUT NO PROFISSIONAL ENFERMEIRO.....	59
– SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES EM UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA/HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA.....	59
– SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE PEQUENO PORTE – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	60
– SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO REFERÊNCIA DE CONTROLE E DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	61
– SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: AUDITORIA COMO ESTRATÉGIA PARA A IMPLEMENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO.....	61
– SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA.....	62
– USO DA NOC ASSOCIADO À ESCALA SACS PARA AVALIAÇÃO DE LESÕES DA PELE PERIESTOMAL.....	63
– USO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM FERIDAS TRAUMÁTICAS: ESTUDO DE CASO.....	64
– UTILIZANDO A METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO PARA O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA GRADUAÇÃO.....	64
– VALIDAÇÃO DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “CONHECIMENTO: CONTROLE DA DOENÇA CRÔNICA DA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC)” EM PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA.....	65
– VISITA DOMICILIÁRIA NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIA METODOLÓGICA PARA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS CRÍTICOS E REFLEXIVOS.....	66
PALESTRA	
– PRÁTICAS AVANÇADAS EM ENFERMAGEM COM USO DAS CLASSIFICAÇÕES NANDA-I, NIC E NOC.....	67
– RISCO DE SANGRAMENTO: UM DIAGNÓSTICO DA NANDA-I COMO INDICADOR.....	69
– A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO.....	70
– PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A EXPERIÊNCIA DO HCPA.....	73
– PROCESSO DE ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: GRADUAÇÃO, RESIDÊNCIA E MESTRADO PROFISSIONAL.....	75
– APLICAÇÃO CLÍNICA DE RESULTADOS DA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) EM PÓS OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE PULMONAR COM OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO).....	78
– MODELO DE PREDIÇÃO PARA RISCO DE QUEDAS EM ADULTOS HOSPITALIZADOS.....	79
– APLICAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM DA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATIONS NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES EM PROCESSO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO.....	81
– IMPLEMENTAÇÃO DAS TAXONOMIAS NANDA-I, NOC E NIC NO PLANEJAMENTO DE ALTA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E DIABETES MELLITUS.....	83
– PROCESSO DE ENFERMAGEM NO HCPA: INTERFACE COM A ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL.....	86
CURSO	
– PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA CLÍNICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE.....	88
– RESULTADOS DA LASERTERAPIA EM PACIENTES COM FERIDAS CRÔNICAS.....	90



APRESENTAÇÃO ORAL

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES PÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO, CARDÍACO OU PULMONAR EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Guilherme da Silva Luz, Márcio Manozzo Boniatti, Márcia Welfer
Universidade La Salle-Canoas/RS

Introdução: pacientes pós-transplantados requerem cuidados de alta complexidade. O enfermeiro tem um importante papel no cuidado, tratamento e manutenção da saúde desses pacientes, além de realizar a sistematização da assistência de enfermagem. É importante conhecer os diagnósticos de enfermagem, pois servirão como guia na realização das intervenções de enfermagem, auxiliar no planejamento de ações individualizadas aos pacientes e facilitando da continuidade da assistência. **Objetivo:** Assim, o estudo tem como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes no pós-operatório imediato de pacientes submetidos a transplante hepático, cardíaco e pulmonar internados em um CTI adulto. **Método:** pesquisa retrospectiva, quantitativa. Realizada em um hospital público e universitário da cidade de Porto Alegre/RS nos meses de maio de 2015 a abril de 2016. Foram revisados os registros de enfermagem nos prontuários dos pacientes nas primeiras 24 horas após a cirurgia. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, CAAE nº 58063316.3.0000.53273. **Resultados:** foram analisados 30 prontuários: 18 transplantes hepático, 09 transplantes cardíacos e 03 transplantes pulmonares. Sendo identificados 18 diagnósticos de enfermagem de acordo com a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), 11 diagnósticos reais e 7 de risco. Os domínios com maior prevalência neste estudo foram: domínio 2: nutrição, domínio 4: atividade e repouso, domínio 9: enfrentamento e tolerância ao estresse, domínio 11: segurança e proteção, domínio 12: conforto. Os diagnósticos de maior prevalência foram risco para infecção (100%), déficit no autocuidado para higiene íntima (90%), ventilação espontânea prejudicada e déficit no autocuidado para banho (73%). **Conclusão:** os dados encontrados possibilitam identificar as condições dos pacientes e podem contribuir para a elaboração de um plano de cuidados sistematizado direcionados aos pacientes transplantados. O diagnóstico de enfermagem proporciona ao enfermeiro um aprimoramento de seu trabalho, além de desenvolver seu raciocínio crítico e clínico. **Descritores:** Diagnóstico. Enfermagem. Transplante.

INCIDÊNCIA DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM COM BASE NA TAXONOMIA NOC EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Gabriela Vicari, Carla Argenta, Edlamar Katia Adamy, Naraiane Fermino, Kauana Caregnatto, Aline Maffissoni
Universidade do Estado de Santa Catarina

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sistematiza os cuidados e a tomada de decisão. As etapas de implementação do PE tornam-se essenciais para a conjuntura dos cuidados prestados e conta com o sistema de linguagem padronizada Nursing Outcome Classification (NOC) para o planejamento e avaliação dos resultados esperados de enfermagem. A taxonomia NOC contribui para o aprimoramento de uma linguagem comum para a avaliação dos pacientes que fundamentam decisões e avaliam a eficiência das intervenções da enfermagem. **Objetivo:** Apresentar os Resultados de Enfermagem incidentes na UTI com base na Taxonomia NOC. **Método:** pesquisa quantitativa descritiva. Integra um macro projeto de pesquisa intitulado “Processo de Enfermagem como Tecnologia do Cuidado em um dos pontos das Redes de Atenção à Saúde: instrumentalizando profissionais de enfermagem”, desenvolvido em um



hospital de referência no Oeste de Santa Catarina, Brasil. A etapa de seleção dos resultados de enfermagem por especialistas aconteceu de outubro a dezembro de 2016. Os resultados foram selecionados a partir dos diagnósticos de enfermagem e tabulados no Microsoft Excel® pelas acadêmicas bolsistas. O projeto foi aprovado pelo CEP da Universidade do Estado de Santa Catarina (parecer n. 1.836.351). **Resultados:** Foram selecionados 49 resultados de enfermagem, entre eles 39 (79,6%) estão relacionados ao Domínio 2 (Saúde Fisiológica), o que comprova a priorização, por parte dos especialistas, das necessidade de manutenção das funções fisiológicas básicas dos pacientes internados na UTI. Nos Domínios 1 (Saúde Funcional) e 5 (Saúde Percebida) foram selecionados quatro resultados para cada domínio, que corresponde a 16,2% dos resultados de enfermagem definidos para aplicação na UTI. Do Domínio 4 (Conhecimento da Saúde e Comportamento) selecionou-se dois (4%) resultados de enfermagem. Quanto ao Domínio II, destaca-se a predominância de resultados na classe E (Cardiopulmonar) com 38,9 % dos RE encontrados, seguido da classe J (Neurocognitiva) com 10,3%, e da classe F (Eliminações). **Conclusão:** A maior concentração de resultados esperados é de natureza fisiológica básica, ou seja, que correspondem aos órgãos e funções vitais para manutenção da vida. Foram elencados os resultados que correspondem e suprem, na visão dos especialistas, todos os fatores relacionados ao bem-estar geral do cliente, buscando reforçar a necessidade de um atendimento integral e humanizado. **Descritores:** Enfermagem, Processos de Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva.

NOVO RESULTADO PROPOSTO PARA A NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION - NÍVEL DE COMPLICAÇÃO: ACESSO VASCULAR

Rejane Reich, Eneida Rejane Rabelo Silva, Miriam de Abreu Almeida
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: Dados de incidência de complicações vasculares pós-procedimentos percutâneos conduzidos em centros de excelência são vastos na literatura. Contudo, a avaliação dos resultados clínicos dos pacientes após intervenções para controle das complicações ainda é incipiente na prática, com registros pouco objetivos e sistemáticos. Nesta perspectiva, a Nursing Outcomes Classification (NOC), que é uma classificação de resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, possibilita o desenvolvimento de instrumentos com indicadores clínicos passíveis de serem medidos durante a avaliação clínica que o enfermeiro realiza. Todavia, essa classificação não contempla toda a diversidade de situações enfrentadas pelos pacientes e merece ser explorada. **Objetivo:** Desenvolver um novo Resultado de Enfermagem de acordo com a NOC para avaliação das complicações no acesso vascular pós-procedimentos percutâneos em Laboratório de Hemodinâmica. **Método:** Trata-se de um estudo de Análise de Conceito proposto por Walker e Avant. Como suporte teórico para a identificação dos possíveis usos do conceito foi realizada uma Scoping Review com base na metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs. Elaborou-se estratégia de busca em três etapas, considerando o período entre julho de 2005 e 2015, nas bases de dados PubMed, CINAHL, Scopus e LILACS. Os aspectos éticos foram respeitados. Resultados: Foram incluídas 128 publicações, que permitiram mapear os diferentes contextos de estudo das complicações no local de acesso. O conceito, “complicações vasculares” em procedimentos percutâneos, pode ser entendido como um conjunto de complicações no local de acesso vascular do procedimento, que podem desenvolver-se isoladamente ou agrupadas, e apresentar diferentes níveis de gravidade. O novo Resultado foi denominado Nível de complicação: acesso vascular, composto por definição e 11 indicadores: Dor no local de acesso; Equimose no local de acesso; Fístula arteriovenosa no local de acesso; Hematoma no local de acesso; Hematoma retroperitoneal; Infecção no local de acesso; Isquemia do membro ipsilateral; Oclusão arterial no local de acesso; Pseudoaneurisma no local de acesso; Sangramento no local de acesso; e Síndrome



compartimental no membro ipsilateral. **Conclusão:** O Resultado poderá contribuir para uma avaliação mais acurada no cenário dos procedimentos percutâneos, com indicadores mais específicos e padronizados para avaliação das complicações no acesso vascular do procedimento. **Descritores:** Processos de enfermagem. Avaliação de resultados (cuidados de saúde). Assistência ao paciente.

QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM ACERCA DA EDUCAÇÃO DE PACIENTES E FAMILIARES EM UM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Aline Tsuma Gaedke Nomura, Marcos da Silva Barragan, Lisiane Pruinelli, Amália de Fátima Lucena, Miriam de Abreu Almeida
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: Sistemas informatizados não garantem completude/qualidade de registros, necessitando de avaliações e aperfeiçoamento sistemático. Parte dos itens avaliados pela Joint Commission International (JCI) diz respeito à educação do paciente/família e à avaliação sobre a compreensão da informação recebida, visto que sua participação no tratamento auxilia no melhor cuidado e na tomada de decisões. **Objetivos:** Avaliar a qualidade dos registros de enfermagem acerca da educação do paciente/família em dois momentos distintos, antes e após o preparo para a Acreditação Hospitalar (AH). **Método:** Estudo observacional de intervenções, quantitativo, retrospectivo, realizado em hospital universitário do sul do Brasil. A Intervenção consistiu em ações educativas realizadas pela enfermagem durante o período de preparo para a AH. Foram avaliados registros de enfermagem dos Serviços de Enfermagem Clínica e Cirúrgica, no período anterior e posterior ao preparo para a AH. Incluiu-se prontuários de pacientes internados por pelo menos quatro dias em uma mesma unidade, totalizando 224 prontuários. Não foram previstos critérios de exclusão. Nessa avaliação considerou-se os seguintes critérios: (1) Educação de gerenciamento da dor, controle de infecção e risco de quedas; (2) Avaliação das linhas de cuidado (uso de medicamentos especiais, situações de transplante e vulnerabilidade, portadores de doenças crônico-evolutivas e infectocontagiosas, dependentes funcionais) e (3) Compreensão da educação fornecida. Dados analisados com estatística descritiva. Projeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (130389). **Resultados:** Evidenciou-se melhora significativa da qualidade dos registros de enfermagem ($p < 0,001$). No critério (1), dos 112 prontuários avaliados em 2009, 95,5% não continham esses registros, enquanto em 2013, houve completude em 90,2% deles. No critério (2), dos 48 prontuários em 2009 que se enquadravam em uma dessas linhas, somente dois prontuários tiveram o registros completos. Já em 2009, dos 59 prontuários, 25 tiveram essa necessidade identificada e foram educados quanto a ela. Quanto ao critério (3), 99,1% dos prontuários em 2009 não continham esse registro, enquanto em 2013, os registros em conformidade para esse item foi de 92,1% dos prontuários avaliados. **Conclusão:** As atividades educativas auxiliam na mudança de cultura de pacientes/família e profissionais, favorecendo o reconhecimento do campo de estudo pela JCI. **Descritores:** Educação continuada. Registros de Enfermagem. Auditoria de Enfermagem.



APRESENTAÇÃO DE POSTER

A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM FACILITA A ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS 2: ESTUDO DE CASO

Thaís Fernanda Escher, Taline Bavaresco
Universidade de Caxias do Sul/RS

Introdução: A adesão e aceitação da doença crônica, em especial do Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), acontece quando o paciente conhece sua doença, supera seus medos e suas limitações. Porém a sobrecarga física e emocional prejudica o seguimento eficaz do tratamento e prevenção de complicações. Para atuar neste cenário o enfermeiro pode utilizar o processo de enfermagem e qualificá-lo com o uso dos sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (DE) da NANDA-I, dos resultados da Nursing Outcomes Classification (NOC) e intervenções de enfermagem da Nursing Intervention Classification (NIC). **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente com DM2 durante consulta de enfermagem (CE). **Método:** Estudo de caso realizado entre março e abril de 2017 em um ambulatório de Danos crônicos. **Resultados:** Paciente feminina, 63 anos, branca, DM2 há 14 anos e sedentária. Faz uso de Metformina, Enalapril, Omeprazol, Sinvastatina, AAS, antidepressivo e Insulina NPH 30UI à noite e Regular, conforme HGT, antes das refeições. Refere sobrecarga doméstica, tristeza, medo e impossibilidade emocional em realizar a auto-aplicação da insulina. Necessita, portanto, dos seus familiares, o que contribui para seu quadro de estresse e não seguimento do tratamento, com aplicações descontinuadas, não verificação de HGT constante e por esse motivo não segue o intervalo entre a aplicação da insulina com a refeição. O DE escolhido foi Rico de Glicemia instável relacionado a estresse excessivo, alteração no estado mental, conhecimento insuficiente do controle da doença, controle ineficaz de medicamentos e falta de adesão ao plano de controle do diabetes. Para o tratamento deste diagnóstico foi elencada a intervenção NIC: Controle da hiperglicemia com atividades específicas para o manejo do tratamento e preconizou-se o resultado NOC: Nível de Glicose no sangue. Foram realizadas duas CE e se observou melhora no diário de HGT, inclusão de caminhada regular em sua rotina diária, respeito do tempo de 30min entre a aplicação e a ingesta alimentar e, ainda, iniciativa da paciente nas suas autoaplicações, almejando a independência de seu tratamento e superação do medo, após prescrição de enfermagem. **Conclusão:** O adequado controle do nível glicêmico e manejo dos fatores pessoais e sociais são essenciais no processo de mudança ao portador de DM2, adesão ao tratamento e na prevenção das complicações, em especial, as crônicas. **Descritores:** Doença Crônica; Processos de Enfermagem; Diabetes mellitus dependente de insulina.

A AVALIAÇÃO NA INGESTA ALIMENTAR: PROCESSO DE ENFERMAGEM

Barbara Amaral Da Silva, Bárbara Elis Dal Soler, Gabriele Peres, Franciele Anziliero, Mariur Gomes Beghetto
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A baixa aceitação da dieta durante a hospitalização relaciona-se a piores desfechos clínicos. É fundamental que o enfermeiro monitore a ingestão e que implemente cuidados para otimizá-la. **Objetivos:** Conhecer os Diagnósticos de Enfermagem (DE) e cuidados prescritos relacionados à aceitação alimentar por via oral (VO). **Método:** Foi acompanhada uma coorte de adultos admitidos para submeter-se a cirurgia em um hospital universitário do sul do Brasil, em uso exclusivo de dieta por via oral. Diariamente, foi medida a ingestão alimentar e revisar os registros de enfermagem (evoluções, diagnósticos e prescrições). De acordo com a proporção, a



foi classificada como: “boa aceitação” (ingestão $\geq 75\%$ das calorias totais prescritas/24h), “regular aceitação” (50 a 74,9%), “pouca aceitação” ($< 50\%$) e NPO (nada por via oral). A Proporção de dias em que houve diagnóstico e prescrição de cuidados, assim como a descrição dos DEs e cuidados mais frequentes foi identificada. O estudo foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Protocolo do projeto no 11-0307). **Resultados:** Foram avaliados 3.259 pacientes/dia. Houve pelo menos um DE em 277 (8,5%); a maior parte dos DEs ocorreu naqueles pacientes com “boa aceitação” (n=103), seguidos de “aceitação “regular” (n=52), “pouca aceitação” (n=45) e em NPO (n=77). Embora mais DEs tenham sido prescritos para pacientes com “boa aceitação” alimentar, os diagnósticos mais frequentes foram “Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais” (58,3%) e “Deglutição prejudicada” (34,5%), enquanto o menos frequente foi “Déficit no autocuidado: alimentação” (1,7%). Foi pouco frequente a prescrição de cuidados relacionados à nutrição (n=316; 9,7%). Igualmente, foram mais frequentes nos pacientes cuja aceitação foi considerada “boa” (n=116). Os cuidados mais prescritos foram: “Comunicar aceitação da dieta” (15,5%) e “Observar aceitação da dieta” (24,1%). **Conclusão:** A baixa aceitação da dieta por via oral é frequente em adultos admitidos para cirurgia. No entanto, os diagnósticos relacionados e os cuidados de enfermagem ainda são poucas implementados. **Descritores:** Ingestão alimentar, Registros de enfermagem, cuidados de enfermagem.

A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PAUTADA PELO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Edlamar Kátia Adamy, Miriam de Abreu Almeida, Denise Antunes de Azambuja Zocche
Universidade do Estado de Santa Catarina

Introdução: Os seres humanos agem em relação ao mundo fundamentando-se nos significados que estes lhe oferecem. Neste sentido, a identidade pós-moderna é formada e transformada continuamente e os sujeitos vão assumindo identidades diferentes em diferentes momentos. Identidades são frutos da construção social, na qual são construídas, e não dadas e acabadas. Neste sentido, as identidades nos ajudam a compreender o nosso eu, a nossa subjetividade que envolve a psique humana, dando sentido aos processos de viver. **Objetivo:** Compreender o significado do PE para a construção identitária dos profissionais de enfermagem. **Método:** Pesquisa qualitativa, sob orientação metodológica da Teoria Fundamentada em Dados (TFD) construtivista, constituída por um grupo misto de 12 sujeitos. O estudo foi desenvolvido em um hospital ensino de referência no sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu de novembro de 2015 a fevereiro de 2016, por meio de entrevista intensiva, analisados mediante codificação da TFD e utilizando-se do software NVivo®. O projeto foi aprovado pelo CEP do HCPA (n. 1.283.695). **Resultados:** o PE auxiliou os profissionais de enfermagem a transformarem as práticas do cuidado. Este movimento fomentou a produção de múltiplas identidades profissionais e contribuiu para a construção da identidade institucional do hospital, reconhecido em um cenário nacional e internacional, pelo uso do PE e suas interfaces com a qualificação da assistência prestada. Esses movimentos, além de produzirem identidades, determinaram relações de poder que contribuíram para o desenvolvimento da autonomia desta categoria profissional. Esse processo de construção identitária foi sendo alimentado pela interação e inter-relação entre a Escola de Enfermagem e o hospital, envolvendo ensino, serviço e gestão e, de forma incipiente, o controle social. Os dados revelam que os profissionais de enfermagem que atuam no hospital possuem um sentimento de pertencimento em relação ao PE, expresso no reconhecimento de sua participação na história da construção e moldagem do PE e representado pela imagem social do modelo de cuidado no Brasil. **Conclusão:** as múltiplas identidades, individual, coletiva e institucionalizada, são fomentadas por movimentos de construção, desconstrução e reconstrução que proporcionou a criação de uma



cultura de valorização do PE como método de trabalho, ou seja, o PE teve papel decisivo na construção da identidade da enfermagem do hospital e dos profissionais enfermeiros. **Descritores:** Enfermagem, Processos de Enfermagem, Profissão.

A CONSULTA DE ENFERMAGEM EM RADIOTERAPIA COMO FERRAMENTA PARA A APLICABILIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Naraiane Fermino, Gabriela Vicari, Camila Marcon, Carla Argenta, Edlamar Katia Adamy, Luciana Valles Vieira

Universidade do Estado de Santa Catarina

Introdução: A radioterapia (RT) apresenta-se como uma das modalidades de tratamento para pacientes com diagnóstico de câncer. Caracteriza-se pela utilização de radiação ionizante, com objetivo de diminuir ou eliminar células cancerígenas, sendo realizado na maioria das vezes ambulatorialmente. Este cenário se amplia à enfermagem para que protagonize a oferta do cuidado utilizando como instrumento, o processo de enfermagem (PE). Este, propõe etapas interligadas amparado pelo Conselho Federal de Enfermagem. O PE pode ser utilizado na prática clínica e a consulta de enfermagem (CE) desponta como uma ferramenta bastante eficiente.

Objetivo: Relatar a experiência na construção de um instrumento de CE, em um setor de RT.

Método: Relato de experiência, realizado pelas vivências de enfermeiras, estudantes e professoras do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), inseridas no programa de iniciação científica com o projeto: “Processo de enfermagem como tecnologia do cuidado: instrumentalizando profissionais de enfermagem” aprovado no Comitê de Ética em pesquisa/UDESC conforme parecer 1.836.351. Nas atividades, estudantes, professores e enfermeiras elaboraram um instrumento para CE contendo o histórico de enfermagem, a pré seleção de diagnósticos, intervenções e resultados, a partir da consulta na NANDA Internacional, Nursing Outcomes Classification e Nursing Interventions Classification, **Resultados:** O instrumento para CE foi elaborado levando em consideração as características clínicas dos pacientes atendidos na RT. Anteriormente, as enfermeiras realizavam consultas e orientações de forma não padronizada, o que dificultava o processo de comunicação e avaliação dos resultados sensíveis às intervenções. Com o instrumento inserido na prática clínica se pode observar que a assistência de enfermagem tem sido mais organizada e o planejamento das intervenções focadas nas reais necessidades de cada paciente. Enfermeiros e técnicos de enfermagem obtiveram maior domínio sobre o estado clínico dos pacientes além de acompanhar sua evolução clínica. Assim, a enfermeira atraiu destaque no processo do cuidado, além do ganho da confiabilidade da equipe multiprofissional. **Conclusão:** O instrumento de CE elaborado facilitou a implantação do PE no setor de RT. A prática da CE agregou crescimento profissional e pessoal aos profissionais de enfermagem, valor às dinâmicas do setor, além do cuidado de qualidade ofertado aos pacientes.

Descritores: Segurança do Paciente; Disforia de Gênero; Enfermagem.

A SEGURANÇA NO PROCESSO DE ENFERMAGEM: DILEMAS DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE TRANSEXUAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

Márcia Ivani Brambila, Mara Regina Ferreira Gouvea, Claudenilson Régis, Maria Inês Rodrigues Lobato, Angelo Brandelli da Costa, Mariana Sbeghen Menegatti

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A identificação pelo nome social de pessoas transexuais em todos os documentos legais dos usuários do Serviço Único de Saúde (SUS) é assegurado desde a publicação da carta de



direitos dos usuários do SUS. Entretanto, na prática hospitalar, no desenvolvimento do processo de enfermagem, a orientação vigente para identificar o paciente é a de utilizar, desde a abertura do prontuário, o nome de registro civil. **Objetivo:** Relatar as dificuldades na assistência de enfermagem à saúde de transexuais no atendimento hospitalar e que ainda não oficializaram o registro do nome social. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de equipe assistencial no qual são descritos aspectos relacionados à identificação e segurança de pacientes transexuais atendidos no ambiente hospitalar. **Resultados:** Pessoas transexuais internadas são identificadas por seus nomes civis para fins de procedimentos, exames e medicações, de acordo com a pulseira de identificação, no entanto, são designadas por seu nome social no momento da assistência, podendo gerar riscos e constrangimentos para o usuário. **Conclusão:** Observa-se que há inconformidade entre o protocolo seguido para identificação dos usuários, no sentido de manter a segurança do paciente, e a garantia do direito da utilização do nome social pelas pessoas transexuais, conduzindo os profissionais e usuários a situações de iminentes riscos de erros na assistência. As questões apresentadas sugerem o desenvolvimento de identificadores específicos a fim de proteger os pacientes de situações de risco e constrangimento preservando o direito ao uso do nome social pelo transexual. **Descritores:** Segurança do Paciente; Disforia de Gênero; Enfermagem.

ACOMPANHAMENTO DA EVOLUÇÃO DA DISPNEIA EM PACIENTES COM BRONCOPNEUMONIA OU DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA POR MEIO DA NOC

Manoela Schmarczek Figueiredo, Bruna Engelman, Mariana Palma da Silva, Bruna Paulsen Panato, Marcos Barragan da Silva, Miriam de Abreu Almeida
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: Os pacientes com doenças respiratórias, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e a Broncopneumonia (BCP) sofrem com dispneia, e muitos necessitam de oxigenoterapia domiciliar e acabam por ter mais internações hospitalares. A avaliação desses pacientes é imprescindível para o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem acurados e seleção de intervenções apropriadas visando a estabilidade do seu quadro clínico. Na presença do diagnóstico Padrão respiratório ineficaz, a Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC possibilita que essa avaliação inicial e ao longo de um continuum de tempo seja realizada por meio de indicadores clínicos do (0415) Estado respiratório. **Objetivo:** Acompanhar a evolução da dispneia em pacientes com BCP ou DPOC empregando a NOC. **Método:** Estudo longitudinal, realizado em um hospital universitário de outubro de 2015 a janeiro de 2016. Os participantes do estudo foram pacientes portadores de DPOC ou BCP, idade ≥ 18 anos; internados por, no mínimo, três dias. O instrumento de coleta de dados continha o indicador Dispneia, pertencente ao Resultado de Enfermagem NOC Estado Respiratório, seguido de sua definição conceitual e operacional. Os pacientes foram avaliados diariamente, durante 3 a 4 dias, aplicando-se escala Likert de cinco pontos que variava de 1- Grave a 5 - Nenhuma. Utilizou-se o modelo de Equações de Estimativas Generalizadas para comparar os indicadores entre os dias. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o número 11-0601. **Resultados:** Durante quatro dias consecutivos avaliaram-se 23 pacientes, sendo predominantemente do sexo feminino 15 (65,2%), brancos 19 (82,6%), com idade média de 64 ($\pm 7,40$) anos. As médias dos escores da NOC entre os dias de acompanhamento foram 1º dia 3,32 ($\pm 0,25$), 2º dia 3,49 ($\pm 0,26$), 3º dia 3,32 ($\pm 0,24$) e 4º dia 3,60 ($\pm 0,28$), respectivamente. O indicador clínico Dispneia apresentou mudança significativa nos escores NOC ($p=0,017$), quando comparadas as médias entre o terceiro e quarto dia de acompanhamento. **Conclusão:** Os pacientes tiveram melhora da dispneia ao longo dos dias de internação evidenciada pela mensuração dos indicadores da NOC. Estudos que avaliem a



efetividade das intervenções de enfermagem na melhora da dispneia deste perfil de pacientes são notadamente relevantes. **Descritores:** DPOC e BCP, avaliação dos resultados, padrão respiratório.

ANÁLISE DO REGISTRO DAS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM AMBIENTE HOSPITALAR

Fabiano De Faveri, Letícia Jéssica Trindade Garcia
Centro Universitário da Serra Gaúcha

Introdução: O processo de enfermagem é importante, pois possibilita ao enfermeiro segurança no planejamento, execução e avaliação das intervenções padronizadas que otimizam o processo de trabalho. **Objetivo:** o objetivo foi analisar como são realizados os registros das etapas do Processo de Enfermagem, em pacientes hospitalizados. **Método:** trata-se de um estudo descritivo com uma abordagem quantitativa. A investigação foi desenvolvida em hospital privado da cidade de Caxias do Sul, sendo a coleta de dados realizada com a utilização de um roteiro. A amostra foi composta por 256 prontuários de pacientes. Os dados foram analisados com o uso da estatística descritiva. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG, segundo o nº CAAE: 58150516.2.0000.5668. **Resultados:** os registros das etapas do processo de enfermagem, de um modo geral, se mostraram satisfatórios, registrados continuamente, todavia com existência de falhas. Observou-se que dos 256 prontuários analisados nenhum evidenciava o registro do exame físico, na etapa histórico de enfermagem. Apenas 1,2% dos prontuários analisados possuíam o diagnóstico de enfermagem descrito de forma completa, com título, fatores relacionados e características definidoras. Somente 32,8% dos prontuários possuíam prescrições de enfermagem que se relacionavam com o diagnóstico de enfermagem. Não foi evidenciado o registro das intervenções e os resultados a serem atingidos no paciente e 8,6 % das prescrições de enfermagem não possuíam os horários checados. **Considerações finais:** o enfermeiro deve realizar o processo de enfermagem com todas as etapas e registrar de forma correta, para garantia de uma melhor assistência ao paciente. As instituições devem capacitar e incentivar os enfermeiros quanto ao uso do processo de enfermagem, dando a oportunidade e a devida ênfase neste tema que é tão importante para a profissão, auxiliando na construção de uma melhor identidade. **Descritores:** Processos de Enfermagem, Registros de Enfermagem, Enfermagem.

ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: UMA FERRAMENTA PARA IDENTIFICAÇÃO DE INTOXICAÇÕES POR AGROQUÍMICOS

Débora Nunes Pinto, Nilva Lúcia Rech Stedile, Tatiane Rech
Universidade de Caxias do Sul

Introdução: Os agroquímicos são usados para controle de pragas nas plantações. Nos últimos anos o uso no Brasil cresceu e o caracterizou como o maior consumidor mundial desses insumos, com decorrente aumento do risco de intoxicação de agricultores, moradores circunvizinhos ou consumidores. As intoxicações podem ser crônicas, agudas (sintomas aparecem até 24 horas depois da exposição) e subagudas (sintomas aparecem de três semanas a três meses). Os sintomas agudos mais comuns são cefaleia, tontura/vertigem, hipersecreção, irritação conjuntival, prurido, náuseas e vômitos. O diagnóstico clínico dessas intoxicações são difíceis, pois profissionais e serviços de saúde apresentam dificuldades para identificá-las e notificá-las, o que torna a subnotificação um problema para a área da saúde. Os profissionais de enfermagem podem diagnosticar essas intoxicações, utilizando NANDA 2015-2017. **Objetivo:** Identificar e analisar os



possíveis Diagnósticos de Enfermagem (DE) presentes na NANDA 2015-2017, que podem ser utilizados em casos de intoxicações por agrotóxicos. **Método:** Este estudo é parte do projeto “Relações entre agrotóxicos e saúde de agricultores: uma análise a partir de variáveis ambientais e epidemiológicas”, aprovado no CEP/UCS. Consiste em um estudo documental, onde foram levantados e analisados os possíveis DE segundo NANDA 2015-2017, que podem ser usados em casos de intoxicações por agrotóxicos. **Resultados:** Foram identificados três DE: contaminação; risco de contaminação; risco de envenenamento. O DE de contaminação possui como fatores relacionados com o uso de agrotóxicos: ingestão de material contaminado; uso e roupas protetoras inadequadas; exposição concomitante e exposições anteriores a contaminantes. As características definidoras são os efeitos dermatológicos, gastrointestinais, neurológicos, pulmonares e renais à pesticidas. Para o DE de Risco de contaminação, os fatores relacionados são o uso inadequado de roupas para proteção e contaminação química da água e de alimentos e está fortemente relacionado com o intenso uso de agrotóxicos nas lavouras. Para o DE de Risco de envenenamento o fator externo foi acesso a produto perigoso, internos com precauções inadequadas contra envenenamento e conhecimento insuficiente sobre prevenção de envenenamento. **Conclusões:** Os DE presentes em NANDA 2015-2017 possibilitam o diagnóstico das intoxicações por agrotóxicos e dos riscos, permitindo ao profissional identificar casos e colaborar na redução da subnotificação. **Descritores:** Agroquímicos; Diagnóstico de Enfermagem; Envenenamento.

APLICABILIDADE CLÍNICA DOS INDICADORES DE ENFERMAGEM NO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Taciana de Castilhos Cavalcanti, Tatiana Pilger, Deise Maria Bassegio, Silvia Daniela Minossi, Luciana Ramos Corrêa Pinto, Michele Elisa Weschenfelder Hervé
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: O paciente em pós-operatório imediato (POI) de cirurgia cardiovascular (CCV) requer acompanhamento rigoroso da evolução do seu quadro de saúde, com foco nas potenciais complicações, como hemorragia, arritmias e insuficiência respiratória. Nesse contexto, a utilização de uma linguagem padronizada, com indicadores bem definidos para mensurar os resultados alcançados, permite ao enfermeiro a detecção precoce de alterações e melhor monitoramento da efetividade das intervenções. O uso dos Resultados de Enfermagem (RE) segundo a Nursing Outcomes Classification (NOC) ainda representa uma lacuna do processo de enfermagem na instituição do estudo. **Objetivo:** Testar a aplicabilidade dos resultados de enfermagem NOC e seus indicadores associados ao Diagnóstico de Enfermagem Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída em um paciente em POI de CCV. **Método:** Estudo de caso com paciente em POI de CCV. Foi construído um instrumento contendo os RE eficácia da bomba cardíaca e estado respiratório: troca gasosa, com dezenove indicadores clínicos e suas respectivas definições conceituais, avaliados através de escala Likert em que: (1) representa desvio grave da variação normal e (5) sem desvio da variação normal. A avaliação foi realizada em quatro momentos: no POI, após 24, 48 e 72 horas respectivamente. **Resultados:** Paciente feminina, 66 anos, submetida à troca valvar mitral, história prévia de hipertensão arterial sistêmica, lúpus eritematoso sistêmico, anemia hemolítica, fibrilação atrial e estenose mitral. Dos dezenove indicadores avaliados, onze permaneceram como aplicáveis. Os demais foram excluídos por não apresentarem relevância clínica para a paciente ou necessitarem de exames laboratoriais não coletados durante o estudo. O indicador dor não sofreu alteração ao longo das quatro avaliações. Os indicadores frequência cardíaca, arritmia e pulsos periféricos mantiveram-se instáveis em todas avaliações. Os demais indicadores apresentaram pequenas variações dentro da escala likert, observando-se discreta



piora nas primeiras avaliações. Foram implementadas intervenções que levaram à sua recuperação sem desvio da variação normal nas últimas avaliações. **Conclusão:** Após a exclusão de alguns indicadores, constatou-se que a utilização dos RE e indicadores eleitos na avaliação e acompanhamento do paciente em POI de CCV é uma ferramenta aplicável na prática assistencial que aprimora a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem, Processos de Enfermagem, Procedimentos Cirúrgicos Cardiovasculares.

APLICABILIDADE CLÍNICA DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM NO PACIENTE EM POSIÇÃO PRONA

Luciana Ramos Correa Pinto, Silvia Daniela Minossi, Marcele Chisté, Michele Elisa Weschenfelder, Isis Marques Severo, Amália de Fátima Lucena
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A posição prona é uma terapêutica utilizada em pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), tendo como complicação recorrente a lesão por pressão (LP). O Diagnóstico de Enfermagem (DE) Risco de lesão por pressão é frequentemente utilizado na prática clínica relacionado à imobilidade característica dessa posição. O reconhecimento dos DE prioritários e dos resultados da Nursing Outcomes Classification (NOC) fornece evidências e direciona a assistência para elaboração de plano de cuidado individualizado com base na Nursing Intervention Classification (NIC). Assim, a avaliação da pele por meio de resultados e indicadores da NOC é essencial. **Objetivo:** Testar a aplicabilidade dos resultados de enfermagem NOC e seus indicadores associados ao DE Risco de lesão por pressão em paciente em posição prona. **Método:** Estudo de caso com um paciente crítico em posição prona com o DE Risco de LP. Construído instrumento contendo o resultado de enfermagem Integridade Tissular: pele e mucosa, com seis indicadores clínicos: eritema, hidratação, integridade da pele, perfusão tissular, necrose e espessura da ferida. Esses dois últimos excluiu-se da análise por não apresentarem relevância clínica para o paciente estudado. Os indicadores foram avaliados através de uma escala Likert: (1) representa dano grave e (5) nenhum dano. Para cada indicador foi realizada a definição operacional nos cinco níveis da escala Likert. Realizou-se avaliações em cinco momentos: uma hora antes da manobra, na sexta e décima segunda hora em prona, logo após retornar para posição supina e quatro horas após supinar. Resultados: Paciente masculino, vinte e dois anos, com Insuficiência Respiratória Aguda, evoluiu com SDRA e choque séptico. O indicador eritema não apresentou variação nas avaliações, mantendo ausência de eritema (likert 5). Perfusão tissular apresentou dano grave (likert 1) em todas as avaliações. Hidratação evoluiu de ausência de dano (likert 5) na primeira avaliação para descamação furfurácea (likert 4) na quinta avaliação. Integridade de pele evoluiu de ausência de dano (likert 5) na primeira avaliação para isquemia (likert 2) na quarta e na quinta avaliação. **Conclusão:** Os quatro indicadores estudados se mostraram aplicáveis para a avaliação e acompanhamento da pele e dos fatores de risco para LP do paciente em prona. A utilização dos resultados e indicadores mostrou-se uma ferramenta acurada na prática assistencial, aprimorando a qualidade do cuidado. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem, Processos de Enfermagem, Úlcera por pressão.



APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO SETOR DE ONCOLOGIA DE UM HOSPITAL DO OESTE DE SANTA CATARINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Naraiane Fermino, Fabiane Pertille.

Universidade do Estado de Santa Catarina

Introdução: A área da oncologia prospera em técnicas diagnósticas e terapêuticas, possibilitando maior sobrevida aos pacientes com câncer. A enfermagem nesse contexto atua protagonizando cuidado através do uso de instrumentos como o processo de enfermagem (PE), que se configura como uma importante ferramenta para a elaboração do plano de ações e cuidados de enfermagem a partir das necessidades do paciente. Na formação acadêmica, a utilização do PE permite ao discente, a contextualização da prática profissional de forma a organizar e gerenciar o cuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma acadêmica de enfermagem, descrevendo fragilidades e potencialidades na aplicação do processo de enfermagem em uma unidade de tratamento oncológico de um Hospital do Oeste Catarinense. **Método:** Relato de experiência, realizado a partir da vivência de uma acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) quando da realização do Estágio Curricular Supervisionado I, no setor de oncologia de um hospital do Oeste do Estado de Santa Catarina, no período de fevereiro a abril de 2017. O modelo do PE utilizado segue as premissas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), complementado a partir do uso da taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (Nanda) das prescrições de enfermagem guiadas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e, pela Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). **Resultados:** No período de desenvolvimento do estágio foram realizados 22 PE. Como fragilidades encontradas cita-se o fato do PE não estar implantado no setor, a multiplicidade de tarefas assumidas pela equipe aliada a déficits no dimensionamento que geram dificuldades para a realização do PE. Como potencialidades, nota-se que o manuseio do PE pelo discente em processo de formação, é uma forte potencialidade e proporciona uma visão quanto à melhoria das suas atividades como gestor do cuidado, além de desenvolver habilidades e competências para o pensamento clínico necessário para as ações efetivas do cuidado. **Conclusão:** Com a utilização do PE na práxis acadêmica percebe-se a consolidação das ações e condutas da enfermagem com ganhos de qualidade na assistência ofertada ao paciente, além do fortalecimento do raciocínio clínico perante a singularidade de cada paciente, e a necessidade de implantação do PE nos espaços de prestação do cuidado. **Descritores:** enfermagem oncológica; educação em enfermagem.

AVALIAÇÃO DO “MOVIMENTO DE SENTADO PARA EM PÉ” DE PACIENTES APÓS ARTROPLASTIA DO QUADRIL

Manoela Schmarczek Figueiredo, Mariana Palma da Silva, Bruna Engelman, Marcos Barragan da Silva, Siméia Corrêa de Matos, Miriam de Abreu Almeida

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: A Artroplastia do Quadril é uma cirurgia de substituição da articulação por uma prótese, podendo ser total, parcial ou de revisão. A avaliação dos movimentos do paciente é fundamental para elaborar a prescrição de enfermagem contendo cuidados a serem realizados em função da sua mobilidade reduzida. A Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC possibilita que essa avaliação seja realizada por meio de indicadores clínicos. **Objetivo:** Avaliar o movimento de sentado para em pé de pacientes após artroplastia do quadril. **Método:** Estudo longitudinal, realizado em um hospital universitário, de março a dezembro de 2016. Os participantes do estudo foram pacientes submetidos à artroplastia do quadril, de ambos os sexos; idade ≥ 18 anos;



internados por, no mínimo, três dias. O instrumento de coleta de dados continha o indicador (020304) Movimento de sentado para em pé, do Resultado (0208) Posicionamento do corpo: autoiniciado da NOC, seguido de sua definição conceitual e operacional, elaborados pelos pesquisadores a partir da literatura científica e da experiência clínica. Os pacientes foram avaliados diariamente, durante 3 a 4 dias, aplicando-se escala Likert de cinco pontos que variava de (1) Gravemente comprometido a (5) Não comprometido. Utilizou-se o Teste T student para comparar as médias da primeira e última avaliação. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (160118). **Resultados:** Foram incluídos 85 pacientes, predominantemente do sexo feminino (58%), com idade média de 64 ($\pm 13,5$) anos. O indicador clínico Movimento de Sentado para em pé apresentou mudança significativa nos escores ($p < 0,001$), quando comparadas a primeira à última avaliação. As médias variaram de 2,46 ($\pm 0,16$) a 4,59 ($\pm 0,11$). **Conclusão:** O paciente conseguiu realizar o movimento de sentado para em pé progressivamente durante o período de internação hospitalar. Esse movimento é auxiliado pelo fisioterapeuta, uma vez ao dia, e pela enfermagem durante as 24 horas. Esta mudança de posição pode repercutir na qualidade da assistência, bem como na redução do tempo de permanência hospitalar. **Descritores:** prótese de quadril; avaliação de resultados; enfermagem ortopédica.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA

Ananda Ughini Bertoldo Pires, Betina Franco, Amália de Fátima Lucena, Vítor Monteiro Moraes, Juliana Elenice Pereira Mauro, Maria do Carmo Rocha Laurent
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: Entre as diferentes estratégias educativas para aprimoramento e desenvolvimento do Processo de Enfermagem na prática clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e atentando às recomendações da Joint Commission International (JCI) e ao que preconiza a Resolução 358/2009 do COFEN, a Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) desenvolveu em 2016, o Plano de Avaliação Qualitativa dos Registros de Enfermagem visando qualificar os registros de enfermagem e aprimorar a qualidade da assistência e a segurança do paciente. **Objetivo:** Avaliar qualitativamente os registros de enfermagem de pacientes adultos internados em unidades de internação clínica, cirúrgica e de cuidados intensivos. **Método:** Estudo de avaliação de resultados, realizado em hospital universitário baseado no plano institucional de avaliação qualitativa dos registros de enfermagem. Os dados foram coletados no período de maio e dezembro de 2016. Amostra aleatória, constituída por 263 prontuários de pacientes adultos atendidos em unidade de internação clínica, cirúrgica e de cuidados intensivos. Foi analisado os registros da anamnese de enfermagem quanto à avaliação da dor incluindo a característica, localização e intensidade nos itens subjetivo, objetivo e história de dor; e os indicadores de qualidade assistencial, escalas de braden e morse. Os dados foram coletados por meio de um instrumento próprio que continha os itens "conforme" e "não conforme". A não conformidade é caracterizada pela não descrição de acordo com o preconizado nas políticas e planos institucionais ou ainda pela falta de registro, acrescido de justificativa. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (n° 100505). **Resultados:** Foram avaliados um total de 263 prontuários. O item Escala de Braden apresentou conformidade em 97,7% dos prontuários avaliados, o item Escala de Morse apresentou conformidade em 97,3%. A avaliação da dor apresentou conformidade em 72,6%. **Conclusões:** Os resultados demonstraram a qualidade dos registros e a segurança da assistência prestada, uma vez que os indicadores de qualidade assistencial avaliados atingiram alto grau de conformidade. Todavia, a avaliação da dor e o registro sistemático demonstram a necessidade de maior aprimoramento e a necessidade de um plano de educação focado na importância da



avaliação e gerenciamento da dor aos pacientes clínicos, cirúrgicos e de cuidados intensivos.

Descritores: Processo de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Registros de Enfermagem.

CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE CUIDADO PARA PACIENTES EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO COM BASE NOS SISTEMAS DE LINGUAGEM PADRONIZADOS– NANDAI, NIC E NOC

Gabriela Vicari, Carla Argenta, Edlamar Katia Adamy, Patricia Poltronieri, Kauana Caregnatto, Luciana Vales Vieira

Universidade do Estado de Santa Catarina

Introdução: A radioterapia representa um tratamento eficaz contra o câncer e tem por objetivo eliminar células tumorais. O cuidado ao cliente em tratamento oncológico é complexo em função de algumas características peculiares do adoecimento, bem como de seu tratamento, o que requer do enfermeiro habilidades específicas. Neste sentido, o Processo de Enfermagem (PE) apresenta-se como uma ferramenta importante para planejar o cuidado em radioterapia, pois suas etapas são inter-relacionadas a fim de promover o cuidado integral. Para a utilização de DE, intervenções e resultados têm-se os sistemas de linguagem (SLP) NANDA-I (North American Nursing Diagnoses Association), NOC (Nursing Outcome Classification) e NIC (Nursing Intervention Classification) que oferecem elementos oriundos de estudos clínicos, o que afirma a prática de enfermagem baseada em evidências. Aliados aos SLP emergem os Protocolos Assistenciais que detalham a operacionalização da assistência e do cuidado sobre cada atividade exercida, qualificando o trabalho da enfermagem. **Objetivo:** Construir um protocolo assistencial de enfermagem para radioterapia com base em NANDA I, NIC, NOC. Trata-se de um estudo metodológico do tipo descritivo, não-experimental, focado no desenvolvimento de um novo instrumento. A construção do protocolo deu-se a partir da análise de todos os DE, intervenções e resultados das três taxonomias, alicerçados no raciocínio clínico e diagnóstico, bem como na experiência clínica das pesquisadoras. Este estudo integra um projeto de pesquisa intitulado “Processo de Enfermagem como Tecnologia do Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde: instrumentalizando profissionais de enfermagem”, desenvolvido pelos cursos de Graduação em Enfermagem de três instituições de ensino superior do município de Chapecó. Este foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina, conforme parecer 1.836.351 de 25 de novembro de 2016. O protocolo contou com 32 diagnósticos, sendo o domínio 4 com mais prevalência de DE (21,8%), 45 resultados sendo o domínio 2 com maior prevalência (35,5%) e 41 intervenções de enfermagem interligadas, sendo o domínio 1 com maior prevalência (51,2%). O protocolo orienta a consulta de enfermagem, torna operacional a utilização do PE, a fim de minimizar os efeitos colaterais provenientes do tratamento radioterápico. Considera-se imprescindível a validação de conteúdo e clínica deste protocolo. **Descritores:** Processos de Enfermagem, Enfermagem Baseada em Evidências, Protocolos.

CUIDADOS AO USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE AUTONEGLIGÊNCIA

Roseana Paes, Marcio Silveira Da Silva, Mitieli Vizcaychipi Disconzi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: Os diagnósticos de enfermagem (D.E), são fundamentais para o delineamento da assistência ao paciente, sendo fonte de conhecimento científico para a profissão. Na última



década a literatura evidenciou uma forte associação entre usuários de substâncias psicoativas (SPAs) e doenças infectocontagiosas, justificado pelas situações de vulnerabilidade que os indivíduos se envolvem. Neste contexto surge o D.E de Autonegligência, que incorpora grande parte das necessidades desse perfil vulnerável à riscos e, concomitantemente, propõe melhorias para o planejamento do processo de enfermagem. **Objetivo:** Validar a importância do D.E de Autonegligência no processo de enfermagem com pacientes usuários de SPAs. **Método:** Revisão narrativa do atual processo de enfermagem e do perfil epidemiológico em usuários de SPAs, buscando correlação com as características definidoras do D.E de Autonegligência. **Resultados:** O D.E. de Autonegligência tem como características definidoras: falta de adesão a atividades de saúde, higiene ambiental insuficiente e higiene pessoal insuficiente; e pode ser evidenciado por 14 fatores relacionados. Diversos estudos destacam o papel chave que o enfermeiro possui na articulação de cuidados e intervenções, garantindo a prevenção e promoção da saúde aos usuários. Nesta linha, o D.E de Autonegligência pode auxiliar no processo de enfermagem para este cliente, proporcionando a unificação do atendimento e dos cuidados. Os usuários de SPAs, expõem-se à diversas situações de risco, e ao avaliar o perfil do indivíduo é possível encontrar fatores relacionados ao D.E e abri-lo, tanto para o perfil epidemiológico, como também para o perfil social. **Conclusão:** Observou-se a importância do D.E de Autonegligência quando associado aos usuários de SPAs, unificando o atendimento e especializando os profissionais para lidarem com as situações que irão surgir, desde o fortalecimento do vínculo familiar, até oferecer informações sobre os problemas relacionados ao uso de SPAs e, os benefícios da manutenção do tratamento. Atualmente, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, não possui esse D.E. cadastrado em seu sistema informatizado (AGHUse), entretanto a inserção deste diagnóstico pode proporcionar o melhor atendimento e a qualificação dos profissionais e, conseqüentemente, uma assistência humanizada e universal. **Descritores:** Processo de enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Usuários de substâncias psicoativas.

DELIRIUM E FATORES DE RISCO

Michele Einloft, Lucélia Caroline dos Santos Cardoso, Lisiane Souza, Jucélia Espíndula, Andreia Carvalho Tanara, Luzia Teresinha Vianna dos Santos
Centro Universitário Metodista/IPA

Introdução: Delirium pode ser definido como uma disfunção cerebral aguda caracterizada por alterações do estado de consciência transitórias e flutuantes, acompanhadas de compromisso cognitivo. O delirium contém muitos fatores de risco, dentre eles: idade \geq 65 anos, sexo masculino, alterações neurológicas como quadros demenciais ou alteração cognitiva prévia, histórico de quedas, alteração sensorial: visual e/ou auditiva desnutrição, anemia e etilismo. **Objetivo:** Identificar na literatura as causas mais comuns de delirium em pacientes. **Método:** Revisão bibliográfica realizada no banco de dados SciELO. Estratégia de busca delimitada para artigos completos, indexados nos anos de 2012 à 2016, em português. Foram utilizados os seguintes descritores: sistema nervoso central, enfermagem, delírium. **Resultados:** Existe evidência, a partir do histórico, anamnese, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é decorrente de causas fisiológicas diretas de uma condição clínica geral. Com isso, a literatura indica práticas de intervenções dirigidas à correção da desidratação e de distúrbios eletrolíticos, medidas não farmacológicas contra a privação de sono, mobilização precoce, utilização de óculos e de aparelhos auditivos. **Conclusão:** Promoção e prevenção são primordiais para a saúde e restabelecimento do paciente. É importante aos membros da equipe multiprofissional atentar e identificar os fatores de risco, sobretudo os modificáveis, e também os



pacientes portadores de patologias de maior risco. **Descritores:** Delirium; Enfermagem; Sistema nervoso central.

DIAGNÓSTICO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA EVITAR A QUEBRA DE VÍNCULO NA UTI NEONATAL

Priscila Guterres de Oliveira, Jacqueline Fritscher Ramos Felix Moraes, Valdereza da Silva Ribeiro, Rozimeli Guedes dos Santos, Lenir Severo Cauduro, Elenice Lorenzi Carniel
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: O processo de construção do vínculo precoce entre o binômio mãe-filho tem como objetivo garantir uma relação duradoura, com a preocupação de suprir as necessidades de ambos. Entretanto, vários são os fatores que interferem na formação desse vínculo, entre eles o tempo de internação, que é bastante prolongado no caso dos prematuros, separando o recém-nascido (RN) da família, o próprio ambiente da UTI neonatal (UTIN), além de fatores relacionados à condição de saúde da mãe. Entre os cuidados humanizados prestados ao neonato está o contato pele a pele – Método Canguru – que visa à humanização do atendimento ao RN prematuro e de baixo peso e implica num maior vínculo afetivo entre mãe e filho, diminuindo o tempo de separação entre ambos, reduzindo o estresse, agitação e dor. Neste contexto, um grupo de estudo de enfermeiros do serviço de neonatologia de um hospital escola de Porto Alegre, verificou a necessidade de se apropriar do diagnóstico de enfermagem (DE) mais acurado para contemplar os cuidados aos RN internados na UTIN, com vistas a obter resultados positivos. **Objetivo:** Identificar o DE mais adequado para RN internados com risco de quebra de vínculo do binômio mãe-filho, bem como os cuidados de enfermagem mais apropriados. **Método:** Pesquisa bibliográfica com base nos sistemas de classificação NANDA International (NANDA-I), Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Outcomes Classification (NOC). **Resultados:** De acordo com a NANDA-I, no Domínio 7, Papéis e Relacionamentos, encontrou-se o diagnóstico de enfermagem “Risco de Vínculo Prejudicado”. Dentre as intervenções da NIC considera-se o cuidado Canguru a principal intervenção como forma de toque ao bebê que está confinado a incubadora e a monitorização das reações emocionais da mãe fortalecendo este vínculo. Com esta intervenção buscamos a promoção do “Vínculo Pais-Lactente”, conforme NOC, utilizando os seguintes indicadores: verbaliza sentimentos positivos relativos ao lactente e toca, afaga, acaricia o lactente para avaliar se nossa intervenção está sendo efetiva para manter o vínculo entre ambos. **Considerações Finais:** Concluiu-se que a utilização de um DE acurado permitirá a inclusão de novos cuidados a serem prescritos para os RN internados na UTIN independente do motivo da internação, o que repercutirá na melhora do vínculo entre mãe-filho, qualificando a assistência prestada a ambos. **Descritores:** Método Canguru; Neonatologia; Diagnóstico de Enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE CORREÇÃO DE FÍSTULA LIQUÓRICA

Sheila Ganzer Porto, Elisete da Silva Gil, Graziela Lenz Viegas, Andrieli Daiane Zdanski de Souza, Ana Paula Almeida Corrêa
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: O alto risco de complicações neurológicas no pós-operatório mediato, aumenta tanto a morbidade quanto a mortalidade, e requerem cuidados especiais no pós-operatório. A fístula do líquido cefalorraquidiano (LCR) é uma complicação neurocirúrgica frequente. As principais manifestações clínicas são a cefaleia postural, náusea, tontura, fotofobia e zumbido. Essa condição



pode estar associada à cicatrização inadequada e infecção de ferida operatória, meningite e pseudomeningocele. A colocação de um cateter em região lombar (lumbostomia) tem a finalidade de correção da fístula. Neste sentido, a equipe de enfermagem deve ter informações necessárias para reduzir as possíveis complicações oriundas do procedimento, atenção no dreno lombar e nas suas aferições diárias, controlando a drenagem liquórica. **Objetivo:** Relatar os diagnósticos de enfermagem de pacientes em pós-operatório de correção de fístula liquórica. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de enfermeiras de uma de uma unidade de internação cirúrgica adulto, de um hospital universitário no Sul do Brasil. **Resultados:** Frente às necessidades advindas do pós-operatório, os diagnósticos de enfermagem são uma ferramenta importante para os cuidados implementados pela equipe de enfermagem. Os diagnósticos presentes foram: integridade da pele prejudicada relacionado à imobilidade, risco de desequilíbrio na temperatura corporal relacionado a condições ambientais, risco de quedas relacionado à mobilidade física prejudicada, risco de infecção relacionado a procedimento invasivo, risco de lesão por pressão relacionado à mobilidade prejudicada, dor aguda relacionada ao trauma e integridade tissular prejudicada relacionado ao trauma mecânico. **Considerações Finais:** A tomada de decisões por parte do enfermeiro, precisa estar fundamentada em conhecimentos científicos. Através de uma rigorosa anamnese, exame físico, laboratorial e posteriores avaliações do paciente é possível desenhar o diagnóstico de enfermagem e elaborar um plano de cuidados para a recuperação do paciente, que em conjunto com a equipe de enfermagem deve ser executado e reavaliado sempre que necessário. Trata-se portanto de um recurso fundamental para uma adequada assistência ao paciente em pós-operatório de correção de fístula liquórica. **Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Processos de Enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA A PARTIR DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

Murilo dos Santos Graeff, Angela Antonia Sartori, Mari Ângela Gaedke, Miriam de Abreu Almeida
Universidade de Santa Cruz do Sul

Introdução: Os diagnósticos de enfermagem (DE), segunda fase do processo de enfermagem, são julgamentos clínicos das reações dos indivíduos a problemas de saúde, que podem nortear as intervenções de enfermagem, com o direcionamento do cuidado e estímulo à participação do paciente no tratamento, contribuindo para o alcance dos resultados¹. No Modelo de Adaptação de Roy são identificadas cinco necessidades básicas (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, e proteção), que correspondem à forma como a pessoa responde, como ser físico, aos estímulos do ambiente, e quatro processos complexos (sentidos, fluidos e eletrólitos, função neurológica e função endócrina) 2. Acredita-se que o Modelo de Roy possa subsidiar a coleta de dados dos pacientes e a determinação de DEs. **Objetivo:** Identificar os diagnósticos de enfermagem da Taxonomia II da NANDA International em pacientes atendidos em um Laboratório de Hemodinâmica. **Método:** Estudo descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, com uma amostra de 100 pacientes. A coleta de dados foi realizada em Julho e Agosto de 2016 por meio de um instrumento específico de anamnese e exame físico baseado no Modelo de Callista Roy. Utilizou-se estatística descritiva para tratamento dos dados. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob Parecer nº 1.625.420. **Resultados:** Foram identificados 27 DEs, que tiveram frequência relativa de 15 a 100%. Os 13 diagnósticos que apresentaram frequência acima de 50% e representam os principais problemas adaptativos de Roy, são: Débito cardíaco diminuído, Risco de infecção, Risco de resposta adversa a meio de contraste com iodo, Comunicação verbal prejudicada, Deambulação prejudicada, Dor aguda, Perfusão tissular periférica ineficaz, Obesidade e Sobrepeso, Risco de



sangramento, Intolerância à atividade, Mobilidade física prejudicada, Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída e Risco de função cardiovascular prejudicada. **Conclusão:** Os principais DEs identificados pertencem às necessidades básicas de Oxigenação, Sentidos, Proteção, Nutrição, Atividade e Repouso e Eliminações. Estes DEs possibilitam fazer o planejamento dos cuidados específicos aos pacientes submetidos a procedimentos invasivos. A implementação da pesquisa colabora com o aperfeiçoamento dos profissionais da enfermagem, incentivando-os na realização do Processo de Enfermagem, com vistas à melhoria do cuidado. **Descritores:** Diagnósticos de Enfermagem; Cardiologia; Cuidados de Enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA/HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA: PREVALÊNCIA E PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Vanessa Kolling, Ariane Martins Presenti, Vivian Cristina Secchi, Ângela Maria Oliveira da Silva, Lisiane Silveira Acosta, Ester Henrique da Silva
Grupo Hospitalar Conceição

Introdução: Pacientes em condições críticas correm risco de complicações passíveis de prevenção pela enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou de uma vulnerabilidade para essa resposta. Constituem a base para a escolha das intervenções de enfermagem, além de favorecerem a comunicação clara entre os membros da equipe de saúde e o aperfeiçoamento contínuo dos cuidados ao paciente. **Objetivo(s):** Caracterizar o perfil clínico e identificar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes de pacientes internados em uma unidade de oncologia/hematologia pediátrica. **Método:** Trata-se de um estudo observacional analítico, do tipo transversal, no qual foram consultadas 197 evoluções de enfermagem. A população do estudo foi composta por crianças e adolescentes internadas na unidade de oncologia/hematologia pediátrica de um hospital de grande porte do sul do Brasil, no período de 1 a 31 de março de 2017. Os dados foram coletados através de sistema informatizado e a estratégia para seguimento de pacientes foi à busca ativa nos prontuários eletrônicos. A entrada dos dados no banco foi realizada com o Programa Excel 16.0, por dois digitadores independentes, para posterior comparação da consistência dos dados. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva. **Resultados:** O perfil dos pacientes apontou para indivíduos do sexo masculino (81%), entre 11 meses e 14 anos de idade (maior prevalência de crianças entre 2 e 5 anos de idade – 51%), com diagnósticos de leucemia (71%), linfoma (9%) e tumores sólidos (20%). Entre os tumores sólidos, os diagnósticos mais prevalentes foram tumor de wilms (57%) e sarcoma de ewing (20%). O julgamento clínico dos diagnósticos foi baseado na Taxonomia da NANDA. Entre os 21 diagnósticos identificados, os mais prevalentes foram: risco de infecção (27%), risco de sangramento (11%), risco de desequilíbrio eletrolítico (10%), integridade tissular prejudicada (7%) e hipertermia (5%). **Conclusão:** Entre os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes na unidade de oncologia/hematologia pediátrica, a maior quantidade esteve presente nos domínios segurança/proteção (83%) e nutrição (17%). Os diagnósticos encontrados foram condizentes com a idade dos pacientes e com sua condição clínica, bem como com o risco aos quais estão submetidos durante o tratamento quimioterápico. **Descritores:** Enfermagem pediátrica - Oncologia - Gestão da qualidade.



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL NO PERÍODO TRANSOPERATÓRIO

Luciana Bjorklund de Lima

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: O transplante renal é a melhor alternativa das terapias renais substitutivas para o tratamento de pacientes com doença renal crônica (DRC) terminal. Em cenários de cuidado como unidades de internação clínica cirúrgica, pós-operatório e ambulatorial revelam que os diagnósticos de enfermagem (DE) mais prevalentes para estes pacientes são Dor aguda, Proteção ineficaz, Risco de infecção e Risco de volume de líquidos desequilibrado. Para o período transoperatório não há publicações disponíveis sobre os DE para esta população, o que torna relevante a realização deste estudo. **Objetivo:** Identificar os DE para paciente submetido a transplante renal no período transoperatório. **Método:** Revisão da literatura baseada em um estudo clínico do processo de enfermagem de paciente submetido a transplante renal em um hospital universitário do sul do Brasil. **Resultados:** Paciente do estudo clínico submetido a transplante renal do sexo masculino, 61 anos, portador de DRC em tratamento dialítico há dois anos, hipertensão arterial sistêmica e cardiopatia isquêmica com oclusão da artéria circunflexa e 46% de fração de ejeção, sendo classificado como risco moderado para evento cardiovascular. Tabagista ativo e nefrectomizado à esquerda. Mantinha valores elevados da pressão arterial (diastólica acima de 150mmHg) durante o período desta internação. Pacientes com DRC terminal com necessidade de terapia renal substitutiva apresentam uma prevalência entre 40% e 50% de doença arterial coronariana. O transplante renal como uma das terapias de substituição renal contribui com a redução da mortalidade cardiovascular, sendo que se desenvolve no período pré-transplante, no qual aumenta significativamente o risco de eventos cardiovasculares no período perioperatório. Frente à revisão da literatura e de sinais, sintomas e fatores de risco do paciente, os DE prioritários para o período transoperatório foram Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída e Risco de perfusão renal ineficaz, ambos do domínio 4 – Atividade/Repouso, Classe 4 – Respostas Cardiovasculares/Pulmonares da NANDA-International. **Conclusão:** Identificar os DE prioritários favorece a acurácia diagnóstica, uma vez que no transoperatório o paciente é exposto à terapêutica medicamentosa e sobrecarga hídrica. Com isto, a seleção das intervenções também se torna mais acurada, visando atender as necessidades específicas do paciente, como a monitorização cardiopulmonar. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem Perioperatória; Transplante de Rim.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS EVIDENTES EM PACIENTES CLÍNICOS E CIRÚRGICOS

Adriana Gracietti Kuczmainski, Fabiane Pertille, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Ligiane Pauly
Universidade do Estado de Santa Catarina

Introdução: No curso de Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), a disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I (ECS I) desenvolve atividades gerenciais da enfermagem e de investigação em unidades hospitalares. Os estudantes são estimulados a aplicação do PE, a partir de um instrumento padronizado da Universidade pelo grupo de estudos sobre Processo de Enfermagem – GEPE a partir do uso da taxonomia de NANDA. **Objetivo:** relatar os diagnósticos de enfermagem (DEs) mais evidentes nas unidades de internação clínica e cirúrgica durante o ECS I. **Método:** Relato de experiência elaborado a partir das vivências do ECS I da nona fase da UDESC, realizado no período de fevereiro a abril de 2017. O cenário de prática é composto por duas instituições hospitalares (um hospital público e um privado), com acadêmicos distribuídos em diferentes setores de internação, centro cirúrgico e pronto



atendimento. **Resultados:** Os DEs mais evidentes em pacientes cirúrgicos em ambas as instituições foram: “Risco de infecção”, “mobilidade no leito prejudicada” e “mobilidade física prejudicada”. Risco de infecção esteve relacionado principalmente a soluções de continuidade da pele por procedimentos invasivos inerentes ao período perioperatório, desde a ferida operatória, até a utilização de drenos, sondas e dispositivos intravenosos. As condições de mobilidade prejudicada (leito/física) estiveram associadas às condições do próprio tratamento cirúrgico, ao impossibilitar e/ou restringir movimentos. No âmbito do paciente clínico, destacam-se os DEs: “risco de integridade da pele prejudicado”, “risco de infecção”, “integridade da pele prejudicada”. Os títulos levantados frente à integridade da pele foram relacionados a fatores de imobilização, extremos de idade e massa corporal (emagrecimento/obesidade), caracterizando o perfil do paciente comumente encontrado nos setores descritos, os quais apresentam pacientes de alto grau de dependência, acamados e idosos. O “risco de infecção” assim como nos pacientes cirúrgicos emerge no sentido da exposição a diferentes dispositivos e procedimentos invasivos a qual o paciente encontra-se exposto no ambiente hospitalar. **Considerações finais:** A identificação dos DEs mais evidentes contribui para o direcionamento das ações de enfermagem frente ao paciente clínico e cirúrgico, além de possibilitar ao acadêmico o reconhecimento do perfil de pacientes do setor, a partir do conhecimento específico da enfermagem. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem Médico – Cirúrgica; Educação em Enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS UTILIZADOS EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Alexsandra Relem Pereira, Thiago Dias Pereira
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: O Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas é um importante método de tratamento para doenças hematológicas, oncológicas, hereditárias e imunológicas caracterizada pelo uso de radioterapia e quimioterapia em altas doses com objetivo de erradicar as células tronco e deprimir intensamente o sistema imunológico desencadeando uma série de efeitos colaterais indesejáveis devido á toxicidade dessas terapias. A quimioterapia convencional sistêmica é incapaz de distinguir ás células neoplásicas das normais, desencadeando uma serie de eventos adversos tais como alterações gastrointestinais, cutâneo mucosa, toxicidades hematológicas que podem requerer atrasos de próximos ciclos de quimioterapia, ajustes de doses ou interrupção de tratamento. Os diagnósticos de enfermagem constituem a base para implementação das intervenções, para que os resultados positivos à saúde do paciente possam ser atingidos. **Objetivos:** Descrever os diagnósticos de enfermagem prioritários utilizados no paciente submetido a Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas integrando às principais intervenções. **Método:** Trata-se de um relato de experiência do profissional enfermeiro de uma Unidade de Ambiente Protegido de um hospital público do sul do país, destinado a Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas. **Resultado:** Observou-se que dentre os efeitos colaterais que mais acometem os pacientes submetidos a transplante de células tronco hematopoiéticas são às toxicidades hematológicas (queda no numero de células do sangue como plaquetas, leucócitos e hemácias); toxicidade gastrointestinal (mucosite, náusea, vômito, diarréia, constipação) e toxicidade cutâneo-mucosa (alopecia, alteração nas unhas) tornando necessário o conhecimento do enfermeiro sobre os protocolos de tratamento, os eventos esperados e as complicações possíveis para selecionar os diagnósticos de enfermagem apropriados que melhor se apliquem nessa condição de agravo e determinar as intervenções de enfermagem que alcancem resultados eficazes. **Conclusão:** A partir desse estudo concluo que a enfermagem tem um importante papel no cuidado ao paciente submetido a transplante de células tronco hematopoiéticas, pois, através



da sua avaliação rigorosa e sistemática, é, na maioria das vezes, a primeira a identificar precocemente sinais e sintomas indesejáveis que podem causar impacto no tratamento do paciente e contribuir para a prevenção de riscos e minimização de danos. **Descritores:** Células-tronco; enfermagem; diagnóstico.

DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À PRESENÇA DE SONDA ENTERAL: FREQUENTES EM UMA EMERGÊNCIA?

Bárbara Elis Dal Soler, Gabriele Peres de Sousa, Bárbara Amaral da Silva, Franciele Anziliero, Mariur Gomes Beghetto
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: Em cenários como as emergências, onde as necessidades relacionadas à presença de sonda nasoenteral (SNE) competem por priorização com várias outras condições que impõem atenção, há exigência de maior gerenciamento da assistência de enfermagem no que se refere ao planejamento, execução, supervisão e avaliação de ações relacionadas. Apesar disso, os diagnósticos de enfermagem (DEs) específicos à presença de sonda enteral parecem pouco implementados na rotina assistencial, especialmente logo após a inserção do dispositivo. **Objetivo:** Descrever a frequência e quais os DEs e cuidados relacionados foram estabelecidos nas primeiras 24 horas após a inserção de SNE. **Método:** Em 2015, foi acompanhada uma coorte prospectiva de adultos de uma Emergência brasileira que tiveram indicação de inserção da SNE. Foram avaliadas (1) variáveis clínicas e epidemiológicas; (2) variáveis do processo de trabalho, como tempo entre a prescrição e o uso da sonda; (3) implementação de DEs e cuidados de enfermagem nas primeiras 24 horas após a inserção da SNE e (4) ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à SNE. No hospital sede deste estudo utiliza-se a classificação diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), sendo avaliados os DEs do domínio Nutrição e Segurança e Proteção (este por constar o DE “Risco de aspiração”, no qual a Nutrição Enteral e a Sonda Enteral são fatores de risco). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (n. 150028). **Resultados:** Dentre os 150 procedimentos de inserção de SNE, em 119 (79%) não houve nenhum DE relacionado e, em 87 (58%) não houve prescrição de cuidados relacionados. Naqueles com DE (n=31), o mais prevalente foi “Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais” (71,4%), seguido de “Deglutição prejudicada” (16,1%) e “Déficit no autocuidado para alimentação” (12,5%). Nos pacientes com prescrição de cuidados (n=64), 62% tiveram apenas um cuidado prescrito, 21,9% dois e 16,1% três ou mais cuidados. O cuidado mais vezes prescrito foi “Implementar cuidados com SNE” (43,8%). Houve maior proporção de cuidados prescritos naquelas inserções em que houve DEs (p<0,001). **Conclusão:** DEs e prescrição de cuidados específicos a pacientes em uso de SNE foi pouco frequente na Emergência. Outros domínios, como segurança e proteção, no qual se encontra o DE “Risco de aspiração” podem ser explorados com vistas a sinalizar as necessidades de portadores de SNE. **Descritores:** Enfermagem, emergências, Diagnóstico.



DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Lisandra de Oliveira Lauer Gomes, Rita de Cassia Garcia, Valeria Celoí Ferreira Muller, Sabrina Curia Johansson Timponi, Beatriz Cavalcanti Juchem
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: Ressonância Magnética (RM) é um exame de imagem não invasivo, que utiliza ondas eletromagnéticas e de radiofrequência para obter informações de órgãos e tecidos, sem utilizar radiação ionizante. O equipamento produz forte ruído, pode atrair materiais metálicos, causar aquecimento do corpo e provocar claustrofobia. A enfermagem atua na redução dos riscos de lesão, oferecendo segurança e qualidade na realização do exame. Trabalhos utilizando as taxonomias de enfermagem da NANDA International (NANDA-I) e Nursing Interventions Classification (NIC) são pouco comuns na especialidade de radiologia. **Objetivo:** Identificar diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA-I e respectivas intervenções de enfermagem da NIC em pacientes que realizam exames de RM. **Método:** Revisão de literatura utilizando os termos “ressonância magnética”, “segurança do paciente” e “enfermagem” nas bases de dados PubMed, Scielo, em periódicos especializados e consulta às diretrizes elaboradas por organizações de referência. **Resultados:** Os diagnósticos de enfermagem elencados foram: Medo relacionado a estímulo fóbico; Conhecimento deficiente relacionado a informação insuficiente; Risco de trauma relacionado a exposição a maquinário perigoso; Conforto prejudicado relacionado a estímulos ambientais nocivos. As intervenções e atividades de enfermagem foram: Ensino: Procedimento/tratamento - orientar etapas do exame; Informações sensoriais preparatórias - descrever sensações esperadas; Técnica para acalmar - orientar técnicas de relaxamento, envolver família; Avaliação da saúde - investigar implantes metálicos, aplicar termo de consentimento; Assistência em exames - colocar roupa hospitalar, retirar adornos, retirar pulseira de identificação e recolocar ao final da RM; Regulação da temperatura - monitorar cor e temperatura da pele; Monitoração de sinais vitais - monitorar oximetria de pulso e frequência cardíaca; Supervisão: segurança - alcançar e orientar uso da campainha, colocar protetor auricular; Posicionamento - apoiar membros, posicionar bobinas na parte do corpo em estudo; Controle do ambiente: segurança - utilizar materiais e equipamentos compatíveis na sala de exame; Documentação - registrar exame realizado e evolução do paciente. **Conclusão:** O estudo permitiu identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem mais relevantes para a assistência do paciente submetido ao exame de RM com uso das taxonomias de enfermagem, qualificando a assistência nesta especialidade. **Descritores:** Imagem por Ressonância Magnética; Diagnóstico de Enfermagem; Processos de Enfermagem.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM HÉRNIA DISCAL, OBESIDADE E DEPRESSÃO

Fernanda Guarilha Boni, Isabel Cristina Echer
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) é um método utilizado na prática profissional do enfermeiro que possibilita planejar ações para a assistência e documentação do cuidado ao paciente. O PE apresenta 5 fases distintas que se relacionam de forma direta e dinâmica. Seu uso favorece a prática do raciocínio clínico e, por consequência, a tomada de decisão. **Objetivo:** Descrever diagnósticos e intervenções de enfermagem para paciente com hérnia discal, obesidade e depressão. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de um estudo clínico realizado em uma disciplina de graduação em Enfermagem do sul do Brasil. As informações sobre o paciente



foram colhidas durante consulta em ambulatório e seu uso restrito para fins acadêmicos. **Resultados:** MVH, sexo feminino, 55 anos, católica, 1º grau incompleto, aposentada por invalidez por diagnóstico de hérnia discal, casada, mora com seu esposo e 3 filhas. Apresenta problemas de obesidade, depressão e déficit de cognição significativo. Ao exame físico se encontra lúcida, orientada, coerente, tranquila, mucosas úmidas e coradas, pupilas isocóricas e fotorreagentes, eupneica, extremidades aquecidas e perfundidas. Os diagnósticos de enfermagem elencados foram: Dor Crônica; Baixa autoestima situacional e Obesidade. No plano de cuidado foi considerado essencial estimular a persistência no tratamento. Tendo em vista a dificuldade de cognição recomenda-se uma escuta ativa a fim de construir uma relação terapêutica baseada em respeito e empatia. Foi solicitada à paciente a realização de um “Diário de Alimentação” para promover autocrítica sobre seus hábitos. Foi entregue material ilustrativo sobre alimentação saudável e orientada sobre a importância da reeducação alimentar. Quanto à dor foi orientada a praticar exercícios físicos, manter a postura corporal e fazer alongamentos diários. O plano de cuidados se baseou em manter diálogos com linguagem acessível para facilitar o entendimento da paciente. Técnicas de encorajamento e incentivo foram importantes para incentiva-la a seguir em busca do seu objetivo de perder peso. **Conclusão:** Desenvolver um estudo clínico contribuiu para refletir e apreender sobre o PE, assim como qualificar o raciocínio clínico e o cuidado de enfermagem. **Descritores:** Processo de Enfermagem; Cuidado de Enfermagem; Doença Crônica.

ESCALA DE BRADEN COMO INSTRUMENTO DO ENFERMEIRO PARA AVALIAR O RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

Jucélia Espindola do Canto, Lucélia Caroline dos Santos Cardoso, Michele Einloft, Lisiane de Souza, Andréia Tanara de Carvalho, Luzia Teresinha Vianna dos Santos
Cesuca Faculdade

Introdução: A Escala de Braden (EB) é uma ferramenta utilizada pelos enfermeiros para classificar o risco de um paciente desenvolver uma lesão por pressão. Tal escala serve como apoio para o enfermeiro avaliar a integridade da pele do paciente e estabelecer intervenções de enfermagem individuais para prevenção ou tratamento da lesão por pressão no paciente. **Objetivo:** Relatar a importância da EB na avaliação do risco e grau de lesão por pressão em pacientes internados. **Método:** Trata-se de um relato de experiência acerca da atuação dos enfermeiros de um hospital de grande porte do sul do Brasil na utilização da EB como ferramenta de apoio para avaliação do risco e/ou grau da lesão por pressão. **Resultados:** Sabe-se que a EB é pontuada pelo enfermeiro quando da admissão de pacientes, em unidades de internações e/ou nas "áreas fechadas". As escalas são (re)pontuadas semanalmente ou quando o paciente apresenta uma alteração significativa na integridade da pele. Os registros dos scores são realizados em prontuário eletrônico onde fica disponível para equipe multidisciplinar. Todos os profissionais foram capacitados quanto ao seu adequado uso, bem como a respeito das intervenções a serem realizadas para minimizar o risco para lesão por pressão durante o período de internação. **Considerações Finais:** Implementar intervenções decorrentes do risco ou grau de lesão por pressão é de extrema importância e que impacta diretamente na diminuição de danos resultantes em lesões no paciente internado. Além dos danos à integridade física do paciente, sabe-se que tais medidas podem conter custos institucionais, sendo relacionadas ao gerenciamento de enfermagem. As práticas adotadas contribuem para implementação de medidas direcionadas para prevenir ou tratar lesões existentes. **Descritores:** Enfermagem, Lesões, Processos de Enfermagem.



EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES CIRÚRGICOS MENSURADA ATRAVÉS DA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION

Marcos Barragan Da Silva, Mariana Palma Da Silva, Bruna Engelman, Manoela Schmarczek Figueiredo, Alba Luz Rodríguez-Acelas, Miriam De Abreu Almeida
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: Os resultados de enfermagem da Nursing Outcomes Classification (NOC) são avaliados por meio de escalas Likert que representam os estados de saúde dos pacientes antes e depois das intervenções de enfermagem. A diferença entre essas medidas reflete, especialmente, o efeito das intervenções de enfermagem implementadas. **Objetivo:** Avaliar a aplicabilidade clínica da NOC na evolução clínica de pacientes cirúrgicos hospitalizados no serviço de enfermagem cirúrgica de um hospital universitário. **Método:** Estudo observacional de coorte prospectivo, realizado entre 2012 e 2015 com pacientes adultos submetidos a procedimentos ortopédicos, internados no Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC) de um hospital universitário do Sul do Brasil. Foram avaliados os resultados de enfermagem contidos nas ligações NOC-NANDA-I selecionados para pacientes com os diagnósticos de enfermagem: Mobilidade Física Prejudicada (00085), Dor Aguda (00132) e Integridade Tissular Prejudicada (00044), registrados em prontuário eletrônico por enfermeiros assistenciais. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados informatizado no Software Sphinx®. Atribuiu-se uma diferença significativa de 0,5 no escore dos resultados NOC para a evolução clínica. Os pacientes foram avaliados por 3 a 4 dias de seguimento, aplicando-se escala Likert de 5 pontos que varia de (1) Grave a (5) Nenhum. Utilizou-se o modelo de Equações de Estimativas Generalizadas para comparar os resultados diariamente. Os dados foram analisados no programa estatístico Stata 11.1 e SPSS versão 21. Projeto aprovado em Comitê de Ética sob número 110601. **Resultados:** Foram incluídos 46 pacientes no estudo, que receberam um total de 152 avaliações consecutivas. Os resultados de enfermagem (0203) Posicionamento do Corpo: autoiniciado; (0208) Mobilidade, (1811) Conhecimento: atividade prescrita, (1909) Comportamento de prevenção de quedas, (2102) Nível de dor e (1102) Cicatrização de Feridas: primeira intenção apresentaram aumento significativo nos escores quando comparadas as médias da primeira com a última avaliação ($p < 0,05$). **Conclusões:** O uso dos resultados de enfermagem da NOC possibilitou demonstrar a evolução clínica dos pacientes cirúrgicos e sua aplicabilidade neste cenário. Contudo, outros estudos são necessários para o emprego desta classificação. **Descritores:** Enfermagem ortopédica, Processos de Enfermagem, Avaliação de Resultados (cuidados de saúde).

EVOLUÇÃO E ANAMNESE DE ENFERMAGEM: INDICADORES DE QUALIDADE ASSISTENCIAL

Adriana Serdotte Freitas Cardoso, Suzana Muller
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

A Evolução e Anamnese/exame físico são etapas do processo de enfermagem, e sua implementação visa o cuidado individualizado, holístico, humanizado e com embasamento científico. Na instituição onde o estudo foi desenvolvido, o Processo de Enfermagem (PE) é prática estabelecida há quatro décadas utilizando a Taxonomia da NANDA International (NANDA-I) para o estabelecimento dos diagnósticos e a Nursing Intervention Classification (NIC) para as intervenções. Entretanto, esta pesquisa contemplou um setor específico desta instituição, criado para centralizar o desenvolvimento de pesquisa clínica da indústria farmacêutica e projetos acadêmicos desenvolvidos na instituição. Assim, visando qualificar e assegurar o cuidado de enfermagem aos participantes em protocolo de pesquisa, a implementação do PE foi ampliada para e buscou-se monitorar e mensurar essa prática mediante o estabelecimento de indicadores de qualidade assistencial. Trata-se de um relato de experiência, quantitativo, cujo objetivo foi



descrever mensalmente a taxa de evolução de enfermagem e a taxa de anamneses de enfermagem realizadas neste setor durante os anos de 2015 e 2016. Como resultados tem-se que no ano de 2015, tanto a taxa de evolução de enfermagem quanto a taxa de anamnese alcançaram 100%. No ano de 2016, excetuando-se os meses de abril, maio e junho, onde a taxa de evolução de enfermagem girou em torno de 94,7%, 92,5% e 97,3% respectivamente, os demais meses obtiveram 100% de evoluções realizadas. No que tange a taxa de anamneses realizadas no setor no ano de 2016, excetuando-se os meses de maio e julho, onde a taxa permaneceu em torno de 50% e 25% respectivamente, os demais meses atingiram o índice de 100% no indicador. Identificou-se que a baixa taxa alcançada em ambos indicadores nos meses de maio à julho de 2016 esteve relacionada ao período de férias, coberto por outros profissionais que não eram da área. As taxas de anamneses e evoluções realizadas no setor se mostraram um bom indicador de qualidade assistencial para a enfermagem de pesquisa clínica. **Descritores:** processos de enfermagem, registros de enfermagem.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A SI MESMO

Jandrice Carrasco de Andrade, Lucélia Caroline dos Santos Cardoso, Gabriela dos Santos Pereira, Ana Maria dos Santos Nais, Luzia Teresinha Vianna dos Santos, André Luís Bendl
Centro Universitário UNICNEC

Introdução: Violência auto-infligida é um dado mundialmente alarmante bem como suas consequências. Uma pessoa morre vítima dessa violência a cada 40 segundos, sendo que a cada três segundos uma pessoa no mundo atenta contra sua própria vida. No Brasil foram registrados 6.778 casos de óbito por violência direcionada a si mesmo no ano 2000. A NANDA Internacional define o risco de violência direcionada a si mesmo como sendo o comportamento nos quais o indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a si mesmo. **Objetivo:** Apresentar a elaboração de fluxograma para atendimento de enfermagem aos pacientes com diagnóstico de enfermagem de risco de violência direcionada a si mesmo. **Método:** Relato de experiência sobre a elaboração de fluxograma norteador do atendimento de enfermagem no acolhimento aos pacientes com risco de violência direcionada a si mesmo. A atual abordagem do tema nos meios de comunicação tornou necessária a união de esforços a fim de diagnosticar assertivamente esses casos e adequar o manejo dessa situação. **Resultados:** Realizada capacitação da equipe multidisciplinar através de participação em evento sobre a temática onde dúvidas puderam ser sanadas. Após, equipe reuniu-se para discussão e elaboração de instrumento que pudesse ser utilizado no acolhimento dos usuários. Foram estabelecidas etapas desde a chegada do paciente, classificação de risco conforme avaliação de enfermagem e estratégias de atendimento, como a internação conforme a necessidade dos casos suspeitos ou confirmados até o momento da alta institucional. Para melhoria da atenção, foi introduzido o atendimento em rede de atenção em saúde para acompanhamento longitudinal dos casos conforme avaliação individual, bem como apoio familiar por período indeterminado. **Conclusão:** É esperado que esse instrumento seja um potencial aliado no atendimento e proteção dos pacientes em risco de violência direcionada a si mesmo. Antever os acontecimentos e prever riscos é fator determinante na atenção em saúde e, certamente, evita danos maiores. **Descritores:** Acolhimento; Processos de Enfermagem e Violência.



FORMAÇÃO EM SERVIÇO ACERCA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Edlamar Kátia Adamy, Miriam de Abreu Almeida, Denise Antunes de Azambuja Zocche
Universidade de Santa Cruz do Sul

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento que orienta a prática dos cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem que têm a função de organizar o processo de trabalho, promover um cuidado humanizado, de qualidade, impulsionando a autonomia e dando visibilidade às ações dos profissionais. **Objetivo:** Compreender a constituição do modelo de formação em serviço acerca do PE na perspectiva da Integração Ensino-Serviço. **Método:** Pesquisa qualitativa, sob orientação metodológica da Teoria Fundamentada em Dados (TFD) construtivista, analisada à luz do Interacionismo Simbólico e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, constituída por um grupo misto de 12 sujeitos. Desenvolvida em um hospital ensino de referência no sul do Brasil, a coleta de dados ocorreu de novembro de 2015 a fevereiro de 2016, por meio de entrevista intensiva, analisados mediante codificação da TFD e do software NVivo®. O Modelo foi validado por meio de rodas de conversa. O projeto foi aprovado pelo CEP do HCPA (n. 1.283.695). **Resultados:** Da análise emergiu a categoria central: Apresentando o modelo de formação em serviço acerca do PE lapidado pela integração ensino-serviço no cenário do hospital em estudo, sustentada por três categorias: 1) Historicizando o PE: conhecendo o mosaico; 2) Construindo o mosaico da formação: ladrilhos da graduação ao serviço; 3) Desvelando a liga que une os ladrilhos no processo de integração ensino-serviço; e seis subcategorias. A primeira categoria aborda a história da implantação e implementação do PE no hospital e a implementação do cuidado visando fortalecer a segurança e qualidade no atendimento, tornando o PE referência para o ensino e o serviço. A segunda trata da consolidação da integração ensino-serviço para efetivar o modelo de cuidado e a construção da trajetória profissional, envolvendo a prática clínica, as facilidades e fragilidades para o ensino e formação acerca do PE e a qualificação da graduação até a pós-graduação. A terceira categoria aborda os elementos e dispositivos que compõem o modelo de cuidado e de formação do hospital, os sujeitos envolvidos na formação, as ações educativas para fortalecer o PE e o desenvolvimento do pensamento crítico para o cuidado de enfermagem. **Conclusão:** Conclui-se que o PE contribuiu para revelar as múltiplas identidades dos profissionais de enfermagem do hospital, influenciando na produção de movimentos e dispositivos pedagógicos que consolidaram a integração ensino-serviço. **Descritores:** Ensino, Educação Continuada, Processos de Enfermagem.

IMPLANTAÇÃO DE PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E SOLICITAÇÃO PADRÃO PARA O USO DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM UM HOSPITAL PRIVADO DO SUL DO BRASIL

Janaína da Silva Flôr, Luciane Finatto, Jéssica Cogo, Nilton César Silva da Silva, Denise Cristina da Silva, Ana Isabel Martins
Hospital Moinhos de Vento

Introdução: O cateter central de inserção periférica (PICC) é uma das escolhas para infusões de terapia medicamentosa em pacientes adultos, pediátricos e neonatos, apresentando um baixo índice de complicações bem como baixas taxas de infecções. Para a passagem deste dispositivo, em um hospital privado do sul do Brasil, existe um time de terapia infusional composto por uma equipe de enfermeiros treinados para este procedimento que recebe diariamente diversas solicitações de avaliação para passagem de cateter. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi descrever a implementação de uma prescrição padrão para pedidos e avaliações de PICC, bem como da implementação da prescrição de enfermagem com cuidados específicos e direcionados à



manutenção e manipulação deste cateter. Recentemente, com o intuito de padronizar essas solicitações, foi criado um item de prescrição onde o médico solicita a avaliação para o Time de Terapia infusional, disparando assim o processo que envolve a passagem do PICC. Após esta solicitação, a equipe de enfermeiras do time de terapia infusional, identifica o paciente e faz uma avaliação minuciosa do local de punção e da possibilidade de o paciente receber este cateter. Após as avaliações, é feita uma prescrição de enfermagem, onde contém o material necessário para a realização do procedimento e todos os cuidados referentes ao uso deste cateter. É entregue para o paciente e seu acompanhante um guia de orientação de como deve ser realizada a manutenção deste acesso, educando a todos neste processo. A equipe de enfermagem que estará executando o cuidado deste paciente com PICC recebe uma cartilha com instruções de como manipular o acesso, quais as seringas possíveis de serem usadas como realizar as medicações. O time de terapia infusional realiza o primeiro curativo e se coloca à disposição para dúvidas e intercorrências referentes ao cateter. Uma vez ao mês os pacientes com acessos vasculares são visitados em um dia de auditoria e neste momento os PICCs são também avaliados e reforçados os manejos com o dispositivo. A padronização do pedido do PICC e da prescrição de enfermagem, informatizou e formalizou o pedido de passagem de cateter, trazendo segurança para o paciente e para o profissional que executa o procedimento, uniformizando o cuidado prestado, organizando e o sistematizando, demonstrando também as ações de enfermagem registrando desta forma todos os cuidados referentes ao PICC realizados pela equipe. **Descritores:** cateteres, enfermagem, prescrição.

IMPLANTAÇÃO DE UM GRUPO DE ESTUDO SOBRE PROCESSO DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fabiano De Faveri, Rosana Pinheiro Lunelli, Isabel Cristina de Sousa Bertuol
Centro Universitário da Serra Gaúcha

Introdução: o processo de enfermagem possibilita ao enfermeiro segurança no planejamento, execução e avaliação das intervenções padronizadas que otimizam o processo de trabalho. **Objetivo:** relatar a experiência da implantação de um grupo de estudo sobre o Processo de Enfermagem na área hospitalar, como estratégia de articulação entre o ensino e serviço. **Método:** trata-se de um estudo tipo relato de experiência com a participação dos enfermeiros de um hospital privado, acadêmicos e docentes do curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior, ambos da cidade de Caxias do Sul. **Resultados:** tendo como motivação a parceria existente entre a instituição hospitalar e o curso de enfermagem de instituição de ensino superior, e a necessidade de capacitar os enfermeiros para o uso do Processo de Enfermagem, foram realizadas reuniões para discutir estratégias que auxiliassem na concretização da articulação entre o ensino e serviço. Dessas reuniões nasceu a ideia de implantar o grupo de estudos sobre o Processo de Enfermagem, visando a participação dos enfermeiros do serviço e dos acadêmicos e professores do curso de Enfermagem. O projeto foi implantado através da realização de reuniões mensais, conduzidas por professores do curso de enfermagem. No primeiro encontro foi realizada a aula sobre aspectos conceituais do Processo de Enfermagem, com ênfase na etapa do Diagnóstico de Enfermagem. No segundo encontro, em grupos, foi realizada a discussão de questões de múltipla escolha sobre a temática Processo de Enfermagem. Após esta etapa, os participantes analisaram estudos de caso e identificaram os Diagnósticos de Enfermagem relacionados à situação. No terceiro encontro foi realizada a discussão de estudos de caso, com o objetivo de estimular o enfermeiro e acadêmicos de enfermagem a pensar as questões de sensibilidade e especificidade do raciocínio diagnóstico. Para o quarto encontro está planejado a conclusão da tarefa anterior e, a partir do quinto encontro, o início das apresentações dos estudos



de casos. Cada encontro teve a duração média de 1h30min e contou com a participação de 35 enfermeiros e 10 acadêmicos de enfermagem. **Considerações finais:** o projeto do grupo de estudo sobre o Processo de Enfermagem tem colhido bons resultados que podem ser observados pela participação dos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem, bem como pelos relatos dos participantes, confirmando a contribuição que as discussões realizadas exercem na melhoria da prática assistencial. **Descritores:** Processos de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Enfermagem.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEUROCIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kátia Cilene Ferreira Pacheco, Elisiane Gouveia do Nascimento, Rute Melo Somensi, Ana Paula Costa, Fernanda Matielo Zandoná

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) constitui-se em ações padronizadas e sequenciais, que buscam o atendimento de modo integral ao sujeito, família e comunidade¹. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)², ressalta sua implementação nas instituições de saúde, delimitando as seguintes etapas: coleta de dados; diagnósticos de enfermagem; planejamento; implementação e avaliação de enfermagem. Na Unidade de Terapia Intensiva Neurocirúrgica (UTIN), essa ferramenta auxilia no trabalho do enfermeiro, propiciando avaliações críticas e rápidas. A complexidade do cuidado em UTIN torna o PE, uma ferramenta imprescindível para a organização de um cuidado adequado. **Objetivo:** relatar a implementação do processo de enfermagem em uma UTIN. **Método:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir das vivências das autoras em uma UTIN de um hospital de grande porte de Porto Alegre. A implementação do PE teve início em março de 2017. Participaram do processo 6 enfermeiras atuantes nesta unidade. **Resultados:** Na UTIN, o cuidado ao paciente vem antes da coleta de dados, devido a complexidade do atendimento ao paciente neurocirúrgico que necessita de monitorização e estabilização imediata. Somente após essa etapa, o enfermeiro coleta dados junto aos familiares para dar início ao processo. Foram identificados dois diagnósticos de enfermagem mais frequentes, sendo eles: Proteção ineficaz das vias aéreas, relacionado a risco de aspiração, e risco da integridade da pele prejudicada, relacionado a fatores mecânicos (uso de contenções). Em relação às fragilidades, as enfermeiras destacaram a falta de tempo. Muitos profissionais ressaltam a falta de tempo como fator limitante à realização do processo³; a falta de conhecimento teórico-prático é outro fator citado como limitante. Os profissionais ressaltaram que necessitam de mais treinamento quanto a realização do PE. **Conclusão:** O processo de enfermagem é um importante instrumento para a organização do trabalho do enfermeiro. Sua relevância se deve ao fato de possibilitar uma assistência de qualidade, sustentando as ações do profissional com base em evidências científicas. Estudos a respeito do impacto da implantação do PE pode ser uma alternativa para identificar as possíveis melhorias a serem aplicadas. Na unidade em questão, a implementação do PE levou os profissionais a identificar as principais necessidades do paciente neurocirúrgico, fazendo com que o cuidado de enfermagem seja prestado de forma mais eficaz. **Descritores:** Neurocirurgia, cuidados de enfermagem, diagnósticos de enfermagem.



INCIDÊNCIA DE QUEDAS E AS AÇÕES DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO BASEADO NO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Melissa de Freitas Luzia, Talita Cassola, Lyliam Midori Suzuki Isuzuki, Vera Lucia Dias, Leandro Barbosa de Pinho, Amália de Fátima Lucena
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: As quedas representam um dos principais incidentes de segurança no ambiente hospitalar. A sua prevenção é prioritária na área da saúde e representa uma das metas internacionais de segurança da Organização Mundial da Saúde. As instituições hospitalares vêm desenvolvendo estratégias para prevenir as quedas e as lesões, por meio de políticas e protocolos assistenciais. O Processo de Enfermagem (PE) é uma importante metodologia a ser empregada no cuidado a pacientes em risco de quedas, uma vez que norteia as ações de enfermagem de forma científica e sistematizada desde a avaliação do risco até as intervenções preventivas e avaliação do cuidado. Aliado a isso, verifica-se a importância do monitoramento dos eventos e a utilização de indicadores como a incidência de quedas, o que auxilia no estabelecimento de intervenções preventivas. **Objetivos:** descrever a incidência das quedas e sua relação com as ações preventivas de um protocolo de prevenção de quedas baseado no PE desenvolvidas em um hospital universitário. **Método:** Estudo descritivo e retrospectivo. Foram incluídos pacientes adultos internados nas unidades clínicas, cirúrgicas, psiquiátrica e emergência que sofreram queda na instituição e tiveram o evento notificado no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015. Os dados foram coletados no sistema de informações gerenciais da instituição e analisados no programa estatístico SPSS. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (nº 100496). **Resultados:** No período estudado ocorreram 2.296 quedas com uma média de incidência de 1,70 quedas/1000 pacientes-dia. No ano de 2011 a incidência foi de 1,61 quedas/1000 pacientes-dia, passando para 2,03 em 2012, ano em que foi instituído o protocolo de prevenção de quedas que inclui a avaliação do risco através da Morse Fall Scale, estabelecimento do DE Risco de Quedas e as intervenções preventivas como a sinalização de risco, orientação ao paciente e família, segurança do ambiente e supervisão do paciente. A partir de 2013 as taxas de quedas começaram a diminuir, de 1,83 para 1,62 quedas/1000 pacientes-dia (2014), permanecendo dentro da meta institucional (≤ 2 quedas/1000 pacientes-dia). O menor índice observado foi em 2015 (1,42 quedas/1000 pacientes-dia). **Conclusão:** os achados demonstram a importância das intervenções de um protocolo de prevenção de quedas fundamentado no PE para a redução da incidência do evento em pacientes hospitalizados. **Descritores:** Acidentes por quedas, Enfermagem, Assistência hospitalar.

INFERÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA ESTÁVEL

Larissa Gussatschenko Caballero, Patrícia Cristina Cardoso, Karen Brasil Ruschel, Eneida Rejane Rabelo da Silva
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A multiplicidade de fatores que influenciam as condições de saúde dos indivíduos com doença arterial coronariana justifica uma prática assistencial ampliada e eficaz para atender as demandas destes pacientes. A sistematização do cuidado tem se mostrado um método científico que favorece o julgamento clínico do enfermeiro. Essa necessidade justifica-se pelo potencial favorecimento da aplicação do Diagnóstico de Enfermagem (DE) na prática clínica. **Objetivo:** Identificar os DE a partir de sinais e sintomas (características definidoras), pistas ou evidências clínicas dos pacientes acometidos de Cardiopatia Isquêmica estáveis em acompanhamento



ambulatorial, de acordo com a NANDA-I. **Método:** Estudo transversal retrospectivo, com dados de prontuário eletrônico de abril de 2014 a dezembro de 2015 relativos ao primeiro atendimento realizado em um ambulatório de cardiopatia isquêmica de um Hospital Universitário na cidade de Porto Alegre. A partir dos dados coletados, treze DE foram propostos pelos pesquisadores e submetidos para validação de 17 especialistas em cardiologia. Esta pesquisa foi submetida à apreciação ética com número de CAAE 49173015.4.0000.5327, sendo aprovado com o parecer nº 1.277.337. O trabalho contou com um Termo de Concessão de Acesso à Informação, destinado à instituição pesquisada, para autorização do uso de dados dos pacientes cadastrados. Os enfermeiros especialistas consentiram formalmente em colaborar pela assinatura de um TCLE. **Resultados:** Foram identificados treze DE a partir da análise de prontuários de 50 pacientes ambulatoriais. Deste conjunto de diagnósticos, quatro foram validados com 100% de consenso pelos enfermeiros especialistas: Intolerância à atividade; Controle ineficaz da saúde; Falta de adesão; Estilo de vida sedentário. **Conclusões:** A análise dos DE consensuados irá instrumentalizar os enfermeiros para uma avaliação mais acurada dos diagnósticos de enfermagem para pacientes ambulatoriais com cardiopatia isquêmica, permitindo à equipe individualizar as metas e intervenções propostas para os pacientes a partir de diagnósticos validados nesta população. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem, Processos de Enfermagem, Cardiopatia isquêmica.

INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA NA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Vanessa Santa Lucia Eggres, Márcio Silveira da Silva
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: Em unidade de internação em adição é comum o uso do acesso venoso periférico em função das medicações, reposições vitamínicas e hidratação, fundamentais no manejo da abstinência de usuários de substâncias psicoativas (SPAs), principalmente alcoolistas. Sendo uma das vias mais rápidas e eficazes, é de extrema importância conseguirmos este acesso e, mantê-lo em boas condições pelo máximo de tempo, não mais do que desejado, pois trata-se de um procedimento invasivo e acarreta diversas suscetibilidades clínicas. Em contrapartida, temos o tempo de hospitalização, as comorbidades pré-existentes, estado nutricional e volemia deste indivíduo, situações que transcorrem no cotidiano, dificultando a prática assistencial. **Objetivo:** Sinalizar a importância do processo de enfermagem relacionado à integridade tissular prejudicada, proporcionando intervenções e cuidados vinculados ao acesso venoso periférico dos usuários de SPAs. **Método:** Relato de experiência em uma unidade de internação para usuários de SPAs em um hospital geral, tal unidade composta por 20 leitos masculinos, preenchidos a partir de uma central de leitos, que gerencia os casos avaliados nos dois pronto atendimentos em saúde mental do Município de Porto Alegre. **Resultados:** Observou-se a importância do acesso venoso em usuários de SPAs, bem como a dificuldade em manter este acesso, evidenciado pelas frequentes punções e repunções, devido algumas comorbidades e/ou falta de cuidados com o mesmo, apresentando redes venosas prejudicadas, tornando este procedimento mais oneroso e arriscado clinicamente, assim como limitado, a partir da inviabilidade de vários trechos da rede venosa. **Conclusão:** É de extrema importância a aplicabilidade do diagnóstico de enfermagem integridade tissular prejudicada, visto que ainda é pouco explorado e utilizado a este perfil de pacientes, para que possamos sugerir intervenções e melhorias nos cuidados com a rede venosa dos usuários de SPAs, focando em obter um bom acesso a esta rede, mantendo sua integridade, para que possamos reduzir danos e atingir uma maior eficácia na terapêutica adotada durante a desintoxicação do indivíduo. Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem, Rede venosa periférica. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem, Rede venosa periférica.



LESÃO POR PRESSÃO: NOVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SUBMETIDO E APROVADO À NANDA INTERNATIONAL

Cássia Teixeira dos Santos, Taline Bavaresco, Miriam Abreu de Almeida, Amália de Fátima Lucena
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: O Diagnosis Development Committee - DDC é responsável pela submissão e aprovação de novos diagnósticos de enfermagem (DEs) da NANDA-I. Na última versão, o DE Risco de úlcera por pressão, desenvolvido por brasileiras, foi incluído. Entretanto, um DE com foco no agravo clínico, ou seja, na Lesão por pressão (LP) ainda estava ausente. **Objetivo:** Desenvolver um novo DE intitulado Lesão por pressão para submeter à NANDA-I. **Método:** Revisão integrativa da literatura norteadada pela questão: Quais os fatores relacionados e as características definidoras da LP e sua definição? A coleta de dados foi realizada nas bases de dados PubMed, Bireme, SCIELO e Web of Science, com descritores: Pressure ulcer, Nursing diagnosis, Nursing process. Foram incluídos 21 artigos publicados nos últimos 10 anos, em português, inglês e espanhol disponível na íntegra. Um quadro sinóptico auxiliou na organização da síntese e comparação das informações de modo a contemplar o protocolo de submissão. **Resultados:** O novo DE foi definido por: Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente geralmente sobre uma proeminência óssea, categorizada em estágios, como resultado de pressão ou pressão em combinação com cisalhamento ou relacionada a um dispositivo médico ou outro. As características definidoras foram: Pele íntegra com eritema que não embranquece; Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme; Perda da pele em sua espessura total; Perda da pele em sua espessura total e perda tissular; Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível e Lesão Tissular Profunda: descoloração vermelho- escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Os fatores relacionados foram: Circulação prejudicada, oxigenação dos tecidos diminuída, perfusão tecidual diminuída, anemia, incontinência, desidratação, edema, hipertermia, pressão sobre proeminência óssea, forças de cisalhamento, superfície de atrito; extremos de peso e idade, diminuição de albumina, imobilização física, alteração sensorial, conhecimento insuficiente sobre proteção e integridade do tecido, neuropatia periférica, agente farmacológico, tabagismo e história de LP. Além disso, selecionaram-se na Nursing Outcomes Classification os resultados Cicatrização de feridas: segunda intenção e Integridade tissular: pele e mucosas. Na Nursing Interventions Classification a intervenção Cuidado com LP foi elencada. **Conclusão:** O novo DE desenvolvido está aprovado para inclusão na versão de 2018 da NANDA-I. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem; Processos de enfermagem; Enfermagem.

O CONTROLE GLICÊMICO PERPASSA PELO ENTENDIMENTO DO PROCESSO DE DOENÇA SUBSIDIADO PELO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO

Priscila Maria da Silva, Natálie D'Avila da Silveira, Letícia Lins de Souza, Taline Bavaresco
Universidade de Caxias do Sul

Introdução: O enfermeiro no atendimento a pacientes diabéticos necessita compreender as necessidades de cada um e para isso utiliza as habilidades do pensamento crítico para a implementação do processo de enfermagem (PE). Além disso, os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (DE) da NANDA-I, resultados da Nursing Outcomes Classification (NOC) e intervenções de enfermagem da Nursing Intervention Classification (NIC) qualificam sua prática. Visto que o paciente pode negar a adesão ao tratamento insulínico, por insuficiência de informações e ao mesmo tempo querer descobrir novas formas de tratamento para manejo glicêmico. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente diabético durante consulta de enfermagem (CE). **Método:** Estudo de caso realizado em abril de 2017 em um ambulatório de



Danos crônicos. **Resultados:** Paciente feminina, 56 anos, branca, asmática, diabética tipo 2 há 3 anos e procura atendimento para entender seu processo de doença. Faz uso de Glicazida, Glifage, Sinvastatina e Aerolin® em situações de crise. Foi prescrito uso de Insulina, mas apresenta sentimento de negação ao uso e utiliza o HGT, por conta própria, para fazer “testes” do que pode ou não ingerir e que impacta na elevação do seu nível glicêmico. Senso assim está adequando à alimentação com substituição de carboidratos simples por complexos e reconhece que o estresse rotineiro influencia na elevação da glicose. Diante disso, o DE escolhido foi Rico de Glicemia instável relacionado a controle ineficaz de medicamentos (insulina), estresse excessivo, conhecimento insuficiente do controle da doença e falta de adesão ao plano de controle do diabetes. Com vistas a isso o resultado NOC Conhecimento: controle da Doença Crônica e as intervenções NIC Controle da hiperglicemia e Ensino: processo de doença crônica com atividades específicas para o manejo do tratamento foi planejado. Durante a CE a paciente foi orientada quanto ao uso adequado dos alimentos integrais, ao reconhecimento dos sinais e sintomas de alteração no nível de glicose e esclarecida sobre o papel da insulina no controle glicêmico, além dos hipoglicemiantes orais, para o manejo da doença e principalmente na prevenção de complicações. **Conclusão:** A adesão do paciente ao tratamento perpassa pela compreensão do processo de doença e de fatores que causam desequilíbrio glicêmico. Assim, o julgamento do enfermeiro deve estar fundamentado na individualidade de cada paciente, reconhecendo essas peculiaridades. **Descritores:** Diabetes mellitus, Processos de enfermagem; Monitorização domiciliar de glicemia.

PARTICIPAÇÃO DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO MOOC ‘AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM’

Karina de Oliveira Azzolin, Cibele Duarte Parulla, Daiane Dal Pai, Ana Luísa Petersen Cogo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: Dentre as modalidades de cursos oferecidas a distância, os cursos online, abertos e massivos (MOOC) vem se destacando. Em 2016 foi desenvolvido o MOOC denominado ‘Avaliação de Enfermagem’ com enfoque na introdução ao estudo do processo de Enfermagem, disponibilizado em plataforma da Universidade aos estudantes da quarta etapa do curso de graduação em enfermagem para realizarem a avaliação da versão piloto. **Objetivo:** descrever a avaliação de estudantes de graduação em Enfermagem do MOOC Avaliação de Enfermagem. **Método:** estudo exploratório com abordagem quantitativa. O MOOC hospedado na Plataforma Lúmina estava dividido em quatro módulos: técnicas de entrevista, exame físico, registro da avaliação e identificação das necessidades prioritárias. O curso utilizou vídeos com situações de cuidado disparadores das discussões. O curso foi ofertado em 2016 para 42 estudantes matriculados em disciplina que introduzia o processo de Enfermagem. O questionário aplicado online para avaliação do MOOC, com perguntas de caracterização dos participantes e questões abertas, foi respondido por 30 estudantes. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as variáveis categóricas por frequências absolutas e relativas. As questões abertas foram categorizadas por aproximação semântica. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 56280516.7.0000.5347). **Resultados:** A média de idade da amostra foi de 23,1 anos ($\pm 5,8$). A modalidade MOOC não era conhecida por 27 (90%) dos estudantes. Quanto à avaliação do curso, o principal ponto destacado pelos participantes (33,3%) foi favorável à organização, a objetividade e a clareza das atividades propostas. O curso possibilitou a revisão das atividades desenvolvidas em aula (10%), os textos de apoio complementaram os vídeos que apresentavam o conteúdo (10%) e o fato do curso ser online possibilitou que o tempo de estudo fosse otimizado (10%). O curso atendeu as expectativas de todos (100%) os participantes,



recebendo como nota final 8,6(\pm 1,1). **Considerações finais:** Essa primeira avaliação realizada internamente na Universidade foi importante para avaliar a usabilidade da Plataforma Lúmina, sinalizando as informações que deveriam estar mais claras para atender o público externo. A disponibilização de atividade na modalidade a distância com o ensino presencial colabora com a integração de conteúdos e como reforço à aprendizagem. **Descritores:** Educação a Distância. Educação em Enfermagem. Tecnologias educacionais.

PENSAMENTO CRÍTICO HOLÍSTICO NO ENSINO DE ENFERMAGEM

Fernando Riegel, Maria Da Graça Oliveira Crossetti
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: o Pensamento Crítico Holístico (PCH) é definido como uma maneira de se pensar o todo unificado; é o pensar com qualidade, ou seja, o processo de formação de um juízo ou julgamento centrado em decidir no que acreditar ou no que fazer. **Objetivo:** refletir criticamente acerca da aplicação do pensamento crítico holístico no ensino de enfermagem. **Método:** trata-se de uma narrativa de reflexão crítica. Para fundamentação teórica foram utilizadas publicações científicas acerca do tema. **Resultados:** a ótica holística concebe o mundo como um todo integrado e não somente uma junção de partes dissociadas. A partir dessa compreensão de mundo, a ótica holística termina por contribuir para que sua abordagem vise ao ser humano integral. Nessa perspectiva, a educação em enfermagem necessita ser pensada de maneira transdisciplinar, deixando para trás modelos fragmentados de ensino, rompendo com a idéia do saber fragmentado que impera há décadas na educação em enfermagem brasileira. Nesse âmbito, o professor terá a importante função de desconstruir concepções focadas na fragmentação, quebrando com antigos paradigmas e concepções de educação, ensino e aprendizagem, como por exemplo: a educação bancária, autoritária e centrada em conteúdos e transmissão, exigindo do professor mudança de postura, evoluindo da transmissão de conhecimentos para a produção de conhecimentos, priorizando o protagonismo do aluno. Espera-se que o professor encontre espaço para realizar em sua prática docente a reflexão acerca do seguinte questionamento: para que e por que estamos formando enfermeiros? A formação holística é ampla e abarca todos os aspectos que envolvem o cuidado ao paciente, contemplando as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, emocionais e espirituais. **Conclusão:** os avanços tecnológicos e a crise das relações humanas têm exigido cada vez mais uma educação formadora para enfrentar esses desafios de transformação das relações em busca do bem comum e da reabilitação da saúde das pessoas que se encontram lançadas aos diferentes contextos sociais. A educação holística surge como possibilidade de preparar o profissional enfermeiro para atuar neste cenário de (ad) diversidades. Por fim, compreende-se que a educação holística, exija a participação do ser em sua totalidade. Cérebro e espírito, corpo e mente, razão e emoção são partes de um todo e precisam estar interconectadas para que o todo seja completo seja obtido no ato de ensinar, ser e fazer enfermagem. **Descritores:** Pensamento; Ensino; Enfermagem.



PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS SOBRE O ESTABELECIMENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS PARA PACIENTES COM PROBLEMAS ORTOPÉDICOS

Marcos Barragan Da Silva, Manoela Schmarczek Figueiredo, Bruna Engelman, Siméia Corrêa De Matos, Miriam de Abreu Almeida

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: O processo de raciocínio diagnóstico é baseado nas evidências clínicas do paciente, somadas às informações sobre um problema de saúde ou a processos vitais. A acurada identificação dos diagnósticos de enfermagem é fundamental para a escolha de intervenções que possibilitem a melhora dos resultados do paciente. **Objetivo:** Conhecer a percepção de enfermeiros assistenciais sobre o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem prioritários para pacientes com problemas ortopédicos. **Método:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu em janeiro e fevereiro de 2017, através de entrevista semi-estruturada individualizada, com 10 enfermeiros assistenciais de unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário. Foram incluídos enfermeiros com dois anos ou mais de experiência em ortopedia. As informações foram analisadas segundo Bardin. Projeto aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa (160118). **Resultados:** A partir dos dados oriundos das entrevistas, formulou-se a categoria temática: Processo de raciocínio diagnóstico: estabelecendo diagnósticos de enfermagem prioritários. Nesta categoria identificou-se que os aspectos relativos ao paciente com problemas ortopédicos e suas condições clínicas fornecem subsídios para a escolha dos diagnósticos de enfermagem mais importantes a serem trabalhados no hospital, tais como: Dor Aguda, Mobilidade Física Prejudicada e Risco de quedas. A idade do paciente, a dor relacionada à cirurgia, a mobilidade prejudicada no pré-operatório e as limitações de movimento após o procedimento cirúrgico são características importantes para a escolha desses diagnósticos. Além disso, os enfermeiros destacaram determinados aspectos da assistência de enfermagem comuns aos pacientes cirúrgicos e decorrentes da avaliação da ferida operatória, drenagens e mobilidade no leito, aos quais direcionam a escolha dos diagnósticos Integridade tissular prejudicada, Risco de Sangramento, Risco de Ulcera por Pressão. **Conclusão:** A avaliação da dor e da mobilidade, sua relação com a segurança do paciente e o monitoramento das condições da ferida operatória são dados relevantes para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem mais apropriados e principais ao paciente submetido à cirurgia ortopédica. **Descritores:** Enfermagem ortopédica, Processos de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem.

PREVALENCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RESPIRATÓRIOS EM PACIENTES ATENDIDOS PELO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA COM GATILHOS DE DISFUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Vivian Rodrigues Fernandes, Laura Fonseca, Karina Azzolin, Jessica Bubols

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) consideram as principais necessidades de saúde com base na compreensão dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. A disfunção respiratória apresenta-se como importante preditor clínico estando associado ao aumento da mortalidade, seu reconhecimento depende da avaliação do enfermeiro e ficou ainda mais evidente com a instituição dos Times de Respostas Rápidas (TRR), criados para atender as demandas de deterioração clínica nas enfermarias. **Objetivo:** Identificar os DE respiratórios mais prevalentes em pacientes atendidos pelo TRR com gatilhos de disfunção respiratória. **Método:** Trata-se de uma subanálise de um estudo quantitativo, longitudinal retrospectivo realizado em um hospital universitário no sul do Brasil. Serão incluídos 400 prontuários de pacientes adultos atendidos pelo TRR, com os gatilhos relacionados à função respiratória: FR<8>35 e saturação<90%.



Serão considerados os DE abertos 24 horas antes e após o atendimento do TRR. **Resultados preliminares:** Foram analisados 50 prontuários de pacientes atendidos pelo TRR por disfunção respiratória. A maioria dos pacientes pertencia ao sexo masculino(68%), com idade média de $61,42 \pm 16,7$ anos. Quanto ao motivo da internação, apenas 11 pacientes eram cirúrgicos, os demais internados por causas clínicas. As comorbidades mais prevalentes foram: hipertensão arterial sistêmica(46%), diabetes mellitus(36%), câncer(34%) e tabagismo(30%). Identificou-se que 74% dos chamados ao TRR foram por gatilhos de dessaturação e 26% por alterações na FR. Os DE e seus respectivos fatores relacionados mais prevalentes foram: Padrão Respiratório Ineficaz(PRI)(40%), 20% relacionado à infecção, 10% relacionado à prejuízo neuromusculoesquelético, 8% relacionado a secreção e 2% relacionado à fadiga; Ventilação espontânea prejudicada(VEP) relacionada à prejuízo neuromusculoesquelético (20%), Troca de Gases Prejudicada(TGP)(6%), 4% relacionado à processo infeccioso e 2% à mudanças na membrana alveolocapilar. Os fatores relacionados infecção e secreção do DE PRI e processo infeccioso do DE TGP não estão descritos na NANDA-I. Ainda foi identificado o DE Risco de Função Respiratória Prejudicada(6%), 4% relacionada à história de broncoespasmo e 2% relacionado a dor, este DE não consta na última edição da NANDA-I. **Conclusão:** Nesta amostra os DE relacionados à disfunção respiratória foram considerados com baixa prevalência, considerando-se o gatilho de acionamento do TRR. O DE mais identificado foi PRI. **Descritores:** diagnóstico de enfermagem; time de resposta rápida; insuficiência respiratória.

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM CONSULTAS DE ENFERMAGEM DE SEGUIMENTO A PACIENTES ONCOLÓGICOS

Veridiana Stein, Dayane de Aguiar Cicoella, Roberta Waterkemper, Eliane Goldberg Rabin, Livia Lírio Campo, Keron dos Santos Sanches

Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre

Introdução: O seguimento de pacientes tratados para câncer é uma necessidade reconhecida e de investimento em países desenvolvidos, sendo estratégia importante de cuidado que se propõe a identificar mudanças na saúde que indiquem recorrência ou metástase, complicações tardias do tratamento, bem como efeitos físicos e psicológicos. **Objetivo:** Descrever os principais Diagnósticos de Enfermagem (DE) identificados em consultas de enfermagem de seguimento a pacientes oncológicos. **Método:** Estudo transversal desenvolvido entre janeiro de 2014 e maio de 2015, aprovado em Comitê de Ética, CAAE 20251013.8.0000.5345, em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia na cidade de Porto Alegre/RS/Brasil. **Resultados:** A amostra foi composta por 101 pacientes que realizavam seguimento ambulatorial para câncer de mama, próstata e cólon. Os dados foram obtidos a partir do prontuário eletrônico, histórico de enfermagem e instrumentos de registro próprios do estudo. Os DE foram elencados com base na North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) 2012. Os DE mais prevalentes foram: Estilo de vida sedentário (36%); Disposição para o autocontrole da saúde melhorado (19%); Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (19%); Dor crônica (11%); Comportamento de saúde propenso a risco (10%); Ansiedade (9%); Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (6%); Mobilidade física prejudicada (5%); Risco de glicemia instável (5%) e Insônia (4%). Destacam-se em guidelines que dentre os fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento do câncer de mama, próstata e cólon estão o sedentarismo, a dieta rica em carboidratos e açúcares. Identificou-se que os pacientes, mesmo em situação de seguimento e livres da doença, mantêm hábitos de vida que se constituem como fator de risco para o desenvolvimento de novo câncer e/ou recidiva. Percebe-se que nas consultas de enfermagem o DE mais prevalente está relacionado com o estilo de vida sedentário, ou seja,



pouca ou nenhuma atividade física. **Conclusões:** Neste sentido, a consulta de seguimento tem importante papel na conscientização sobre a importância da manutenção de estilos de vida saudáveis e busca reorientar pacientes em relação a prevenção de recidiva e/ou um segundo tumor primário. A identificação dos DE prevalentes permite a otimização do plano de cuidados em acordo com a realidade de cada paciente, fornecendo subsídios para que possam empoderar-se de seu autocuidado. **Descritores:** Enfermagem Oncológica, Diagnóstico de Enfermagem, Promoção da Saúde.

PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO AO IDOSO

Alice do Amarante Mendonça, Carlíce Maria Scherer
Sociedade Educacional Três de Maio

Introdução: O envelhecimento populacional é uma das mais importantes mudanças demográficas observadas em todo mundo, se tornando um grande desafio, principalmente para os profissionais da saúde que devem estar preparados para atender esta população. A promoção da qualidade de vida das pessoas idosas é uma necessidade urgente, podendo ser implementada através do Processo de Enfermagem (PE). **Objetivo:** Este estudo objetivou identificar a aplicação do PE ao idoso, os benefícios e as dificuldades encontradas para a sua aplicação, elencando os principais diagnósticos de Enfermagem utilizados e verificando quais os métodos de avaliação utilizados com os idosos. Essa pesquisa caracteriza-se como revisão integrativa, utilizando como fonte de busca de dados a Biblioteca Virtual em Saúde, com os seguintes descritores: "Assistência", "Enfermagem" e "idoso", gerando 3.004 artigos, sendo selecionados 13 artigos para a análise, publicados entre 2004 a 2015. **Resultados:** Os resultados apresentaram cinco categorias principais: Envelhecimento populacional brasileiro e mundial: o aumento da população idosa está cada vez mais evidente nos países desenvolvidos e principalmente nos que estão em desenvolvimento; Benefícios da utilização do PE ao idoso: através do processo de enfermagem é possível identificar as necessidades humanas básicas de cada indivíduo, tendo uma visão holística e estabelecendo as prioridades; Dificuldades encontradas para a aplicação do PE: a não aceitação dos próprios profissionais da enfermagem, muitas vezes acompanhada pela falta de interesse e preparo; Principais diagnósticos de enfermagem utilizados com os idosos: o domínio mais citado é sobre atividade e repouso e o diagnóstico mais utilizado é Comunicação verbal prejudicada; Os métodos utilizados na avaliação dos idosos que foram encontrados são: o Mini-Exame do Estado Mental, Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage, Escala de Katz e Lawton e o Modelo Calgary de Avaliação Familiar. Após a leitura e análise dos artigos fica evidente a pouca implementação do processo de enfermagem, devido à sobrecarga de trabalho e à falta de preparo teórico. Os estudos sobre o PE e sua implementação aos idosos deve ser uma constante diante da necessidade do atendimento de qualidade as pessoas idosas que estão em uma fase especial de suas vidas, pois através dele é possível elaborar um plano de cuidados individualizado, de qualidade e que promova a independência do idoso dentro de seus limites impostos pela idade. **Descritores:** Assistência; Enfermagem; Idoso.



PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA: ESTUDO DE CASO

Claudenilson Da Costa Regis, Raví Pimentel Pereira, Cristina Elisa Nobre Schiavi, Cátia Souza Portela, Margarita Ana Rubin Unicovsky
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: Pacientes com Insuficiência Venosa Crônica (IVC) estão sujeitos ao desenvolvimento de Úlceras Venosas Crônicas (UVC). O Processo de Enfermagem (PE), aliado às taxonomias NANDA International, Nursing Outcomes Classification (NOC) e Nursing Interventions Classification (NIC), auxiliam ao enfermeiro na tomada de decisão clínica, com o potencial de prevenir e cuidar das UVC. **Objetivos:** Descrever o PE aplicado a um paciente com UVC atendido em internação hospitalar **Método:** Estudo de caso realizado por acadêmicos de enfermagem durante estágio da disciplina de adulto I em unidade clínica de um em Hospital Universitário. Os dados foram coletados retrospectivamente em prontuário eletrônico e em exame clínico, no segundo semestre de 2014. Após discussão em grupo e suporte bibliográfico, foram selecionados diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para o caso em questão. Os aspectos éticos foram respeitados conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 52 anos, diagnosticada com IVC possui histórico de re-internações por erisipela e úlcera infectada em Membro Inferior Esquerdo (MIE). Interna por úlcera venosa infectada, apresentando dor constante de intensidade sete sob forma de pontada no local da lesão, dermatite ocre em membros inferiores, deambulando com auxílio. O Diagnóstico de Enfermagem (DE) estabelecido foi Integridade Tissular Prejudicada, relacionado à circulação alterada. A partir daí elencou-se o Resultado de Enfermagem (RE) Integridade Tissular: pele e mucosas, a partir do qual foram selecionados os indicadores: Integridade da Pele, Perfusão Tissular e Lesões de Pele. Objetivando melhora nesses indicadores, fato que espelha a evolução do paciente, foram implementadas intervenções de enfermagem, como monitorar as características da lesão, realizar limpeza com material apropriado e aplicar curativo adequado ao tipo de lesão. O período de acompanhamento foi de um mês, com avaliações diárias. O paciente apresentou melhora em todos os indicadores do RE. **Conclusões:** O caso apresentado permitiu individualizar o cuidado e planejar os resultados a serem alcançados pelo paciente. As taxonomias NANDA-I, NIC e NOC demonstraram que podem ser adequadas para o desenvolvimento do PE na assistência ao paciente com UVC. **Descritores:** Processo de Enfermagem, Avaliação de Resultados (cuidados em saúde); Classificação.

PROCESSO DE ENFERMAGEM UMA FERRAMENTA NORTEADORA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Júlia Ruth Toledo da Silva, Cassia Teixeira dos Santos, Karine Ribeiro Pereira, Denise Antunes Azambuja Zocche
Universidade do Estado de Santa Catarina

Introdução: A Consulta de Enfermagem (CE) é uma estratégia tecnológica de cuidado resolutiva, respaldada por lei, privativa do enfermeiro, e que viabiliza o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao paciente. Nessa perspectiva, utiliza-se o Processo de Enfermagem (PE) como metodologia para a execução da CE, facilitando a identificação de problemas reais e /ou potenciais do indivíduo, família e c/ou comunidade e favorece ao raciocínio clínico na tomada de decisão quanto ao planejamento e execução e avaliação de duas ações. **Objetivo:** Analisar como o processo de enfermagem é aplicado nas consulta de enfermagem no cenário da atenção básica. **Método:** pesquisa transversal, exploratória e descritiva de abordagem qualitativa. A coleta de



dados foi realizada nas 26 Centros de Saúde da Família (CSF) do município de Chapecó-SC, totalizando um número de 32 enfermeiros entrevistados, no período de julho a outubro de 2016. Utilizou-se como instrumento de pesquisa entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi realizada conforme Minayo (2010). A pesquisa foi aprovada em Comitê de ética da instituição de ensino protocolo 1.478.471. **Resultados:** A partir da análise de conteúdo emergiram duas categorias: A adesão à consulta: um processo em construção; e a segunda, O papel do enfermeiro na consulta: uma identidade a construir. A partir disso, observou-se que as enfermeiras entrevistadas realizam anamnese, exame físico e identificam as necessidades do paciente e estabelecem planos terapêuticos pautados nas orientações de educação em saúde, incentivando e promovendo o autocuidado. Em alguns casos, elas prescrevem medicamentos, conforme protocolo institucional, ou solicitam exames. A reavaliação é feita com retorno do paciente ao serviço, ou pelo acompanhamento da equipe nas visitas domiciliares. No entanto, encontramos algumas enfermeiras que se sentiam despreparadas e contrárias à operacionalização de protocolos. **Conclusão:** Com o presente estudo, percebe-se que o processo de enfermagem nas consultas restringe-se aos seguintes passos: anamnese, exame físico, intervenção e reavaliação. Ou seja, ainda se sente a necessidade do enfermeiro compreender as etapas do PE, sensibilizando-se da cientificidade de sua prática e do seu protagonismo no atendimento integral e qualificado ao usuário que a consulta de enfermagem abrange. **Descritores:** Processos de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

PROCESSO DE ENFERMAGEM: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO ESTAGIO SUPERVISIONADO

Adriana Gracietti Kuczmainski, Emanuelli Carly Dall'Agnol, Eliana Hahn, Jessica de Sousa Oliveira, Neriane Pavan Piana, Gabriela Rebeschini
Universidade do Estado de Santa Catarina

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico orientador da assistência profissional do enfermeiro, com o propósito fundamental de atender as necessidades individualizadas do cliente, família e comunidade. Como uma atribuição legal da prática do profissional enfermeiro, este deve ser realizado em todos os ambientes em que ocorre o cuidado de enfermagem, conforme regulamentação específica. Sob esse contexto, o ensino do PE apresenta-se no curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) como um método norteador do cuidado de enfermagem. **Objetivo:** Descrever os desafios e potencialidades vivenciados na aplicação do processo de enfermagem em um estágio curricular supervisionado. **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre a aplicação do PE em um hospital privado do Oeste de Santa Catarina, a partir das vivências vinculadas ao estágio curricular supervisionado do nono semestre, do curso de Enfermagem da UDESC, desenvolvido no período de fevereiro a abril de 2017, em setores de internação clínico-cirúrgica, UTI adulto, centro cirúrgico e pronto atendimento. **Resultados:** Destaca-se inicialmente, como uma potencialidade na aplicação do PE, a estrutura organizacional da instituição hospitalar, a qual possui diferentes ferramentas de sistematização da assistência em enfermagem e estratégias de educação continuada. Enquanto acadêmicas o PE permite a construção de um raciocínio clínico, de um olhar ampliado ao paciente, possibilitando o elencar de prioridades e respectivas prescrições de cuidados e o acompanhamento do desfecho clínico do paciente, entretanto enquanto estudantes ainda vivencia-se uma restrição de conhecimento teórico, o que se apresenta como uma barreira na prescrição de cuidados. A falta de informatização do PE também se evidencia como uma barreira para a implementação do PE, pois não se tem a efetividade esperada, devido à tomada de tempo, espaço, e demanda de profissional. Observa-se também uma dificuldade de envolver a equipe de enfermagem no processo, pela fragilidade na compreensão da real importância desse



instrumento de cuidado em enfermagem. **Considerações Finais:** Vivenciam-se desafios na aplicação do PE no estágio, entretanto o PE se sobressai às barreiras ao apresentar-se como um método que proporciona a construção de raciocínio clínico, pensamento crítico e desenvolvendo maior autonomia e conhecimento das práticas específicas da enfermagem para o futuro profissional. **Descritores:** Enfermagem, Estágios, Processos de Enfermagem.

PROCESSO DE ENFERMAGEM: OS DIAGNÓSTICOS PARA A SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Gabriele Peres de Sousa, Bárbara Elis Dal Soler, Bárbara Amaral da Silva, Franciele Anziliero, Ana Paula Almeida Correa, Mariur Gomes Beghetto
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: pacientes com Síndrome Coronariana Aguda (SCA) devem receber cuidados específicos a fim de minimizar complicações relacionadas ao quadro agudo, ao seu diagnóstico (cateterismo -CAT), ou ao tratamento (Angioplastia Coronariana Percutânea Transluminal - ACTP), demandando Diagnósticos de Enfermagem (DE) e plano de cuidados adequados. **Objetivo:** Identificar os Diagnósticos de Enfermagem estabelecidos para pacientes com SCA. **Método:** Estudo transversal retrospectivo que incluiu, por um ano (2012), todos os pacientes atendidos em uma emergência do sul do Brasil cujo diagnóstico médico de admissão foi SCA. Foram avaliados os DEs implementados 24 horas após a admissão na emergência. O estudo foi aprovado quanto seus aspectos éticos e metodológicos pelo comitê de ética da instituição (nº130091). **Resultados:** No período do estudo, 132 pacientes com SCA foram admitidos, destes 105 (79,5%) tinham algum DE. Dos pacientes que tinham DEs prescritos, 90% tinham DEs relacionados à SCA. Os diagnósticos mais prevalentes foram perfusão tissular ineficaz cardiopulmonar relacionada à comprometimento do fluxo sanguíneo (61%), conforto alterado relacionado a distúrbio vascular (18.%), dor aguda relacionada à alteração vascular (14,2%), outros (6,8%), que foram prescritos de forma isolada ou combinados com outros DEs. Quando avaliados os pacientes que passaram por intervenção (CAT ou ACTP) para diagnóstico ou tratamento da SCA (n = 79), 58% (n = 46) deles tinham um ou mais DEs relacionados à ACTP ou CAT. Os DEs prescritos após CAT ou ACTP mais prevalentes foram risco de Infecção relacionado a procedimento invasivo (28%), integridade tissular prejudicada relacionada ao trauma mecânico (16.9%) e risco de sangramento relacionado a efeitos adversos da terapia (3,2%), outros (51.9%), todos prescritos de forma combinada com outros DEs. **Conclusão:** Nem todos pacientes com SCA tiveram algum diagnóstico de enfermagem implementado, ainda assim, uma grande proporção de pacientes tiveram DEs relacionados a SCA prescritos nas 24 horas após a admissão no serviço de emergência. Nesse sentido, ao considerar os DEs como balizadores da assistência de enfermagem, a identificação de diagnósticos prevalentes para um grupo de pacientes pode subsidiar e estimular o enfermeiro a implementar diagnósticos apurados e que sinalizam para melhores planos de cuidados. **Descritores:** Síndrome Coronariana Aguda, diagnóstico de enfermagem e cuidados de enfermagem.

PROTAGONISMO DO PACIENTE DIABÉTICO DEVE SER SUSTENTADO PELA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO

Fernanda Feldmann, Ângela Maria da Silva Dutra, Taline Bavaresco
Universidade de Caxias do Sul

Introdução: Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que,



apesar de viverem mais, apresentam condições crônicas associadas e com dificuldade na compreensão e adesão ao regime de tratamento. Desta forma é de extrema importância que o enfermeiro realize o processo de enfermagem e utilize os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (DEs) da NANDA-I, intervenções da Nursing Intervention Classification (NIC) e resultados de enfermagem da Nursing Outcomes Classification (NOC), para a qualificação de sua prática com essa população. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente portador de Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e Hipertensão arterial sistêmica (HAS). **Método:** Estudo de caso realizado entre março e abril de 2017 em um ambulatório de Danos crônicos. **Resultado:** Paciente feminina, 68 anos, branca, portadora de DM2 há 16 anos, HAS e dislipidêmica. Refere em consulta de enfermagem (CE) que utiliza Insulina NPH 30 UI antes do café e 20UI antes da janta, AAS 100mg/1x, Omeprazol 20mg/2x, Enalapril 10mg/1x, Metformina 85mg/3x, Glibenclamida 5mg/3x, Cálcio e Vitamina D. Relata fazer a aplicação da Insulina somente na região central do abdômen. Em sua alimentação faz uso de temperos industrializados, utiliza doces diariamente pelo medo de hipoglicemia e consome excesso de banana do tipo caturra. Diante disso o DE priorizado foi Controle Ineficaz da Saúde e se elencou o resultado NOC Cuidados em doenças crônicas para ser atingido em médio prazo. Para isso, a intervenção NIC Ensino: processo de doença crônica com atividades direcionadas foi implementada. Após duas CEs a paciente expressa o entendimento reduzido da importância do controle glicêmico, compreende a importância da utilização dos medicamentos e do rodízio na aplicação da insulina e de se adaptar ao novo estilo de vida. Porém, na terceira CE se observa pico de hiperglicemia (HGT: 522mg/dl) justificando a manutenção do hábito da ingestão de balas de forma rotineira, sendo assim foi acrescentado o DE Risco de Glicemia instável em seu planejamento de cuidado. **Conclusão:** O atendimento ao paciente diabético requer do enfermeiro conhecimento do processo de doença e ferramentas como o PE para auxiliar no protagonismo do paciente com seu regime de tratamento de forma contínua. **Descritores:** Diabetes mellitus; Processos de enfermagem; Assistência de enfermagem.

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS PARA PACIENTE CRÍTICO: CONFUSÃO AGUDA RELACIONADA AO DELIRIUM

Jéssica Pinheiro Bubols, Thieli Lemos de Souza, Karina de Oliveira Azzolin, Vivian Rodrigues Fernandes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) a incidência de delirium é expressiva, 21% a 73% dos pacientes críticos, desencadeando declínio funcional, maior morbidade, mortalidade, período de internação, tempo de ventilação mecânica e custos. No entanto o subdiagnóstico é observado em cerca de 30% a 75% dos mesmos. A partir do uso das linguagens padronizadas e o estabelecimento do Diagnóstico de Enfermagem (DE) Confusão Aguda relacionado ao delirium, o rastreamento desse agravo pode ser otimizado. **Objetivo:** Desenvolver e validar um protocolo assistencial de cuidados para manejo de pacientes com o DE Confusão aguda relacionada ao delirium em UTI, a partir da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e evidências achadas na literatura. **Método:** O estudo foi composto de três etapas: elaboração de uma revisão integrativa (RI) para a identificação das evidências no que tange aos cuidados para delirium, após foi realizado o mapeamento cruzado entre estas e as intervenções da NIC. A segunda etapa foi à construção do protocolo com os cuidados identificados e por fim a validação do conteúdo pelos peritos, sendo considerados válidos cuidados com índice de validade de conteúdo (IVC) $\geq 0,90$. **Resultados/Discussão:** No desenvolvimento da RI foram encontrados 17 artigos originais. As evidências identificadas nos estudos foram relacionadas a duas intervenções e 4 atividades, dentre as prioritárias; 10 intervenções e 28 atividades nas sugeridas e 4 intervenções e 8 atividades nas



essenciais. Nenhuma intervenção opcional foi mapeada. Dos 48 cuidados submetidos à validação de conteúdo, apenas 4 não obtiveram consenso pelo IVC. O protocolo assistencial de cuidados validado pelos peritos englobou cuidados referentes ao diagnóstico de delirium, pausa de sedação e mobilização precoce (segundo o Bundle ABCDE), orientações para dor, agitação e delirium, agitação psicomotora, orientação cognitiva, promoção do sono, ambiente e participação da família. **Conclusão:** Na prática assistencial o uso das linguagens padronizadas pode favorecer a criação de protocolos de cuidados para pacientes críticos, visando qualificar a assistência prestada pela equipe multiprofissional. Incentivar o raciocínio clínico, além de proporcionar melhor gerenciamento e alocação dos recursos humanos e financeiros. No entanto, ainda são necessárias mais pesquisas a fim de determinar evidências mais robustas dos cuidados farmacológicos e não farmacológicos. **Descritores:** Delírio; Diagnóstico de Enfermagem; Protocolos.

QUALIFICAÇÃO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PELO USO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DIABÉTICO: ESTUDO DE CASO

Ângela Maria da Silva Dutra, Fernanda Feldmann, Taline Bavaresco
Universidade de Caxias do Sul

Introdução: Um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica é a atenção em saúde para as doenças crônicas, dentre elas a Diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Condição muito prevalente, multifatorial e com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais. Assim, para sua abordagem ser efetiva, necessariamente há necessidade de envolver diversas categorias profissionais. Nesse cenário, o enfermeiro pode utilizar o processo de enfermagem e os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (DEs) da NANDA-I, intervenções da Nursing Intervention Classification (NIC) e resultados de enfermagem da Nursing Outcomes Classification (NOC), para a qualificação de sua prática e para promover a participação pró-ativa dos indivíduos, e suas famílias. **Objetivo:** Aplicar do Processo de Enfermagem em paciente portador de DM2 durante as consultas de enfermagem (CE). **Método:** Estudo de caso realizado entre Março e Abril de 2017 em um ambulatório de Danos crônicos. **Resultado:** Paciente feminina, 49 anos, branca, portadora de Hipertensão arterial sistêmica, atrofia do rim esquerdo, epilepsia, com seqüelas de Acidente vascular encefálico, dislipidemias e DM2 há 10 anos. Faz uso de AAS 100mg/1x, HCTZ 25mg/1x, Losartana 20 mg/2x, Verapamil 80mg/2x, Atenolol 50mg/1x, Glifage 500 Xr 500 mg/1x, Insulina Regular 18 UI antes do café, almoço e janta e Insulina NPH 30 UI antes do café e 45 UI às 22h. A paciente relata não fazer rodízio nas aplicações das insulinas, utilizando apenas a parte posterior do braço esquerdo e informa que utiliza a insulina NPH da noite apenas três dias na semana, por não realizar a janta em casa. Ainda, diz que opta por não aplicar a insulina NPH e regular quando o HGT fica em torno de 110 mg/dl por medo de hipoglicemia. Não observa o intervalo de tempo entre a insulina e a refeição. Com isso o DE priorizado foi Risco de glicemia instável. No seu planejamento o resultado NOC Conhecimento: Controle do Diabetes e a intervenção NIC Ensino: Medicamentos prescritos foram escolhidos diante do julgamento emitido. Após três CE a paciente realiza rodízio na região abdominal, intercala com coxa e braço, ainda está se adaptando com a realização das insulinas de forma contínua, bem como a aplicação no horário da noite e mudanças de hábitos alimentares. **Conclusão:** A aplicação do processo de enfermagem para paciente diabético insulino dependente requer do enfermeiro habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais para qualificar sua atuação clínica. **Descritores:** Diabetes mellitus dependente de insulina; Processos de enfermagem; Assistência de enfermagem.



REFLEXÕES SOBRE OPERACIONALIZAÇÃO E APLICABILIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA GRADUAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Veridiana Stein, Dayane de Aguiar Cicolella
Centro Universitário Metodista/IPA

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) e os sistemas de classificação de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I), Intervenções (NIC) e Resultados (NOC), tem papel fundamental para a qualificação do cuidado. Muitos enfermeiros deixam de aplicar o PE em sua integralidade e com isso, fragmentam os cuidados e problemas do paciente deixando de vê-lo como um todo. O processo de formação do enfermeiro visa desenvolver competências que incluem conhecimento, habilidades e atitudes, exigidas frente às demandas básicas da prática profissional. O ensino do PE na graduação perpassa por disciplinas do componente básico ao componente profissional. Neste sentido, quando não realizamos o PE integralmente, perdemos informações importantes e, neste percurso, há esquecimento sobre o significado da coleta de dados, suas interpretações e avaliação dos resultados, podendo resultar em falhas. **Objetivo:** Descrever vivências acadêmicas na identificação de facilitadores e inviabilizadores sobre a aplicabilidade do PE. **Método:** Relato de experiência desenvolvido a partir de vivências na graduação de enfermagem, em estágios curriculares, nas diferentes instituições de saúde. **Resultados:** Nas práticas de estágio é possível perceber que o PE, apesar de comprovado seus benefícios, nem sempre é realizado da maneira correta e com frequência adequada. Os pontos positivos de sua aplicação relacionam-se às melhorias na qualidade da assistência e segurança do paciente, planejamento de atividades, execução de cuidados e avaliação de condutas. Promove autonomia do enfermeiro, individualização do cuidado, diminuição do tempo de internação e economia de recursos. Porém, percebe-se que a falta de reconhecimento por parte da equipe de enfermagem sobre as finalidades do PE ainda é um importante obstáculo a ser vencido. Também, o número insuficiente de enfermeiros nos serviços, bem como seu envolvimento em processos não relacionados à assistência direta são considerados dificultadores. **Considerações finais:** O PE surgiu como uma possibilidade de consolidar o cuidado clínico e científico do enfermeiro, sendo um método que contribui para a valorização do profissional e equipe de enfermagem. Possibilitar reflexões e discussões sobre esta temática na graduação permite crescimento do futuro profissional, principalmente no que se refere aos enfrentamentos identificados na aplicabilidade e operacionalização do PE nas instituições de saúde. **Descritores:** Enfermagem; Processos de Enfermagem; Aprendizagem.

REGISTROS DE ENFERMAGEM: RELEVÂNCIA E OBEDIÊNCIA ÀS NORMAS LEGAIS

Daiana Cristine Cocconi, Flávia Aline Carneiro
Conselho Regional de Enfermagem-RS

Introdução: Registrar a assistência prestada é uma obrigação ética e legal dos profissionais de enfermagem. Os registros são essenciais para a comunicação entre a equipe multidisciplinar e servem como fonte de dados para pesquisas, processos jurídicos, auditorias e a avaliação da qualidade assistencial. A regulamentação legal específica para os registros de enfermagem é instituída pelo Conselho Federal e pelos Conselhos Regionais de Enfermagem. Segundo a legislação, um registro deve conter os seguintes itens: identificação do paciente; data e hora; texto legível; ser isento de rasuras e espaços em branco e; identificação do nome, função e número do registro profissional. A ausência de registros, ou a presença de anotações com dados inexpressivos, podem ser interpretados como negligência do profissional. A qualidade da assistência pode ser caracterizada de acordo com os registros existentes sobre a sua execução.



Inclusive, o valor pago às instituições de saúde pela utilização de materiais e de medicamentos, pela execução de procedimentos e por outros serviços fornecidos ao cliente está vinculado aos registros da equipe de enfermagem. Sendo assim, questiona-se: Os registros de enfermagem atendem as exigências da legislação vigente? **Objetivo:** Verificar na literatura se os registros de enfermagem obedecem os critérios legalmente estabelecidos. **Método:** adotou-se a revisão bibliográfica narrativa. Foram utilizados 08 artigos, disponíveis nas bases de dados Lilacs e Scielo, publicados nos últimos dez anos, na língua portuguesa. **Resultados:** Constatou-se as seguintes situações: 1) Inexistência de registros; 2) Registros pobres em informações relevantes; 3) Registros com rasuras; 4) Registro de procedimentos realizados sem a devida checagem; 5) Identificação incompleta do autor. **Conclusão:** Conclui-se que de forma geral, os registros de enfermagem encontram-se em desacordo com a legislação. Considerando a relevância destes registros para planejamento dos cuidados ao cliente, o impacto financeiro que a qualidade destes registros pode representar para a instituição e o respaldo legal que conferem ao profissional de enfermagem, este item deve receber mais atenção tanto dos gestores, quanto dos profissionais de enfermagem. **Descritores:** Registros de Enfermagem. Avaliação em Enfermagem. Processo de Enfermagem.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NA COMISSÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM – COPE

Christofer da Silva Christofoli, Amália de Fátima Lucena, Caroline Dos Santos Cabral Rupp, Juliana Elenice Pereira Mauro, Maria do Carmo Rocha Laurent
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A Comissão do Processo de Enfermagem (Cope) é responsável pela implementação, atualização e avaliação do Processo de Enfermagem (PE), com ênfase no cuidado individualizado, no registro qualificado e seguro. Constituída por enfermeiras do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, além de estagiários (Acadêmicos de Enfermagem) que participam ativamente das atividades desenvolvidas pela Cope. **Objetivo:** O objetivo é relatar a experiência do acadêmico em enfermagem na organização e desenvolvimento das capacitações realizadas pela Cope. Trata-se de um relato de experiência dos estagiários da Cope no auxílio à capacitação do PE para novos enfermeiros e técnicos de enfermagem. O estudo foi realizado na Cope do HCPA, no ano de 2016, com amostra de 181 enfermeiros e técnicos de enfermagem admitidos durante o ano. A admissão de enfermeiros e técnicos de enfermagem no HCPA acontece semanalmente e os mesmos participam da Integração do Grupo de Enfermagem (GEnf), onde recebem informações institucionais sobre vários temas, incluindo o PE. Em um segundo momento, a capacitação é diferenciada para enfermeiros e técnicos. Os enfermeiros são capacitados sobre a operacionalização do sistema AGHUse, preenchimento de anamnese, exame físico, diagnósticos de enfermagem, prescrição de enfermagem, evolução, entre outros. Os técnicos de enfermagem são capacitados em relação ao sistema AGHUse para uso do módulo de controles do paciente, onde são abordados os registros dos sinais vitais, controle hídrico, registro de medicamentos, entre outros. Os colaboradores são informados sobre como acessar o sistema informatizado para consulta dos Procedimentos Operacionais Padrão e Protocolos institucionais. Os estagiários participam fazendo os agendamentos das capacitações, distribuição das capacitações semanais entre os enfermeiros da Cope e comunicações pertinentes, bem como todo o registro em planilhas para monitoramento desse processo. Participaram da integração do GEnf em 2016, 181 novos profissionais de enfermagem, sendo 28,18% enfermeiros e 71,82 técnicos de enfermagem. No segundo momento 90,2% dos enfermeiros e 10,78% dos técnicos de enfermagem foram capacitados quanto ao PE. A capacitação proporciona revisão do PE, evidencia a importância e



qualifica o preenchimento dos registros. Esse trabalho contínuo reforça a qualidade dos registros, proporciona motivação e um modelo aos acadêmicos. **Descritores:** Capacitação profissional, Alunos de Enfermagem, Estágio.

RELIGIOSIDADE DADO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: DESAFIO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Kemberly Zanchett, Rosana Pinheiro Lunelli
Centro Universitário da Serra Gaúcha

Introdução: acessar a dimensão religiosa e espiritual de um paciente representa uma compreensão mais profunda de suas crenças e valores, permitindo ao profissional de saúde atender melhor suas necessidades. **Objetivo:** Identificar como o enfermeiro aborda a religiosidade dos pacientes clínicos e cirúrgicos durante a aplicação do processo de enfermagem. **Método:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido através da análise de conteúdo de Bardin. A pesquisa está sendo realizada em um hospital público da cidade de Caxias do Sul. Os dados parciais foram coletados através de entrevista estruturada. A amostra até o presente momento é composta por 06 enfermeiros. Os preceitos éticos foram respeitados, com o parecer de aprovação do CEP: 1.732.907. **Resultados:** os enfermeiros, como profissionais presentes na assistência, identificam as particularidades envolvidas nos conceitos de espiritualidade e religiosidade, da mesma forma que reconhecem a articulação entre eles. **Conclusão:** a pesquisa revelou que a religiosidade, de um modo geral, grande parte dos enfermeiros afirmam acreditar na importância da abordagem da religiosidade do paciente, porém, em sua prática diária, nenhum deles assumem questionar ou intervir junto a temática. Além disso, foi possível refletir sobre os dados apresentados pelos enfermeiros sobre a religiosidade e sua assistência de enfermagem. **Descritores:** Processos de enfermagem. Espiritualidade. Cuidados de Enfermagem.

RESULTADOS E INDICADORES DA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Ananda Ughini Bertoldo Pires, Andressa Behenck, Amália de Fátima Lucena, Elizeth Heldt
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A consulta de enfermagem em saúde mental realizada no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é estruturada de acordo o processo de enfermagem. As etapas de diagnóstico e intervenções de enfermagem para pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) ocorrem de forma sistematizada durante a consulta. Entretanto, a etapa de avaliação de resultados realizada por meio da Nursing Outcomes Classification (NOC) ainda não foi implementada. **Objetivos:** Selecionar resultados e indicadores de enfermagem da NOC para avaliação de pacientes com TOC e construir definições conceituais e operacionais dos indicadores selecionados. **Método:** Trata-se de uma pesquisa metodológica para definição dos resultados e indicadores NOC por meio de consenso entre duas especialistas em enfermagem em saúde mental e duas em processo de enfermagem. Para a seleção dos resultados e indicadores foi considerado o consenso de 100% entre as quatro especialistas. Posteriormente, foi realizada revisão da literatura para a elaboração das definições conceituais e operacionais dos indicadores. **Resultados:** Foram selecionados quatro resultados NOC: Autocontrole da ansiedade (1402), com quatro indicadores; Nível de medo (1210), com seis indicadores; Nível de ansiedade (1211), com três indicadores; e Controle pessoal do tempo (1635), com quatro indicadores. As definições conceituais e operacionais foram determinadas para cada indicador. **Conclusões:** O consenso das especialistas



permitiu selecionar os resultados mais adequados para a avaliação de pacientes com TOC. As definições conceituais e operacionais dos indicadores viabilizará pesquisar a utilização na prática clínica dos resultados NOC na consulta de enfermagem. **Descritores:** Processo de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Avaliação de Resultados.

RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO RISCO DE SANGRAMENTO EM PACIENTE PEDIÁTRICO SUBMETIDO À BIÓPSIA HEPÁTICA

Luciana Nabinger Menna Barreto, Alesandra Glaeser, Jeniffer Pereira Aires, Karine Bertold, Beatriz Cavalcanti Juchem

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A punção-biópsia hepática (PBH) guiada por ultrassonografia (US) é atualmente um procedimento eficaz para estudo de hepatopatias. Apesar de ser um procedimento minimamente invasivo, a hemorragia intraperitoneal é a complicação mais grave associada ao procedimento e geralmente é observada nas primeiras horas após a biópsia. Neste contexto, a equipe de enfermagem atuante na área de radiologia intervencionista tem papel fundamental na prevenção e detecção precoce de complicações, visto que atua no preparo, durante e após o procedimento. O processo de enfermagem com o uso dos diagnósticos de enfermagem (DE) da NANDA International, resultados da Nursing Outcomes Classification (NOC) e intervenções da Nursing Interventions Classification (NIC) qualifica o cuidado e contribui para o desenvolvimento do ensino e pesquisa na enfermagem. **Objetivo:** Descrever a aplicação da NOC e NIC para paciente pediátrico com o DE Risco de sangramento pós PBH. **Método:** Estudo de caso desenvolvido no Serviço de Radiologia de um hospital escola. **Resultados:** Paciente D.D.B.A., 1 ano, masculino, portador de Histiocitose de Langerhans foi admitido na radiologia para PBH. Em jejum, recebendo soroterapia, acompanhado pela mãe. TP<12s e Plaquetas $264 \times 10^3/uL$. Realizou a biópsia guiada por US sob anestesia geral. Após o exame, foi encaminhado à sala de recuperação sonolento, com curativo limpo no local de punção e sinais vitais estáveis. O diagnóstico Risco de Sangramento relacionado a trauma foi iniciado, estabelecendo-se como principal resultado de enfermagem a Gravidade da perda de sangue, com a meta de manter o indicador Sangramento pós-cirurgia no score 5 (nenhum). Para a intervenção Precauções contra sangramento foram instituídas as atividades: monitorar sangramentos, jejum nas próximas 2 horas, manter repouso no leito por 6 horas, monitorar sinais vitais, orientar familiar sobre sinais de sangramento. Para a intervenção Documentação, foram registrados em prontuário o procedimento realizado, evolução durante a permanência no serviço e condições do paciente no retorno ao leito. Após a recuperação pós-anestésica e na ausência de sangramento, o paciente retornou à unidade de internação com os cuidados prescritos para continuidade da assistência. **Conclusões:** O estudo permitiu identificar os principais resultados e intervenções de enfermagem para o DE Risco de sangramento pós PBH no Serviço de Radiologia, qualificando a assistência de enfermagem nesta especialidade. **Descritores:** Processos de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Biópsia.



RISCO DE QUEDA EM PACIENTE SUBMETIDO AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Alexsandra Relem Pereira, Thiago Dias Pereira
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: O paciente submetido ao Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) pode apresentar sinais e sintomas como fadiga e distúrbios hematológicos decorrentes da doença de base ou ao tratamento interferindo assim no desempenho das atividades usuais e aumentando risco de intercorrências que podem afetar a sua segurança. Tendo em vista a vulnerabilidade do paciente que realiza TCTH e o acidente por queda em pacientes hospitalizados um problema real e comum nas instituições de saúde, torna-se essencial a avaliação para risco de queda e implementação de medidas para prevenção e manutenção da segurança deste paciente.

Objetivos: Descrever as ações de enfermagem para o diagnóstico de Risco de Queda, os resultados esperados (NOC) e as intervenções (NIC) implementadas a este diagnóstico estabelecido para o paciente submetido a TCTH. **Método:** Trata-se de um relato de experiência do profissional enfermeiro de uma Unidade de Ambiente Protegido de um hospital público do sul do país, destinado a Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas. **Resultado:** Observou-se que a fadiga é o sintoma mais frequentemente vivenciado pelo paciente com câncer ou submetido a transplante de células tronco hematopoiéticas devido ao tratamento quimioterápico/radioterápico, desordens sistêmicas como anemias, infecções e plaquetopenia, déficit nutricional, desidratação, distúrbios do sono, imobilidade ou falta de exercícios e ação central de drogas opioides. Tais ocorrências podem levar o paciente a sofrer queda da própria altura, da maca, do leito, do assento de cadeira de rodas, poltronas, vasos sanitário, entre outros, podendo trazer danos irreparáveis ao mesmo. Cabe ao enfermeiro a avaliação para o risco de queda e a implementação de medidas capazes de atender os requisitos estabelecidos nos protocolos de segurança do paciente. **Conclusão:** A partir desse estudo concluiu-se que a enfermagem tem um importante papel na avaliação, na identificação e no manejo de riscos da ocorrência de quedas nas instituições de saúde alicerçado no plano de cuidados de enfermagem e aos protocolos de segurança institucionais. **Descritores:** células-tronco; enfermagem; quedas.

RISCO DE SANGRAMENTO E AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Jandrice Carrasco de Andrade, Lucélia Caroline dos Santos Cardoso, Muriel Gorge, Gabriela dos Santos Pereira, Luzia Teresinha Vianna dos Santos, André Luís Bendl
Centro Universitário UNICNEC

Introdução: Anticoagulantes são fármacos utilizados no manejo e profilaxia de eventos cardiovasculares. A resposta ao uso da terapêutica varia de paciente para paciente e pelo tempo de uso, sendo necessária a monitorização regular para o ajuste das doses. Os ajustes das dosagens são realizados em consultas clínicas tendo-se como base o INR. Hemorragia é a complicação mais comum acometendo aos pacientes anticoagulados. A intensidade da anticoagulação provavelmente seja o fator de risco para sangramento intracerebral, principalmente quando o INR for maior que 4,0. Intervenções de enfermagem que busquem adequação dos valores do INR são importantes para prevenção de eventos hemorrágicos e adequado manejo terapêutico. **Objetivo:** Apresentar trabalho de grupo para controle de anticoagulantes orais na atenção básica. **Método:** Relato de experiência acerca da organização e realização de grupos de educação e promoção à saúde aos pacientes anticoagulados pertencentes à área de estratégia de saúde da família. No acolhimentos e consultas de enfermagem foram identificados pacientes com mal controle de INR



em uso de anticoagulantes orais. Tal situação corroborou para a realização de diagnóstico de enfermagem para Risco de Sangramento relacionado à terapêutica. Equipe foi capacitada por especialista e organizou estratégia para abordagem grupal desses usuários. **Resultados:** Foram realizados 20 encontros grupais com periodicidade quinzenal nas instalações da unidade básica de saúde. Participaram dos encontros os pacientes e seus familiares além dos agentes comunitários de saúde sob moderação de equipe multiprofissional conforme a temática realizada. A interação entre os usuários foi estimulada através da abordagem de assuntos referentes ao uso da medicação e seus efeitos, cuidados com alimentação, rigor na administração da medicação, realização regular dos exames, condutas em caso de traumas e hemorragias, além da solicitação, avaliação e registro dos exames de rotina. Verificou-se maior controle do INR e maior aceitação terapêutica após as orientações grupais. Os agentes comunitários de saúde relataram maior facilidade para orientação nas visitas domiciliares. **Conclusão:** Grupos de educação em saúde são intervenções de baixo custo e alta resolutividade quando bem organizadas e avaliadas. Multidisciplinaridade torna o conhecimento mais completo além de ser uma característica da atenção básica, devendo ser encorajada e implementada nas abordagens aos indivíduos e famílias. **Descritores:** Anticoagulantes; Processos de enfermagem; Sangramento.

SELEÇÃO DE RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA OS DIAGNÓSTICOS RISCO DE SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL E SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL

Carla Argenta, Amália de Fátima Lucena, Miriam de Abreu Almeida
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: Os idosos que vivem na comunidade apresentam necessidades de saúde diferentes dos que se encontram hospitalizados e/ou institucionalizados, pois, em princípio, apresentam maior independência e autonomia, apesar das limitações e vulnerabilidades que envolvem o processo de envelhecimento. Nesse sentido, o domínio de Promoção da Saúde da classificação diagnóstica da NANDA International (NANDA-I) descreve os diagnósticos de enfermagem (DEs) Risco de síndrome do idoso frágil (RSIF) e Síndrome do idoso frágil (SIF), que contemplam as várias necessidades do idoso, bem como os fatores de risco nessa etapa de vida. Assim, a Nursing Outcomes Classification (NOC) e a Nursing Interventions Classification (NIC) apresentam uma série de resultados e intervenções que necessitam ser melhor exploradas no cuidado ao idoso com esses diagnósticos. **Objetivo:** Identificar resultados e intervenções de enfermagem aplicáveis aos diagnósticos de Risco e Síndrome do idoso frágil. **Método:** Estudo descritivo, com base na análise da NOC e da NIC, para a seleção de resultados e intervenções de enfermagem para os respectivos DEs. Para a coleta e análise de dados, consideraram-se as definições dos dois DEs em questão, bem como os seus componentes, ou seja, 13 características definidoras (CD) e dez fatores relacionados (FR) do diagnóstico SIF e 41 fatores de risco (FRI) do diagnóstico RSIF, conforme descrito na NANDA-I. Após, consultou-se a lista de resultados e de intervenções da NOC e da NIC apresentados nos capítulos intitulados “Resultados essenciais para áreas de especialidades de enfermagem” e “Intervenções essenciais para áreas de especialidades de enfermagem”, respectivamente, tendo como norteador a especialidade de Enfermagem Gerontológica. Também se considerou a literatura e a experiência clínica das pesquisadoras. **Resultados:** Foram selecionados 23 resultados da NOC e 20 intervenções da NIC para RSIF; 32 resultados da NOC e 24 intervenções da NIC para SIF, de maneira a subsidiar o enfermeiro para avaliar a condição clínica do idoso. As intervenções foram selecionadas com base nos FR e FRI, levando em consideração que as mesmas precisam ser direcionadas às causas ou às vulnerabilidades dos idosos que apresentam estes diagnósticos, além de suas CD, ou seja, os sinais e sintomas. **Conclusão:** Esse conjunto de resultados e intervenções selecionados embasam o enfermeiro para o cuidado ao



idoso e serão validados por especialistas, para posterior aplicação na prática clínica. **Descritores:** Processos de enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, idoso.

SÍNDROME DE BURNOUT NO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Gilmara Ramos
UNINTER

Introdução: o estresse vem sendo estudado de forma crescente nos últimos anos por interferir sobre o trabalho, saúde e bem-estar das pessoas de forma negativa. A qualidade de vida do enfermeiro vem sendo afetada devido ao trabalho árduo, longas jornadas, falta de reconhecimento profissional e o lidar diariamente com a morte e o sofrimento. Contudo, muitos desses profissionais acabam desenvolvendo a Síndrome de Burnout - caracterizada pelo elevado nível de estresse que afeta a vida profissional e pessoal do trabalhador. A Síndrome de Burnout é caracterizada por três componentes relacionados, mas independentes: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal. **Objetivo:** o estudo tem por objetivo verificar a relação do trabalho e qualidade de vida do enfermeiro com o esgotamento profissional – Síndrome de Burnout. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura onde foram consultadas quatro bases de dados: Medline, LILACS, BDNF e IBICS. Foram utilizados como descritores os termos: enfermeiro, esgotamento profissional e qualidade de vida. Critérios de inclusão: artigos publicados a partir de 2011, com texto completo online, que responderam a questão norteadora deste estudo. Doze artigos preencheram plenamente os critérios de inclusão para o aceite final. **Resultados:** a maioria dos estudos frisaram os fatores contribuintes para o esgotamento profissional na enfermagem: número reduzido de profissionais em relação a demanda a ser atendida, excesso de atividades a serem desempenhadas, dificuldade da delimitação de papéis entre as diferentes classes da enfermagem, falta de reconhecimento, salários baixos, carga horária elevada. Sendo assim, o enfermeiro acaba esquecendo de cuidar da própria saúde em detrimento do próximo. **Considerações finais:** ainda são escassos os trabalhos relacionados ao tema em questão. Entretanto, mesmo diante de poucos estudos é possível afirmar que o profissional enfermeiro vem sofrendo com o esgotamento do cotidiano, afetando a assistência prestada aos seus pacientes. **Descritores:** Enfermeiro; Esgotamento Profissional; Qualidade de Vida.

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES EM UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA/HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Vanessa Kolling, Ariane Martins Presenti, Vivian Cristina Secchi, Ângela Maria Oliveira da Silva, Lisiane Silveira Acosta, Ester Henrique da Silva
Grupo Hospitalar Conceição

Introdução: O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) prevê a categorização do paciente de acordo com o seu grau de dependência em relação à assistência de enfermagem. Possibilita, ainda, caracterizar as unidades de internação a fim de embasar o dimensionamento de pessoal, fundamentar a previsão de recursos materiais e financeiros e promover a melhoria da competência e do envolvimento da equipe. **Objetivo:** Classificar os pacientes internados na unidade de oncologia/hematologia pediátrica, de acordo com as cinco categorias de cuidado em pediatria propostas por Dini: cuidados mínimos, cuidados intermediários, cuidados de alta dependência, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, do tipo transversal retrospectivo. Foram avaliados 1802 instrumentos no



período de março de 2016 a março de 2017. A população do estudo foi composta por crianças e adolescentes de 0 a 14 anos internadas na unidade de oncologia/hematologia pediátrica de um hospital de grande porte do sul do Brasil, com diagnósticos de tumores sólidos e líquidos assim como portadores de outras patologias hematológicas. O instrumento foi aplicado diariamente pelos enfermeiros da unidade de oncologia/hematologia pediátrica, de acordo com divisão de leitos estabelecida previamente. Posteriormente, os dados foram transcritos do sistema informatizado no prontuário eletrônico para o Programa Excel 16.0, por dois digitadores independentes. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva. **Resultados:** Os dados mostraram que 76% dos pacientes (1376 instrumentos) foram classificados como alta dependência e 21% (393 instrumentos) como cuidados intermediários. Apenas 2% foram classificados como semi-intensivo. **Conclusão:** A classificação de pacientes da unidade de internação oncologia/hematologia pediátrica segundo DINI caracteriza-se como “alta dependência”. São pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico, mas que dependem da enfermagem para atendimento de suas necessidades orgânicas/físicas, emocionais e sociais. Considera-se que a complexidade assistencial nesta unidade está condizente com o resultado do sistema de classificação realizado neste estudo. **Descritores:** Enfermagem pediátrica - Oncologia - Gestão da qualidade.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE PEQUENO PORTE – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Patricia Ligia Petry, Fabieli Gopinger Chiavagatti, Vanessa Scapin, Carin Susin do Amaral
Sociedade Hospitalar São José

Introdução: Considerando que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, torna possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) e auxilia na busca pela excelência do cuidado. O PE trata-se de uma ferramenta de gestão do cuidado, utilizada pela equipe de enfermagem na busca pela qualidade da assistência, segurança do paciente e autonomia profissional. **Objetivo:** Relatar a experiência da equipe de enfermagem com a SAE e implementação do PE, descrevendo os benefícios, bem como as dificuldades e estratégias utilizadas. **Método:** Pesquisa com abordagem qualitativa descritiva exploratória, do tipo relato de experiência, desenvolvida em um hospital filantrópico de pequeno porte localizado na Serra Gaúcha. Relato baseado na experiência da equipe de enfermagem com a implementação do PE através da SAE nos setores do hospital com início em junho de 2014. **Resultados:** Este processo envolveu diversas etapas, entre elas a criação de um grupo de estudos e projeto de SAE, visitas e orientações do Conselho Regional de Enfermagem, desenvolvimento de instrumentos, testagem e avaliação, capacitações, implantação e reavaliação. Entre os desafios podemos citar a resistência de alguns profissionais, inclusão de novas rotinas como preenchimento de escalas, qualidade dos registros para pesquisa e coleta de dados, divergência de ideias e propostas de metodologia entre os profissionais, tempo demandado para o processo. Após 6 meses de estudos, o PE foi implantado na sua integralidade em 100% dos pacientes internados, sendo desenvolvido por todos os profissionais da equipe de enfermagem e composto por cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. **Considerações:** Observou-se que a implementação do PE contribuiu para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência, uma vez que sua utilização possibilita a documentação dos dados relacionada às etapas do processo, através de uma linguagem padronizada. Percebeu-se que buscar a qualidade na assistência por meio da implementação do PE é somente uma das contribuições do mesmo, visto que diversos outros



benefícios estão vinculados não só à assistência ao paciente, mas à profissão e aos profissionais. Ressalta-se que todo o processo é realizado de modo deliberado e sistemático, sendo reavaliado continuamente através da verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do processo. **Descritores:** Processos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Prática Profissional.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO REFERÊNCIA DE CONTROLE E DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Joyce Adria Pizarro Silveira Gut, Dayane de Aguiar Cicolella, Daisy Botene, Karina Amadori Stroschein

Centro Universitário Metodista/IPA

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é definida como uma metodologia que gradativamente vem sendo implantada nos diferentes serviços de enfermagem, buscando segurança do usuário, melhora da assistência prestada e autonomia do enfermeiro. Neste sentido, buscou-se elaborar um projeto piloto para implantação da SAE em um serviço referência de controle e distribuição de imunobiológicos especiais, afim de auxiliar na reorganização de processos organizacionais, estimular a autonomia dos usuários e melhor adesão aos esquemas vacinais. **Objetivo:** descrever vivências acadêmicas, em estágio curricular de graduação em enfermagem, na estruturação de uma proposta piloto para implantação da SAE em consultas de acolhimento. **Método:** trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir de vivências em consultas de enfermagem e uso de Diagnósticos de Enfermagem (DE) com base na taxonomia da NANDA-International 2015-2017. **Resultados:** A partir de questionamentos sobre a proposta de reforçar a autonomia do enfermeiro foram eleitos dez Diagnósticos de Enfermagem que contemplassem a realidade do local, afim de estabelecer cuidados de enfermagem e intervenções que trouxessem benefícios à saúde dos usuários. Os principais DE elencados para as consultas de enfermagem foram: Comportamento de saúde propenso a risco; Controle ineficaz da saúde; Manutenção ineficaz da saúde; Disposição para controle da saúde melhorado; Proteção ineficaz; Autonegligência; Sofrimento moral; Risco de Infecção; Risco de Contaminação e Isolamento social. **Considerações finais:** Promover uma assistência de enfermagem sistematizada possibilita a organização de cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades individuais da paciente. No serviço referência de controle e distribuição de imunobiológicos especiais os pacientes chegam nas consultas com dúvidas, muitos com vacinas pendentes, atrasadas e esquema vacinal incompleto. Ao depositarem confiança no profissional enfermeiro, acabam aderindo melhor ao tratamento e, conseqüentemente, reforçando estratégias de autocuidado. O uso de DE nas consultas de acolhimento permite perceber individualidades e organizar um plano de cuidados que contemple as necessidades de cada usuário. **Descritores:** Processos de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Vacinas.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: AUDITORIA COMO ESTRATÉGIA PARA A IMPLEMENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO

Ângela Maria Oliveira da Silva, Vanessa Kolling, Ariane Martins Presenti, Lisiane Silveira Acosta, Ester Henrique da Silva, Sandra Stawinski

Grupo Hospitalar Conceição

Introdução: A auditoria é o instrumento de controle da qualidade do trabalho da enfermagem. Durante a implementação da sistematização de enfermagem em um hospital pediátrico do sul do Brasil, utilizou-se este instrumento para indicar as falhas e os problemas, bem como apontar



soluções e sugestões com caráter educacional. **Objetivo:** avaliar a execução das etapas da sistematização da assistência de enfermagem – SAE (histórico, diagnóstico, evolução e prescrição) e os registros da equipe de enfermagem no prontuário do paciente. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo de cunho exploratório descritivo. Foram avaliados 200 prontuários no período de janeiro a dezembro de 2016 em 7 unidades de internação pediátrica (cirúrgica, terapia intensiva neonatal e pediátrica e unidades clínicas). Os dados foram coletados por enfermeiros integrantes do Grupo da SAE deste serviço. O instrumento de coleta foi elaborado previamente pela mesma comissão. A entrada dos dados no banco foi realizada com o Programa Excel 16.0 por dois digitadores independentes, para posterior comparação da consistência dos dados. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva. **Resultados:** Neste estudo foi observado que 87% dos prontuários possuíam histórico de enfermagem, 75% estavam completos e 60% foram realizados nas primeiras 24 horas de internação. Identificaram-se algumas falhas no preenchimento do instrumento no prontuário do paciente. 84% das evoluções continham diagnóstico de enfermagem e 76% estavam coerentes com o quadro clínico do paciente. Perceberam-se ausência do preenchimento completo do diagnóstico de enfermagem pelos enfermeiros e uma predominância de diagnósticos nos domínios “segurança/proteção”. 81% das evoluções continham dados subjetivos, 90% dados objetivos e 86% conduta. Observou-se que os enfermeiros valorizam mais frequentemente as alterações objetivas do estado geral do cliente, no entanto, precisam qualificar informações referentes a ausculta pulmonar e cardíaca, aspectos dos curativos, ferida operatória e eliminações fisiológicas. 90% dos prontuários possuíam a prescrição de enfermagem e apenas 65% foram checadas, 58% assinadas e carimbadas, 65% coerentes com o diagnóstico de enfermagem e 68% das intervenções estavam registradas no relatório de enfermagem. **Conclusão:** A auditoria possibilita detectar as fragilidades da implementação e reorganização da SAE, facilitando a orientação permanente da equipe e qualificando a assistência. **Descritores:** Enfermagem pediátrica - Gestão de qualidade - Auditoria de enfermagem.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Daniela Alexandra Silva Rodrigues, Aline da Silva Mellos, Jandrice Carrasco de Andrade
Centro Universitário UNICNEC

Introdução: A formação do enfermeiro tem como premissa formar um profissional com visão generalista, humanista, crítica e reflexiva. A visão crítica e reflexiva é desenvolvida através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Portanto, a importância do entendimento desta ferramenta pelos acadêmicos desde as práticas hospitalares até o estágio supervisionado se faz determinante na construção das competências para a prática assistencial, bem como a gestão e o ensino. O uso da SAE na saúde coletiva no estágio supervisionado é parte do currículo e essencial para os acadêmicos obterem uma visão sistêmica do processo de enfermagem. Uma vez que, a Atenção Básica (AB) consiste na porta de entrada do usuário aos serviços de saúde, sendo um espaço fértil para a implantação da SAE, pela facilidade de sua execução e por proporcionar um contato direto com o indivíduo e sua família principalmente, durante as visitas domiciliares. **Objetivo:** Reconhecer a necessidade da implementação da SAE no processo vivencial dos acadêmicos de enfermagem nos estágios supervisionados na Atenção Básica. **Método:** Trata-se de um relato de experiência, vivenciado em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) no primeiro semestre de 2017, durante o estágio supervisionado do curso de graduação de Enfermagem de um centro universitário do litoral norte do Rio Grande do Sul. **Resultados:** Os usuários da ESF possuem vínculos bem instituídos com a equipe de saúde, de modo, a facilitar a utilização da SAE



na prática assistencial dos alunos no período do estágio. Fazendo com que, pudéssemos ter uma preocupação maior sobre o papel do enfermeiro na AB que, muitas vezes, é visto apenas no prestar atendimento à demanda espontânea, não sendo valorizado e reconhecido como um profissional indispensável nas unidades de saúde. **Conclusão:** A prática da implementação da SAE durante o campo de estágio contribui de maneira satisfatória para que os acadêmicos de enfermagem possam se deparar com o cenário real conforme a singularidade de cada indivíduo e família, uma vez que, o conhecimento teórico associado com as vivências alcançadas produz um saber-fazer, impulsionando o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais capazes de proporcionar a resolutividade dos problemas identificados naquela área de abrangência do serviço de saúde. **Descritores:** Atenção Básica, Estudantes de Enfermagem.

USO DA NOC ASSOCIADO À ESCALA SACS PARA AVALIAÇÃO DE LESÕES DA PELE PERIESTOMAL

Marcia Elaine Costa do Nascimento, Rosmari Wittmann Vieira, Maria Luiza Schmidt
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A avaliação das lesões da pele periestomal são estudadas pela Estomaterapia desde seus primórdios, e já existem alguns instrumentos validados fora do Brasil. Segundo o conselho mundial de Estomaterapia não há um instrumento de avaliação que seja consensual para os cenários clínicos, desta forma, as avaliações destas lesões são realizadas de modo subjetivo, pouco preciso e conduzem a interpretações não padronizadas por parte dos profissionais. Ao utilizarmos a classificação da North American Nursing Diagnosis Association- NANDA International, o Diagnóstico de Enfermagem eleito para um paciente que apresenta lesão periestoma é Integridade Tissular Prejudicada relacionado a efeitos químicos. A lesão da pele periestoma é causada pela drenagem da ileostomia/ urostomia e representam a maior prevalência de atendimentos na nossa prática ambulatorial. Para melhor assistirmos aos nossos pacientes e por ser a indicação de taxonomia da instituição onde trabalhamos, testamos a Nurse Outcomes Classification- NOC para avaliação das lesões periestoma. Porém, percebemos que para que distintos profissionais pudessem avaliar e mensurar a lesão, a NOC se mostrou insuficiente. Então incluímos a escala Studio Alterazioni Cutanee Stomali (Study on Periestomal Skin Lesions)- SACS Instrumento validado na Itália, que consiste em avaliar e classificar as lesões periestoma em cinco diferentes tipos e quadrantes comprometidos. **Objetivos:** Demonstrar a aplicabilidade da NOC associando à escala SACS no intuito de avaliar a evolução de lesões periestoma. **Método:** Testagem da utilização da associação das escalas NOC e SACS em pacientes com lesão periestoma para possibilitar o acompanhamento dos resultados a partir dos cuidados realizados. **Resultados:** A NOC mostrou-se incompleta no que tange à descrição topográfica da lesão e suas características, porém ao associá-la à escala SACS, percebeu-se que as escalas se complementam. A aplicação de ambas é fácil e possibilita reduzir a subjetividade na avaliação da lesão. **Considerações finais:** A associação das escalas NOC e SACS como uma forma de avaliar a evolução de lesões periestoma mostrou-se satisfatória. Porém, fazem-se necessários mais estudos sobre a utilização da escala SACS, além de sua validação para a língua portuguesa. **Descritores:** Processo de Enfermagem; Estomas Cirúrgicos; Ferimentos e Lesões.



USO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM FERIDAS TRAUMÁTICAS: ESTUDO DE CASO

Tatiane Aparecida Duarte, Taline Bavaresco

Universidade de Caxias do Sul

Introdução: O cuidado de enfermagem em Feridas Traumáticas (FT), motivada por causas externas (acidente automobilístico), 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), a Nursing Outcomes Classification (NOC) para resultados e a Nursing Interventions Classification (NIC) para as intervenções. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em um paciente com FT qualificado pelos sistemas de classificação de enfermagem. **Método:** Estudo de caso realizado durante as consultas de enfermagem em visita domiciliar na atenção básica. **Resultado:** Paciente masculino, 44 anos, relato de dor 8, percepção de membro fantasma, faz uso de antibiótico via oral, anticoagulante e analgésico. Apresenta fratura exposta de MSD com exposição de partes moles e fixação com fio de Kirschner. Ferida por amputação de MSE com deiscência de bordas, os quais estão irregulares, com presença de grande quantidade de exsudato serosanguinolento, áreas de hipergranulação e necrose de liquefação em 25%. Curativo diário sendo realizado com Solução fisiológica 0,9%, Colagenase e ácidos graxos essenciais (AGE) na região perilesional, nos primeiros 10 dias. Paciente fez uso de malva por indicação de vizinhos. Após avaliação da enfermeira, os curativos foram realizados com aplicação de Papaína 10% por 7 dias, Alginato por 7 dias e AGE por 30 dias. Os DEs elencados foram Integridade tissular prejudicada relacionada à circulação alterada (feridas difusas) evidenciado por tecido lesado; Dor Aguda relacionada à incapacidade física evidenciada por relato verbal de dor, alterações na capacidade de continuar atividades prévias e comportamento observado de defesa (membro fantasma) e Síndrome pós trauma relacionado a acidentes graves, evento fora do alcance da experiência humana habitual relacionado à alteração no humor, ataques de pânico, lembranças repetidas dos fatos do acidente. O resultado NOC escolhido foi Cicatrização de feridas: segunda intenção e as intervenções de enfermagem da NIC elencadas foram Cuidado com lesões, com atividades relacionadas a escolha do curativo ideal e Controle da ansiedade propiciando uma escuta qualificada, orientação e manejo da sua condição diária visando melhor qualidade de vida. **Conclusão:** A correta avaliação da lesão e a compreensão do paciente sobre sua nova condição de vida subsidiam o julgamento clínico do enfermeiro no cuidado a feridas e na promoção do conforto. **Descritores:** Ferimentos e lesões; Processos de enfermagem; Assistência de enfermagem domiciliar.

UTILIZANDO A METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO PARA O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA GRADUAÇÃO

Alessandra Vaccari

Centro Universitário FADERGS

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) é um método para a organização e prestação do cuidado de enfermagem, utiliza o pensamento crítico e reflexivo ajudando a resolução dos problemas na prática profissional. Constitui das seguintes etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem (DE), Planejamento, Implementação e Evolução de Enfermagem. O Arco de Maguerez (etapas: observação da realidade e definição do problema, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade), oriundo da Metodologia da Problematização (MP), trata-se de um referencial comprometido com uma educação libertadora, conscientizadora, crítica, e que estimula a autonomia e a busca de transformação social. Para tanto, necessita de um cenário real, pois as vivências e experiências devem ser significativas aos acadêmicos. **Objetivo:** Descrever a experiência docente na utilização da MP no ensino do PE.



Método: Relato de experiência num centro universitário privado em Porto Alegre/RS, nos anos de 2015 e 2016, no bacharelado em enfermagem, nos componentes curriculares que abordam o ensino do PE, participaram em torno de 250 acadêmicos. **Resultados:** Para vivência dos acadêmicos, utilizou-se duas dramatizações, na primeira: idoso sozinho no quarto, dificuldade para deambular, utilização de soroterapia necessitava sair do leito para o banheiro; na segunda: mãe adolescente, sinais de uso de drogas ilícitas recentemente retira sozinha o seu recém-nascido com óculos nasal da incubadora. A partir da observação os acadêmicos, em pequenos grupos, definiram os problemas e discutiram sobre os pontos-chave; logo após com auxílio da docente foi realizado a teorização e a construção das hipóteses de solução com DE baseados na NANDA-International. A última etapa foi a aplicação à realidade, foram construídas intervenções de enfermagem baseados na Nursing Intervention Classification (NIC) e os resultados de enfermagem baseados na Nursing Outcomes Classification (NOC). O principal DE construído foi: Risco de quedas, o NIC foi: Prevenção contra quedas, e o NOC: Conhecimento: Prevenção de quedas. **Conclusão:** Acredita-se que o cuidado seja mais adequado quando o enfermeiro consiga perceber, por meio de sua experiência, de sua habilidade técnica e cognitiva, as reais demandas e, assim, elabore propostas sistematizadas, individualizadas e prioritariamente articuladas com as necessidades reais do paciente e família. Portanto, a MP se mostrou eficaz no ensino do PE a nível de graduação. **Descritores:** Processos de Enfermagem, Bacharelado em Enfermagem, Materiais de Ensino.

VALIDAÇÃO DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “CONHECIMENTO: CONTROLE DA DOENÇA CRÔNICA DA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC)” EM PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA

Viviane Maria Osmarin, Taline Bavaresco, Ananda Pires, Vitor Monteiro, Amália de Fátima Lucena, Isabel Cristina Echer
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A úlcera venosa (UVE) é uma lesão de membros inferiores decorrente da insuficiência venosa crônica (IVC) que acomete cerca de 90% desta população, possui difícil cicatrização e com risco de recidivar em 78% dos casos. Esse agravo representa um importante problema de saúde pública, com necessidade de cuidados de enfermagem, terapias tópicas, mudança no estilo de vida e medidas de auto cuidado para o tratamento e a prevenção da UVE. Nesse sentido, o enfermeiro precisa estar atento para o uso de diferentes ferramentas para otimizar o cuidado a estes pacientes, sendo os sistemas de classificação de enfermagem importantes norteadores para a avaliação do cuidado. Um destes sistemas é a NOC, que apresenta dentre os seus resultados o Conhecimento: controle da Doença Crônica, todavia ainda pouco explorado, pela ausência de definições conceituais e operacionais para seus indicadores clínicos. **Objetivo:** Elaborar e validar as definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos do resultado Conhecimento: controle da Doença Crônica em paciente com UVE. **Método:** Trata-se de estudo de validação, por consenso de especialistas do resultado de enfermagem Conhecimento: controle da Doença Crônica, realizado em 2016 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A amostra contou com 10 especialistas enfermeiros e a coleta de dados foi realizada através de instrumento construído no Google form. A análise foi estatística descritiva e o projeto aprovado por comitê de ética do HCPA sob o nº 15-0634. **Resultados:** Dentre os 30 indicadores clínicos do resultado Conhecimento: controle da Doença Crônica foram selecionados nove com base na experiência clínica e revisão da literatura. Posteriormente foram elaboradas definições conceituais e operacionais para os indicadores selecionados, considerando a magnitude da escala Likert. Os indicadores validados foram: Causas e fatores contribuintes; Benefícios do controle da doença; Sinais e sintomas da



doença crônica; Estratégias de prevenção de complicações; Estratégias para equilibrar atividade e repouso; Estratégias de controle da dor; Procedimentos envolvidos no regime de tratamento; Responsabilidades pessoais com o regime de tratamentos; Procedimentos envolvidos no regime de tratamento. **Conclusão:** A construção das definições conceituais e operacionais proporcionaram um entendimento da NOC na avaliação do conhecimento dos pacientes com UVe. A implementação dos indicadores será a etapa posterior deste estudo. **Descritores:** Processo de enfermagem. Úlcera venosa. Avaliação de resultados (cuidados de saúde).

VISITA DOMICILIÁRIA NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIA METODOLÓGICA PARA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS CRÍTICOS E REFLEXIVOS

Carla Kowalski, Claus Dieter Stobäus
Centro Universitário Franciscano

Introdução: A visita domiciliar (VD) é considerada importante possibilidade teórico-metodológica para estudos em enfermagem e saúde, por criar espaços de intersubjetividade e interatividade. Em sua configuração, a visita domiciliar possibilita, além da apreensão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença, desenvolver habilidades de comunicação, de solidariedade e de protagonismo social. Sendo assim, explorar metodologias práticas de ensino e pesquisa permite considerar a multidimensionalidade humana contribuindo para a formação profissional constituída por um conjunto de elementos que se inter-relacionam formando uma rede da qual há participação de diversos atores, ou seja, estudante, docentes e famílias. **Objetivo:** Objetivou-se, para tanto, conhecer a influência da (VD) como metodologia de ensino e pesquisa no processo de formação profissional de estudantes de Enfermagem. **Método:** Metodologia utilizou-se abordagem qualitativa e se fundamentou nos princípios da hermenêutica-dialética realizado com estudantes de enfermagem em uma Universidade localizada na região central do Rio Grande do Sul, no ano de 2014. Os estudantes realizaram visitas domiciliares em uma comunidade vulnerável, com duração máxima de duas horas. Para esta atividade, os estudantes são previamente instrumentalizados em relação às condições das famílias, bem como orientados sobre o principal objetivo desta proposta, qual seja: desenvolver habilidades de comunicação, de solidariedade e de cidadania, a partir de estratégias crítico-reflexivas. Os dados deste estudo foram coletados por meio de entrevistas com vinte e dois (22) estudantes. **Resultados/Discussão:** Para a análise dos dados utilizou-se a análise hermenêutico-dialética. Os aspectos éticos do estudo foram observados em acordo com as recomendações da Resolução nº 196/96, que prescreve a ética em pesquisa com seres humanos. A (VD) realizada pelos estudantes de enfermagem, mesmo sem grandes intervenções, deve ser considerada uma experiência agregadora e propositora de reflexões e transformações pessoais e profissionais. Neste sentido, a visita domiciliária é entendida como método, técnica e instrumento no qual se estabelece as relações, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo com que as famílias tenham melhores condições de se tornarem independentes na sua própria produção de saúde. Pois é também entendida como unidade de cuidado, estabelecida in loco, no seu cotidiano, no mundo vivido e enfrentado, de acordo com sua visão de mundo. **Descritores:** visita domiciliar, graduação em enfermagem.



PALESTRAS

PRÁTICAS AVANÇADAS EM ENFERMAGEM COM USO DAS CLASSIFICAÇÕES NANDA-I, NIC E NOC

Ana María Porcel Gálvez¹

Universidad de Sevilla (España)

aporcel@us.es

El conocimiento experto, la autonomía para la toma de decisiones complejas y las habilidades como la utilización de sistemas de valoración avanzada, juicio diagnóstico, prescripción de fármacos y competencias en docencia, investigación y/o gestión de los cuidados, son prácticas avanzadas en enfermería (PAE) que hacen referencia al ejercicio del liderazgo clínico y la prestación de cuidados de elevada calidad (1). Así, la eficiencia en la práctica clínica se sustenta sobre los pilares de un método y lenguaje científico, donde el proceso enfermero y las taxonomías consolidan el campo de actuación profesional (2).

El Proceso Enfermero (PE) como método científico de la disciplina, proporciona las bases para la adquisición de habilidades de pensamiento crítico, requeridas para la toma de decisiones. El pensamiento crítico es un proceso orientado a la consecución de resultados esperados. La identificación de estos resultados permite cuantificar la efectividad de las intervenciones. El uso avanzado del lenguaje, permite estandarizar los cuidados dispensados, disminuyendo la variabilidad de la práctica enfermera (3). La relación entre el pensamiento crítico y los lenguajes de enfermería o taxonomías está bien documentada en la literatura.

Las taxonomías enfermeras desempeñan una importante función en la investigación en cuidados y se asemejan claramente con la teoría clásica de estructura, proceso y resultado. En este sentido el diagnóstico enfermero se identifica con la estructura, las intervenciones con el proceso y los resultados con los efectos esperados tras las intervenciones (4).

El sistema NANDA-NIC-NOC (NNN), es el más extendido y el más utilizado a nivel mundial tanto en el plano asistencial como en el de investigación. En los últimos 30 años, el 72% de los estudios analizados que utilizaron terminología estandarizada de enfermería se decantaron por el uso del Sistema NNN, o al menos una de las tres taxonomías, siendo utilizadas además en los estudios con mayores niveles de evidencia (5). La excelencia en cuidados como objetivo requiere de la implementación avanzada en taxonomía NNN.

A nivel del diagnóstico NANDA (6), encontramos estudios epidemiológicos (valor clínico, poblacional, predictivo), de apoyo a la identificación (CdePS), precisión (LSM, NDAS, PAI), priorización (modelo AREA, APRIDE), calidad (QOD) y validación diagnóstica (Ansiedad y Temor ante la muerte y el morir). Con ellos se implementa la práctica avanzada clínica y docente en diagnóstico, que con su carácter dinámico, como respuestas altamente complejas en relación al proceso de salud o principio vital, son difíciles de identificar por tratarse de experiencias personales.

En relación a las intervenciones enfermeras, la NIC proporciona la competencia avanzada de prescripción basada en el conocimiento y el juicio clínico (7). En este contexto las actividades que se derivan de una o varias intervenciones deben de ser cuestionadas como la prestación de la mejor práctica posible. La práctica basada en la evidencia está por tanto claramente relacionada con las intervenciones y por ende con los resultados. El Banco de Evidencia en Cuidados, clasifica las actividades por nivel de evidencia y grado de recomendación (8). También se han implantado en el contexto docente la evaluación de la competencia clínica de estudiantes mediante el uso de

¹ (PhD, BSc, RN)

Directora Departamento de Enfermería



las intervenciones NIC, generando un marco transversal curricular al facilitar la coordinación docente y la evaluación longitudinal en los estudios de enfermería (9).

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) proporciona un marco de referencia para el desarrollo de la investigación sobre los resultados de salud. Permite evaluar y documentar el estado de un paciente en el transcurso del tiempo, en diferentes contextos (10), y verifica mediante indicadores cuantificables y costeficientes los resultados sensibles a la práctica enfermera (NSO) que influyen sobre la seguridad del paciente (11). En este sentido encontramos estudios de validación clinimétrica como el CoNOCidiet (diabetes), ConNOCiam (conocimiento sobre lactancia materna) INICIARE 2.0 (nivel de dependencia en cuidados), INTEGRARE (predicción de úlceras por presión) y CUIDARE (Salud Percibida del cuidador).

También se posibilita la vinculación entre diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería, que suponen un avance en el desarrollo de nuevos modelos de cuidados adaptados a poblaciones de pacientes concretas. Como las realizadas en paciente con insuficiencia cardíaca congestiva, oncológicos o de cuidados intensivos (12).

En definitiva el uso avanzado de las clasificaciones NANDA-I, NIC e NOC ha impulsado la provisión de cuidados enfermeros, ofreciendo una práctica basada en la evidencia y el conocimiento empírico. Posibilita el avance profesional a un nivel mayor de complejidad, dando respuesta y dinamizando las necesidades de cuidados y los retos de las Organizaciones.

Referencias

1. San Martín-Rodríguez, L. Advanced practice in nursing and new organisational healthcare models. *Enferm Clin* 2016; 26:155-7.
2. Quero Rufían, A. Conferencia inaugural. Lenguajes y personas. IX Simposium Internacional AENTDE. Gijón: AENTDE; 2012. 11:19.
3. Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevier doyma, S.L; 2003. p. 4
4. Ugalde Apalategui, M; Barrientos-Trigo, S & Quero-Rufián, A. Evolución histórica de las taxonomías y lenguajes enfermeros estandarizados. En *Investigación en Metodología y Lenguajes Enfermeros*. Barcelona: Elsevier doyma, S.L; 2016. 3:16.
5. Tastan, S., Linch, G. C., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., ... Wilkie, D. J. (2014). Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1160-1170.
6. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier España, 2010.
7. Bulechek, G.M., Butcher, H.K. y McCloskey, J. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería.(5ª ed.). Madrid: Elsevier
8. Servicio de Salud de Castilla y León. Banco de Evidencias en Cuidados de SaCyL. Recuperado de <http://www.saludcastillayleon.es/es/banco-evidencias-cuidados>.
9. Morales Asencio, José Miguel. La competencia clínica en estudiantes de Grado en Enfermería. *Evidentia*. 2013 jul-sep; 10(43).
10. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Madrid, España: Elsevier
11. Planas-Campmany, C., & Icart-Isern, M. T. (2014). Indicadores sensibles a la práctica enfermera: una oportunidad para medir la contribución de las enfermeras. *Enfermería Clínica*, 24(2), 142-147.
12. Sue Moorhead. Investigación sobre vínculos entre diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería. En *Investigación en Metodología y Lenguajes Enfermeros*. Barcelona: Elsevier doyma, S.L; 2016. 273:285.



Mesa-redonda *Processo de Enfermagem e sua interface com a gestão de indicadores clínicos*

RISCO DE SANGRAMENTO: UM DIAGNÓSTICO DA NANDA-I COMO INDICADOR

Amália de Fátima Lucena¹

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Escola de Enfermagem/Universidade Federal do Rio Grande do Sul

A segurança do paciente e a qualidade do cuidado à saúde tem recebido atenção especial em âmbito mundial. Nesta perspectiva, as instituições de saúde reconhecem a necessidade de desenvolver estratégias que impeçam ou minimizem a chance de erros e falhas em seus processos de trabalho, por meio da gestão de indicadores de qualidade assistencial. A excelência da qualidade da assistência também está pautada no registro da informação coerente, organização e documentação da prática profissional, que são decisivos para a adoção de medidas que aumentem a segurança em saúde. Sendo assim, o processo de enfermagem (PE) pode ser um importante norteador à qualificação da assistência de enfermagem e fonte de indicadores assistenciais, com vistas a processos mais qualificados e seguros.

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre o PE está implantado desde a sua fundação na década de 1970. Entretanto, evoluiu ao longo dos anos, de acordo com o avanço do conhecimento da disciplina. A etapa de diagnóstico de enfermagem (DE), com base em um sistema de classificação padronizado (NANDA International), iniciou informatizada no ano de 2000, como base para a prescrição dos cuidados. Atualmente, a Nursing Interventions Classification (NIC) também embasa grande parte dos cuidados prescritos.

Os indicadores de qualidade assistencial começaram a ser utilizados no HCPA em 2006, sendo implantado o de incidência de úlcera de pressão (atualmente denominado lesão por pressão) e o de incidência de quedas do leito. Pouco a pouco esses indicadores foram sendo qualificados e outros passaram a ser utilizados no hospital, considerando a sua política institucional de gestão pela qualidade. Mais recentemente, com o advento do processo de acreditação pela *Joint Commission International* (JCI), as práticas de segurança foram reforçadas e novos indicadores de qualidade assistencial desenvolvidos. A enfermagem buscou fortemente o PE como base, uma vez que a sua prática está intimamente ligada a este modelo. Foi então, que os DEs passaram a ser mais do que base para a prescrição de cuidados, mas também fatores capazes de desencadear barreiras de segurança. Os instrumentos preditivos de risco utilizados, Escala de Braden e *Morse Fall Scale*, passaram a ter os seus escores utilizados pelos enfermeiros para também indicar o estabelecimento dos DEs Risco de Quedas e Risco de Lesão por Pressão e, a partir disso, prescreverem medidas preventivas a esses eventos, colaborando para a diminuição da sua incidência e, conseqüentemente, melhora nas taxas desses indicadores de qualidade assistencial.

No ano de 2016, observou-se a necessidade de um novo indicador para monitorar pacientes com resultados de exames alarmantes para risco de sangramento (TP, TTPa e/ou Plaquetas alterados). Esse indicador foi nomeado “Conformidade do Diagnóstico de Enfermagem Risco de Sangramento” e seu monitoramento se inicia a partir da leitura do resultado do exame no laboratório. O bioquímico identifica o resultado alarmante, de acordo com parâmetros pré-estabelecidos, e realiza uma comunicação telefônica aos profissionais envolvidos no cuidado desse paciente (médico e enfermeiro), para que condutas preventivas sejam adotadas. Uma vez comunicado, o enfermeiro da unidade do paciente deve estabelecer o DE Risco de Sangramento e prescrever as medidas preventivas indicadas ao caso. Essa ação é monitorada por duas

¹ Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora da Comissão do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI), Porto Alegre, RS. Pesquisadora de Produtividade em Pesquisa CNPq – Nível 2.



enfermeiras diariamente no prontuário eletrônico dos pacientes em risco e, em caso de não haver o DE Risco de Sangramento estabelecido, o enfermeiro da unidade será novamente alertado por telefone, de modo a estabelecer o DE, prescrever as medidas preventivas e assim, garantir maior segurança ao paciente.

Esse novo indicador de qualidade assistencial reafirma a interface do PE com a gestão de indicadores clínicos, pois juntos são capazes de produzir barreiras de segurança e evidências para o cuidado seguro.

Assim, infere-se que a cultura do cuidado seguro norteadas pelo PE é mais uma estratégia a ser utilizada, pois permite uma visão ampliada dos indicadores de qualidade assistencial de enfermagem, os quais implicam no planejamento de ações preventivas e aprimoramento organizacional para a promoção da excelência da assistência com foco no paciente.

Referências:

1. Lucena AF. Processo de enfermagem: interfaces com o processo de acreditação hospitalar. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(4):8-9.
2. Moura GMSS, Juchem BC, Falk MLR, Magalhães AMM, Suzuki LM. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):136-40.
3. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2849. [Access24/05/2017]; Available in: URL . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>.

Mesa-redonda *Processo de Enfermagem na Atenção Primária em Saúde*

A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Sandra Rejane Soares Ferreira¹

Introdução: Ao longo do tempo a comunidade de enfermagem discutiu e reconheceu a necessidade de descrever, de forma sistemática o que os enfermeiros fazem, de modo a definir claramente a sua contribuição na assistência à saúde. Assim, surgiram a Classificação dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem, as quais auxiliam na descrição dos elementos da prática e da singularidade da profissão. No Brasil, conforme resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)², a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve organizar o trabalho profissional da enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE). O PE é uma forma de pensamento que orienta o julgamento clínico e a tomada de decisão para o diagnóstico, intervenção e avaliação do resultado do cuidado. Ele representa o caminho a ser trilhado pelos profissionais de enfermagem na execução da prática clínica, embasado em diferentes referenciais teóricos. Nos espaços onde ocorrem os cuidados de enfermagem, em nível hospitalar, observa-se que o PE está mais bem estruturado. No entanto, percebe-se que na Atenção Primária à Saúde (APS) poucos enfermeiros utilizam o PE de forma completa e com base em Classificações Internacionais que podem auxiliar na avaliação e comparação dos resultados com outros serviços e realidades. Nos serviços de APS onde o PE é utilizado os registros demonstram que ele nem sempre acontece de forma padronizada pelo grupo de enfermeiros e reconhecida institucionalmente. O objetivo deste manuscrito é relatar a experiência dos enfermeiros das doze Unidades de APS do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) na

¹Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Especialista em: Saúde Pública (UFRGS), Saúde Coletiva e Recursos Humanos (ESP/SES/RS), Educação Popular (UNISINOS-RS); Enfermeira da Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil. sandrarsfer@gmail.com



aplicação do PE e promover a reflexão sobre sua prática nesta área de atuação. **Caracterização do Grupo Hospitalar Conceição e da Gerência de Saúde Comunitária** : O GHC é vinculado ao Ministério da Saúde. Reconhecido nacionalmente como a maior rede pública de hospitais do sul do país, oferta 1.410 leitos, em várias áreas, com atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição atua de forma integrada à rede pública de saúde municipal, estadual e nacional. O Grupo é formado por quatro hospitais (Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA-Moacyr Scliar), um Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola GHC) e a Gerência de Saúde Comunitária (GSC). A GSC é composta por três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Consultório na Rua e por doze unidades de APS (Serviço de Saúde Comunitária) localizadas na zona norte e leste de Porto Alegre, as quais atendem uma população de 105.000 habitantes. Esse relato refere-se à experiência da aplicação do PE pelos 41 enfermeiros lotados nas doze unidades de APS do SSC. Estes enfermeiros compõem as equipes multidisciplinares que incluem: Agentes Comunitários de Saúde, Assistentes Sociais, Auxiliares Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Farmácia, Médicos de Família e Comunidade, Odontólogos, Psicólogos, Técnicos de Saúde Bucal, Técnicos Administrativos e apoio matricial das áreas de Farmácia, Psiquiatria, Pediatra, Medicina Interna, Nutrição e Terapia Ocupacional. Este serviço resolve, em média, 90 a 95% dos problemas de saúde das populações adscritas. **O Processo de Enfermagem e a Consulta de Enfermagem na APS**: O PE deve ser realizado em todos os ambientes, públicos ou privados, onde ocorre o cuidado de enfermagem, pois é a base para o raciocínio clínico, que leva ao diagnóstico e ao planejamento de intervenções seguras, para atingir os melhores resultados em saúde. Ele tem sido o suporte da maioria dos modelos de atenção à saúde da enfermagem em diversos países, dentre esses os aplicados à APS. O PE é uma conduta deliberada com o objetivo de resolver os problemas e atender as necessidades de cuidados de saúde da população e a sua aplicação nas CE e visitas domiciliares (VD) na APS viabiliza a percepção da pessoa, família/ comunidade como um todo indo ao encontro da integralidade da atenção. A CE pode ser desenvolvida para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação do indivíduo ou da coletividade, no sentido de evitar ou reduzir os fatores de risco para determinadas condições de saúde. Ela se utiliza da orientação estabelecida pelo PE e de componentes do método científico e do raciocínio clínico para identificar alterações nas condições de saúde e implementar intervenções que contribuam para a qualidade de vida e/ou recuperação de saúde das pessoas, famílias e comunidades, ações estas de grande importância para o trabalho na APS. A entrevista pós-clínica realizada pelo enfermeiro que atuava em saúde pública no Brasil iniciou por volta da década de 20, sendo considerada a precursora da CE. Evoluindo nesse processo, na década de 60, a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi precursora na implantação do atendimento de enfermagem a gestante e crianças sadias em suas unidades. Posteriormente, foi sendo estendida a outros grupos da população que apresentavam patologias diagnosticadas e que necessitavam de um acompanhamento específico, tais como a tuberculose, a hanseníase, o diabetes e a hipertensão. Atualmente, a CE com solicitação de exames e prescrição de medicamentos por enfermeiros no âmbito da APS são procedimentos que se inserem num modelo inovador de atenção à saúde adotado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁵ e vem sendo construído para a efetiva mudança do modelo assistencial que orienta o SUS. Entretanto, ainda que consagradas em Lei, essas práticas tem sido alvo de críticas contra esse novo paradigma da saúde pública. Embora o Ministério Público Federal tenha se manifestado a favor da legalidade dessa prática muitos enfermeiros tem medo de se defrontar com processos nessa área e acabam optando por não prescrever medicamentos, mesmo que estes estejam em protocolos institucionais. As questões legislativas nesse âmbito não são um problema apenas brasileiro, outros países também se defrontaram com esse problema, existe um “vazio legislativo” que não dá segurança aos enfermeiros para esse tipo de prática avançada. **Experiência dos Enfermeiros do Serviço de Saúde Comunitária**: O SSC foi fundado em 1983 e tem uma trajetória



de 34 anos de atuação na Atenção Primária em Porto Alegre. Nesse período evoluiu de uma unidade de saúde e 2 enfermeiros para doze unidades de saúde e 41 enfermeiros. Os enfermeiros realizam diversas atividades no SSC, entre elas: consulta de enfermagem, visita domiciliar, acolhimento da população, trabalho educativo com grupos na unidade, na comunidade e escolas, procedimentos de enfermagem, imunizações, supervisão da equipe de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, coordenação de ações programáticas, apoio e participação em atividades administrativas, ensino e de gerenciamento do serviço, entre outras. Os enfermeiros realizam a CE em diferentes contextos e espaços clínicos, sendo mais frequentes o consultório da unidade de saúde (US), a sala de acolhimento da US e o domicílio, com o objetivo de ampliar a capacidade de atendimento da rede pública do GHC. Os enfermeiros do SSC aplicam o PE nas diferentes atividades realizadas. Para a coleta de dados utiliza-se a avaliação do prontuário família, a entrevista, o exame físico, os resultados laboratoriais e os testes diagnósticos. Todos esses elementos subsidiam o estabelecimento do Diagnóstico de Enfermagem (DE), entretanto, a maioria dos profissionais ainda não utiliza de forma padronizada um sistema de classificação. Após a identificação dos DE, o enfermeiro constrói com a pessoa/família um “Plano de Cuidado”, mas nem sempre se encontram descritas nas evoluções as intervenções e metas para o cuidado a ser desenvolvido. Observa-se que existem fragilidades na sistemática de desenvolvimento do PE e do seu registro na prática cotidiana de trabalho dos enfermeiros do SSC. No sentido de qualificar a prática destes enfermeiros, esta em andamento um Projeto de Educação Permanente sobre o PE no SSC com o incentivo para a aplicação das classificações internacionais, considerando que a instituição escolheu a utilização da NANDA-Internacional para descrever os diagnósticos de enfermagem para todas as suas unidades e serviços (hospitalares e ambulatoriais), mas esse processo está apenas começando. Uma iniciativa recente foi a Criação de um Grupo de Estudos e Pesquisa sobre o PE na GSC como espaço de estudo, pesquisa e compartilhamento de saberes sobre formas de realizar a aplicabilidade do PE na APS e da utilização de classificações internacionais que apoiem sua sistematização e qualificação. Outro avanço que cabe ser destacado é que a instituição caminha para a implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) nas Unidades do SSC, o que irá contribuir com a padronização dos registros e fortalecerá a pactuação da utilização das classificações internacionais de enfermagem no cotidiano. Destaca-se que a instituição utiliza Protocolo e Diretrizes assistenciais específicas do SSC para atenção à: gestante; criança; diabetes; hipertensão; mulher: controle do câncer do colo do útero; tuberculose; asma. Além dessas diretrizes próprias, os enfermeiros utilizam outras diretrizes do Ministério da Saúde. Um desafio relacionado a esse tema é o aperfeiçoamento dos protocolos e diretrizes assistenciais do SSC inserindo capítulos específicos sobre a CE contemplando a descrição do PE e a utilização das classificações internacionais. **Considerações Finais:** O trabalho do enfermeiro na APS teve uma expansão com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ampliando as possibilidades de atuação e, posteriormente, teve um retrocesso em alguns estados devido ao “vazio legislativo” que não lhe deu amparo legal suficiente para manutenção de diversas atividades com autonomia. No SSC, o reconhecimento do trabalho do enfermeiro pela população e pela instituição permitiu, por meio de portarias, garantir respaldo legal e autonomia profissional, suprimindo aspectos descobertos pelo “vazio legislativo”. Mas, mudanças políticas na gestão fizeram com que muitos avanços retrocedessem. A visibilidade que o trabalho dos enfermeiros do SSC teve no final dos anos 90 e 2000, no estado e no país, os tornaram alvo de ações de cerceamento, como processos à instituição por permitir que enfermeiros, por exemplo, prescrevessem medicamentos contidos em protocolos ou solicitassem determinados exames. Esse tipo de impasse ainda não foi superado e faz com que muitos profissionais tenham receio de realizar plenamente seu rol de atividades com maior autonomia, optando por retirar dos protocolos essas atribuições consideradas pelo Conselho Internacional de Enfermeiros como práticas avançadas de enfermagem. Cabe destacar que os protocolos para a CE e prescrição de medicamentos por enfermeiros na APS não deve



suprir insuficiência numérica de médicos no atendimento às necessidades em saúde da população, mas reconhecer que os enfermeiros têm capacidade e competência para a realização dessa atividade de forma segura qualificando a atenção. A reflexão, o estudo e a pesquisa são fundamentais para qualificar a aplicação do PE no trabalho dos enfermeiros da APS atendendo as necessidades próprias destes serviços.

Referências:

1. Ferreira, SRS; Périco, LAD, Lucena AF, Laurent MCR. O processo de Enfermagem com fundamento para o cuidado na Atenção Primária à Saúde. In: Ferreira, SRS; Périco, LAD, Dias, VRFG. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rio Janeiro: Atheneu, 2017. P 51-68.
2. 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. Acesso 24/05/2017, Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
3. Grupo Hospitalar Conceição. Página institucional na internet. Quem somos. Acesso 24/05/2017, Disponível em <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1>.
4. Ferreira, SRS; Périco, LAD, Dias, VRFG. Diretrizes para o trabalho dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. In: Ferreira, SRS; Périco, LAD, Dias, VRFG. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rio Janeiro: Atheneu, 2017. P 3-24.
5. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Acesso em 24/05/2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Mesa-redonda *Processo de Enfermagem na Atenção Primária em Saúde*

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A EXPERIÊNCIA DO HCPA

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin ^{1*}, Amália de Fátima Lucena², Eliane Pinheiro de Moraes³, Maria do Carmo Laurent⁴, Fatima Grillo⁵, Margery Zanetello⁶, Lidiane Teichmann⁷, Fernanda Cordova⁸

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) é o método que orienta o cuidado de enfermagem e seu registro no prontuário do usuário. Baseado no raciocínio clínico, leva ao diagnóstico e ao planejamento de intervenções seguras (Ferreira, Périco, Lucena, Laurent, 2017). O uso de terminologias e de sistemas de classificação de enfermagem, voltados à Atenção Primária à Saúde (APS), foi motivada pela necessidade de fortalecimento do conhecimento da disciplina de enfermagem nesta área e também em função do uso de sistemas informatizados. No Brasil, a experiência do projeto multicêntrico que versava sobre o sistema “Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva” foi uma das primeiras iniciativas para responder a estas necessidades. Mais recentemente, com a implementação do E-SUS pelo Ministério da Saúde, tem-se a indicação de utilização do Sistema Internacional de Atenção Primária. Este sistema usa uma linguagem considerada multiprofissional e versa sobre os motivos de procura do usuário a um serviço de APS, os problemas de saúde detectados e as intervenções realizadas. Entretanto,

¹Lisiane Manganelli Girardi Paskulin - Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Adjunta da Coordenação do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC), Porto Alegre, RS. Email: lpaskulin@hcpa.edu.br

²Amália de Fátima Lucena-Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora da Comissão do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI), Porto Alegre, RS. Pesquisadora de Produtividade em Pesquisa CNPq – Nível 2.

³Eliane Pinheiro de Moraes -Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Chefe do Serviço de Enfermagem Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC), Porto Alegre, RS

⁴Maria do Carmo Laurent -Assessora de Operações Assistenciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Enfermeira da Comissão do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS.

⁵Fatima Grillo-Enfermeira da Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS.

⁶Margery Zanetello-Enfermeira da Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS.

⁷Lidiane Teichmann -Enfermeira da Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS.

⁸Fernanda Cordova -Chefe de Enfermagem da Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS.



observa-se que o mesmo não contempla as especificidades profissionais de enfermagem, principalmente no que tange ao diagnóstico. Buscando implantar uma linguagem que fosse própria à enfermagem na área da atenção básica, um grupo composto por enfermeiros assistenciais e docentes propuseram analisar e adaptar o PE já existente para área hospitalar e ambulatorial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para implantar na APS, com base na taxonomia da NANDA International (NANDA-I). **Objetivo:** Relatar a experiência de reconhecimento e análise do cenário, adaptação e implantação do processo de enfermagem nas etapas de anamnese/exame físico e diagnóstico de enfermagem na APS. **Desenvolvimento:** O relato descreve a atividade desenvolvida no período de 2015 a 2016 na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, a qual pertence ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O grupo foi composto por oito enfermeiras vinculadas ao Serviço de Enfermagem em APS e à Comissão do PE do HCPA. As etapas de reconhecimento, análise e adaptação ocorreram por meio de reuniões mensais do grupo. Após reconhecimento das agendas de atendimento, construíram-se cinco roteiros de anamnese e exame físico customizados, para utilização nas consultas de enfermagem e visitas domiciliares. Os modelos foram baseados em anamneses já disponíveis para uso no contexto hospitalar e ambulatorial, em protocolos assistenciais e em referenciais dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Os roteiros são orientados para o cuidado da mulher, criança, portadores de doenças crônicas não transmissíveis, portadores de tuberculose e em atendimento domiciliar. A priorização destes roteiros teve por base os momentos do processo saúde doença mais frequentes na experiência de cuidado diário das enfermeiras. Na sequência, foram levantados nos prontuários dos usuários os registros das evoluções das enfermeiras nas consultas de enfermagem e visitas domiciliares relativos as avaliações/impressões documentadas durante um período de três meses. De posse destes dados, utilizou-se a listagem dos diagnósticos de enfermagem (DE) já existentes no sistema informatizado do HCPA, baseados no sistema de classificação da NANDA-I. Cada diagnóstico foi lido e analisado pelo grupo. Em conjunto com a lista de avaliações/impressões levantadas, construiu-se uma listagem dos DE que seriam elegíveis para utilização na APS, os quais foram utilizados nos atendimentos diários em um período piloto de seis meses. Observou-se que as anamneses e exame físico forneciam informações integrais para o cuidado dos usuários, entretanto, exigiam tempo de atendimento superior ao disponibilizado. Quanto aos DE, verificou-se que eles são passíveis de utilização na APS, mas que ainda tem enfoque predominante na doença, na perspectiva negativa e no contexto individual, sendo necessário o desenvolvimento de diagnósticos de promoção da saúde. **Considerações finais:** o PE é uma prerrogativa básica da profissão independente da área de atuação. Todavia, o uso dos sistemas de classificação na APS ainda é incipiente no Brasil e aponta para a necessidade de desenvolvimento e refinamento. A experiência relatada foi uma das maneiras utilizadas para aprofundar e desenvolver esse corpo de conhecimento, com a finalidade de qualificar as etapas de anamnese e diagnóstico do processo de enfermagem, contemplado as especificidades da APS. Novas iniciativas ainda serão implementadas na etapa de avaliação de resultados de enfermagem.

Referências:

1. Ferreira, SR, Périco,LD, Lucena,AF, Laurent,MC. O processo de enfermagem como fundamento para o cuidado de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Atheneu 2017.



Miniconferência

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: GRADUAÇÃO, RESIDÊNCIA E MESTRADO PROFISSIONAL

Miriam de Abreu Almeida ¹

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE), entendido como um instrumento essencial ao trabalho do enfermeiro na organização e priorização do cuidado, é regulamentado no Brasil pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Assim, a Resolução 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem⁽¹⁾, que deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Complementando, a Resolução 429/2012 determina que o *registro das ações profissionais deva ser realizado no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, a fim de assegurar a continuidade e qualidade da assistência*⁽²⁾, além de promover a segurança ao paciente. Deste modo, a formação do enfermeiro requer o atendimento à legislação e às necessidades dos serviços de saúde. Por sua vez, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi criada com o intuito de produzir mudanças na formação e no desenvolvimento de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde. Propõe a junção entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, por meio da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços. Nas discussões que permeiam a Educação Permanente em Saúde (EPS), emerge como propósito a modificação das práticas já institucionalizadas nos serviços de saúde, passando a apoiar-se em reflexões críticas, compartilhadas e sistemáticas. São processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento dos direitos à saúde, com metodologias participativas, por meio de processos formais e informais⁽³⁾. Os hospitais de ensino configuram-se como um locus para o desenvolvimento de ações de EPS com características que atendam à política nacional, em que a educação permanente representa um importante recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação aos profissionais e um indicador de qualidade das instituições⁽⁴⁾. Neste contexto, insere-se o enfermeiro em seus diferentes níveis de formação, iniciando pela graduação, especialização e residência, culminando com a pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado). Em todos eles o cuidado é central e o PE deve nortear suas ações. **Objetivo:** Descrever a importância do Processo de Enfermagem na formação profissional com foco na graduação, residência integrada em saúde e mestrado profissional. **Desenvolvimento:** Em tese de doutorado defendida em 2016, sobre a Formação em serviço acerca do Processo de Enfermagem na perspectiva da Integração Ensino-Serviço: o Modelo do HCPA, a autora apresenta uma revisão integrativa (RI) da literatura com o propósito de contextualizar o ensino do PE no Brasil. Foram pesquisadas as bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), com os seguintes critérios de inclusão: trabalhos publicados entre agosto de 2002 (data em que foi publicada a primeira resolução do COFEN que dispõe sobre a SAE) e julho de 2016; disponível nos idiomas português, inglês e espanhol; trabalhos publicados na forma de artigo científico; e disponível *on-line* no formato resumo e trabalho completo⁽⁴⁾. Dos 35 artigos selecionados para análise, foi possível identificar quatro dimensões temáticas, a saber: A diversidade metodológica empregada no ensino do PE; O processo de ensino permeado pela práxis; As etapas do PE: das partes para chegar ao todo; Aplicabilidade do PE na enfermagem: a integração ensino-serviço como estratégia⁽⁴⁾. Dos resultados da RI, destaco o uso de metodologias inovadoras e ativas, presentes em 16 artigos, o

¹Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: miriam.abreu2@gmail.com



que facilita o processo de aprendizagem e o torna significativo, melhorando a adesão dos enfermeiros ao uso do PE na prática clínica. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) ainda vigentes datam de 2001 e trazem, dentre seus parâmetros, o princípio da formação integrada, a adoção de metodologias ativas, a incorporação de atividades complementares, o princípio da interdisciplinaridade, a predominância da formação sobre a informação, a articulação entre teoria e prática, e a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. O perfil profissional está voltado para a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para o exercício de enfermagem com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, a fim de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação⁽⁵⁾. Pode-se afirmar que o instrumento metodológico empregado para conhecer e intervir sobre os problemas e situações de saúde-doença dos indivíduos, famílias e comunidade é o Processo de Enfermagem. Em relação aos estudos que apontam as facilidades e dificuldades do ensino do PE, destacam-se a necessidade permanente de capacitação do corpo docente e de metodologias de ensino que articulem teoria e prática, que o campo prático precisa estar articulado com o processo de formação, principalmente quando se trata de hospital de ensino. O processo de ensinar e de aprender é complexo e necessita de contínuo aperfeiçoamento. A vivência do discente, desde o início da sua formação, em ambiente onde a prática cotidiana inclui a aplicação do PE, é entendida como facilitadora no processo de ensino, assim como um docente qualificado na prática do PE terá melhores condições de agregar conhecimento e habilidade atuando como um facilitador no processo ensino-aprendizagem⁽⁴⁾. Quanto às mudanças e reestruturações dos modelos de formação, os estudos mostram a necessidade de participação do serviço nos processos de ajustes e transformações da academia e vice-versa. A articulação academia-serviço busca superar a possível dicotomia entre a teoria e a prática, (res)significando o serviço como um espaço de cuidado e educação, reconhecido dentre as demais áreas do conhecimento⁽⁴⁾. A base para o cuidado por meio do PE, iniciada na graduação, é fomentada pela vivência nas práticas disciplinares, na participação em projetos, na iniciação científica e em estágios curriculares supervisionados. Especialmente nas instituições em que há convergência entre o que se ensina e o que se pratica, a integração ensino-serviço na formação de profissionais de enfermagem e da saúde é percebida com mais clareza. Na perspectiva da EPF, também a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) configura-se como formação em serviço. É uma modalidade de Pós-graduação *lato sensu* supervisionada por profissionais capacitados (preceptoria e tutoria), em regime de dedicação exclusiva, com atividades desenvolvidas em diferentes instituições de saúde. A partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, foram criados os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e de acordo com necessidades sócioepidemiológicas e realidades locais e regionais. Abrangem a Enfermagem e diversas profissões da área da saúde. O programa tem a duração de dois anos, cuja carga horária total é composta por 5.760 horas, sendo 1.152 horas (20%) destinadas às atividades teóricas e 4.608 horas (80%) às atividades práticas, cumpridas em 60 horas semanais em regime de dedicação exclusiva⁽⁶⁾. Nos cenários de aprendizagem, configurados em itinerários de linhas de cuidado, os residentes enfermeiros tem a possibilidade de pensar criticamente o Processo de Enfermagem de modo a dar sua contribuição na formação integral e interdisciplinar. Dando seguimento à formação em serviço situam-se os Mestrados Profissionais (MP), modalidade de Pós-Graduação *stricto sensu* voltada para a capacitação de profissionais, nas diversas áreas do conhecimento, mediante o estudo de técnicas, processos, ou temáticas que atendam a alguma demanda do mercado de trabalho. As propostas de cursos novos na modalidade Mestrado Profissional devem apresentar uma estrutura curricular que enfatize a articulação entre conhecimento atualizado, domínio da metodologia pertinente e aplicação orientada para o campo



de atuação profissional específico. Vislumbrando a importância dos MPs na disseminação da SAE e do Processo de Enfermagem na prática do enfermeiro da ponta, o COFEN firmou acordo com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), para conceder recursos de custeio a Mestrados Profissionais da Área de Enfermagem, com conceito da CAPES igual ou superior a 3, vinculados a instituições de ensino superior públicas ou privadas sem fins lucrativos. Este acordo visa formar recursos humanos de enfermagem e desenvolver pesquisas científicas e tecnológicas, com foco na SAE. Assim, o Edital nº 27/2016 – Acordo CAPES/COFEN nº 30/2016, destinou recursos da ordem de R\$ 3,5 milhões, sendo R\$ 25 mil por aluno. Neste edital foram aprovadas 16 propostas, sendo três delas de universidades do Rio Grande do Sul. A UNISINOS recebeu 10 bolsas, a UFCSPA oito e a UNIFRA, de Santa Maria, sete bolsas⁽⁷⁾. **Considerações finais:** As modalidades de formação profissional aqui descritas consistem em possibilidades e oportunidades contemporâneas de visualizar e exercitar o Processo de Enfermagem apoiado em políticas do exercício profissional e de ensino. No contexto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), instituição promotora deste evento, um dos fatores que impulsionou a enfermagem no cenário nacional e internacional centra-se na estrutura do modelo assistencial adotado pelo Grupo de Enfermagem, que tem como norteador a metodologia do PE na prática profissional. A integração ensino-serviço, com a marcante atuação dos professores da Escola de Enfermagem da UFRGS, contribuiu para imprimir qualidade no processo de formação em serviço dos profissionais. Ilustrando essa premissa, e na linha da EPS, há mais de 15 anos realizam-se Estudos Clínicos do Processo de Enfermagem, que são organizados mensalmente envolvendo enfermeiros que atuam na assistência e na gestão, docentes, residentes da RIMS, alunos de graduação e de pós-graduação, técnicos de enfermagem e, recentemente, outros profissionais da equipe de saúde. Este tem se configurado em um espaço para refletir e discutir o cuidado aos pacientes/usuários e seus familiares, na sua singularidade, dando visibilidade ao Processo de Enfermagem e à identidade do enfermeiro no contexto do SUS.

Referências:

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 2017 mai 18]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. [Internet]. Brasília (DF); 2012 [citado 2017 mai 18]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html.
3. Ministério da Educação e da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Educação e da Saúde; 2009.
4. Adamy EK. Formação em serviço acerca do processo de enfermagem na perspectiva da integração ensino-serviço: o modelo do HCPA [tese Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
5. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES nº3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2001 nov 09 (Seção 1).
6. Ministério da Educação (BR). Residência Multiprofissional. [citado 2017 mai 18] Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>.
7. Ministério da Educação (BR). Fundação CAPES. Apoio a programas de pós-graduação da área de enfermagem – modalidade mestrado profissional - Capes/Cofen. [citado 2017 mai 25] Disponível em: <http://capes.gov.br/bolsas/programas-especiais/acordo-capes-cofen>.



Estudo Clínico do Processo de Enfermagem

APLICAÇÃO CLÍNICA DE RESULTADOS DA *NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION* (NOC) EM PÓS OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE PULMONAR COM OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)

Luciana Ramos Corrêa Pinto¹, Isis Marques Severo¹, Michele Elisa Weschenfelder¹, Sílvia Daniela Minossi¹, Taciana Castilhos Cavalcanti¹, Marcele Chisté¹, Eliza Schuck Castanho¹, Tatiana Pimguer¹, Melissa Carleti², Karina de Oliveira Azzolin³.

Introdução: O paciente em pós operatório imediato (POI) de transplante pulmonar frequentemente utiliza suporte por meio da ECMO e requer acompanhamento rigoroso da evolução do seu quadro de saúde, focando nas potenciais complicações decorrentes, como a disfunção ventilatória e o risco de sangramento. Diante disso, a utilização de uma linguagem padronizada com indicadores para mensurar os resultados alcançados pelo paciente, permite ao enfermeiro a detecção precoce e acurada de alterações e o melhor monitoramento da efetividade de suas intervenções. Nesse contexto, o uso da NOC¹ representa uma contribuição na avaliação de enfermagem de forma mais segura, por meio de resultados associados a diagnósticos de enfermagem (DE)² e a indicadores de qualidade focados na prevenção de sangramento. **Objetivo:** Aplicar o resultado de enfermagem NOC e seus indicadores associados ao um paciente com o DE Risco de sangramento em uma unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital universitário. **Método:** Estudo de caso com um paciente em POI de transplante pulmonar bilateral e em uso da ECMO. Os dados foram coletados durante a avaliação do paciente, por meio de registros do prontuário eletrônico e aplicação de um instrumento de avaliação contendo o resultado NOC denominado "Coagulação sanguínea" com a seleção de três indicadores clínicos, para os quais foram construídas pelos pesquisadores dois tipos de definições conceituais, operacionais e magnitudes; uma direcionada para a avaliação do paciente em uso da ECMO e outra para os momentos em que a paciente encontrava-se sem o dispositivo. Esses indicadores clínicos foram avaliados por escala *Likert* em que: (1) representa desvio grave da variação normal e (5) sem desvio da variação normal. A avaliação foi realizada em seis momentos: Antes da cirurgia, 24 horas, 48 horas, 72 horas da cirurgia, na retirada da ECMO e sete dias após. Estudo aprovado em Comitê de Ética da instituição sob número 10-0505. **Resultados:** Paciente feminina, 39 anos, submetida à cirurgia de transplante pulmonar bilateral. História prévia de fibrose cística com uso de oxigênio domiciliar. Os três indicadores selecionados para o estudo foram: Tempo de coagulação ativado (TCA), Contagem de plaquetas e Sangramento. O indicador sangramento não sofreu alteração ao longo das seis avaliações, mantendo-se sem desvio da variação normal, alcançando a meta 5 na escala *Likert*. O indicador TCA foi avaliado nos momentos em que a paciente fez uso da ECMO. Na avaliação das 24 horas após a cirurgia atingiu *Likert* 4 e 48 horas após *Likert* 2. Nas demais avaliações alcançou a meta. O indicador Contagem de plaquetas alcançou a meta nas três primeiras avaliações, nas 72h após a cirurgia e na retirada da ECMO reduziu a *Likert* para 4. Somente na sexta avaliação alcançou a meta esperada. Todavia, foram implementadas intervenções e atividades de enfermagem que levaram à sua estabilização, buscando constantemente a meta estabelecida com base nas magnitudes elaboradas. Como consequência foi evidenciada ausência de sangramento em todas as avaliações. **Conclusão:** A utilização de resultados e indicadores da NOC eleitos para a avaliação e acompanhamento do paciente em POI de transplante pulmonar bilateral, mostrou-se uma ferramenta aplicável e

1. Enfermeiras assistenciais do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva/HCPA, Porto Alegre, RS, Brasil. Ircpinto@hcpa.edu.br
2. Residente da Ênfase Adulto Crítico – Residência Integrada Multiprofissional em Saúde/HCPA, Porto Alegre, RS, Brasil.
3. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Assessora do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva/HCPA, Porto Alegre, RS, Brasil.



acurada na prática clínica da enfermagem, aprimorando a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

Referências:

1. Moorhead S, Maas MJM. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
2. Herdman TH, Kamitsuru S (Eds). NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2015-2017. 10 ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.

Mesa-redonda *Produção de conhecimento do Grupo de Estudo e Pesquisa do Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI) no eixo temático do Processo de Enfermagem*

MODELO DE PREDIÇÃO PARA RISCO DE QUEDAS EM ADULTOS HOSPITALIZADOS

Isis Marques Severo⁷, Ricardo de Souza Kuchenbecker⁸, Débora Feijó Villas Bôas Vieira⁹, Miriam de Abreu Almeida¹⁰

Introdução: A magnitude das quedas em pacientes hospitalizados é mundial, tanto que profissionais da saúde e gestores de diferentes países têm buscado alternativas para redução dos incidentes de segurança até o mínimo aceitável. Entre essas alternativas estão as políticas públicas e os protocolos de prevenção que orientam a avaliação do risco de quedas por meio de modelos de predição. Existem alguns modelos, entre eles a *Morse Fall Scale* no Canadá⁽¹⁾; a *St Thomas Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients (STRATIFY)* na Inglaterra⁽²⁾; a *Hendrich II Fall Risk Model*⁽³⁾ e a *Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool*⁽⁴⁾, nos Estados Unidos da América, os quais variam em termos de sensibilidade e especificidade e apresentam possíveis vieses nos protocolos de desenvolvimento, seja em termos de delineamento, quanto à ordem operacional como ausência de coleta de dados em finais de semana e feriados e quando possível, não definição de critérios de aproximação entre quem sofreu o desfecho queda(s) e quem não caiu. Estes motivos e a ausência de modelos construídos e validados no Brasil, justificam a necessidade de novos modelos preditores desenvolvidos em nosso país. A construção destes modelos e a identificação dos preditores direcionados para esta finalidade contribuem para o desenvolvimento de estratégias preventivas e para a diminuição e/ou ausência do agravo. **Objetivo:** Construir e validar um modelo de predição do risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados. **Desenvolvimento:** A primeira etapa do estudo foi uma revisão integrativa da literatura⁽⁵⁾ que identificou os fatores de risco para quedas, os quais foram investigados na segunda etapa, por meio de um delineamento de caso e controle com pareamento (um controle por caso). O local da investigação foi unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital geral, público e universitário do Sul do Brasil. Foram incluídos pacientes com idade igual ou maior de 18 anos e controles com a mesma data de admissão dos casos ou dia(s) subsequentes(s). Excluiu-se pacientes sem condições clínicas e/ou neurológicas de participar e sem familiar/responsável no momento da coleta; pacientes em cuidados paliativos; quedas ocorridas em unidades que não as pesquisadas; e a segunda queda (ou mais), isto é, se o paciente sofreu mais de um episódio no período de coleta, foi considerado somente o primeiro evento. O modelo foi desenvolvido na amostra de derivação (n=358) e testado na amostra de validação (n=178), definidas de forma aleatória e em pares, sendo dois terços para primeira e um terço para segunda. A coleta foi de abril de 2013 a setembro de 2014. Os dados foram obtidos junto aos pacientes e a partir do prontuário eletrônico. Foi realizada dupla digitação independente do banco de dados que foram analisados por meio dos

⁷ Doutora em Enfermagem, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), Brasil. isismsevero@gmail.com

⁸ Professor, Doutor em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

⁹ Professora, Doutora em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

¹⁰ Professora, Doutora em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.



programas Excel (*Microsoft Office 2013*), SPSS versão 18.0 (*Statistical Analysis System*, Chicago, EUA) com regressão logística condicional e *PEPI-for-Windows*; valores de $p < 0,05$ foram estatisticamente significativos. Os resultados permitiram construir e validar um modelo de predição do risco de quedas denominados SAK (Severo-Almeida-Kuchenbecker), com seis variáveis significativas: desorientação/confusão (OR 3,95 [IC (95%): 1,84; 8,46], $p < 0,001$); micções frequentes (OR 4,55 [IC (95%): 1,86; 11,11], $p = 0,001$); limitação para deambular (OR 4,15 [IC (95%): 1,95; 8,82], $p < 0,001$); ausência de acompanhante (OR 0,36 [IC (95%): 0,22; 0,63], $p < 0,001$); pós-operatório (OR 0,52 [IC (95%): 0,28; 1,00], $p = 0,05$); número de medicamentos administrados em até 72 horas antes do desfecho (OR 1,18 [IC (95%): 1,02; 1,37], $p = 0,02$) e uma variável não-significativa: queda prévia (OR 1,39 [IC (95%): 0,76; 2,52], $p = 0,28$). O sistema de escores foi construído a partir dos valores de OR obtidos pela regressão, conforme Tabela 1.

TABELA 1 Ponderação dos fatores de risco a partir das razões de possibilidades obtidas. Porto Alegre, RS, 2014.

Variáveis	SAK	
	OR	Pontos
Desorientação/confusão*	4	5
Micções frequentes	4,55	5
Limitação para deambular	4,15	4
Ausência de acompanhante	0,36	0,5
Pós operatório	0,52	0,5
Número de medicamentos administrados antes da queda (até 71 horas)	1,18	1
Queda prévia	1,39	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Notas: (*) Variável arredondada para o maior número inteiro, justificada por melhor valor de discriminação.

As classes de risco (baixo: $\leq 6,0$; moderado: $6,5 \leq 10$; alto: $\geq 10,5$) foram construídas, levando-se em consideração o melhor ponto de corte da probabilidade predita de ocorrência do desfecho, sendo que SAK apresentou adequados valores de acurácia (índice C – derivação: 0,684; validação: 0,681) e calibragem ($p = 0,132$). **Considerações finais:** O modelo construído e validado incluiu variáveis relacionadas ao paciente somadas a uma variável do processo de trabalho (ausência de acompanhante), diferentemente de outras escalas já existentes. As implicações para a prática vão desde sua aplicação fácil à beira do leito, ao suporte à decisão clínica individual, especialmente do enfermeiro, contribuindo para busca das melhores intervenções preventivas e para segurança do paciente.

Referências:

1. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Can J Aging*. 1989;8(4):66-77.
2. Oliver D, Britton M, Seed P, Martin FC. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall case-control and cohort studies. *Br Med J*. 1997;315(7115):1049-53.
3. Hendrich AL, Bender PS, Nyhuis A. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Appl Nurs Res*. 2003; 16(1):9-21.
4. Poe SS, Cvach MM, Gartrell DG, Radzik BR, Joy TL. An Evidence-based Approach to Fall Risk Assessment, Prevention and Management: Lessons Learned. *J Nurs Care Qual*. 2005;20(2):107-16.



5. Severo IM, Almeida MA, Kuchenbecker R, Vieira DFVB, Weschenfelder ME, Pinto LRC, et al. Risk factors for falls in hospitalized adult patients: an integrative review. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [citado 2017 mai. 21];48(3):537-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/0080-6234-reeusp-48-03-540.pdf>.

Mesa-redonda *Produção de conhecimento do Grupo de Estudo e Pesquisa do Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI) no eixo temático do Processo de Enfermagem*

APLICAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM DA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES EM PROCESSO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Vanessa Monteiro Mantovani¹¹, Alba Luz Rodríguez Acelas¹², Solange Klockner Boaz¹³, Amália de Fátima Lucena¹⁴, Isabel Cristina Echer¹⁵

Introdução: As dificuldades encontradas durante a cessação do tabagismo estão entre os fatores que contribuem para a manutenção das altas taxas de prevalência, pois a dificuldade em lidar com sintomas de abstinência pode levar os fumantes a desistir das tentativas de cessação⁽¹⁾. Por isso, é importante que o fumante seja acompanhado durante este processo^(2,3), sendo o enfermeiro um profissional com conhecimentos e habilidades para desenvolver estratégias de orientação a esse paciente^(4,5). Devido à complexidade do processo de cessação do tabagismo, torna-se relevante avaliar continuamente o paciente com instrumentos fidedignos. Nesse sentido, a *Nursing Outcomes Classification (NOC)*⁽⁶⁾ pode se tornar uma proposta viável para avaliar e identificar as melhores práticas de cuidado. **Objetivo:** Analisar a aplicação de resultados de enfermagem da NOC na avaliação de pacientes em processo de cessação do tabagismo. **Desenvolvimento:** Trata-se de estudo conduzido em hospital universitário do sul do Brasil, entre outubro de 2014 e novembro de 2015, composto por duas etapas metodológicas distintas. Primeiramente, os pesquisadores selecionaram três resultados de enfermagem diretamente relacionados ao tabagismo, após realizou-se consenso⁽⁷⁾ entre oito enfermeiros especialistas para a definição dos indicadores de resultados de enfermagem da NOC a serem aplicados no estudo. Para a coleta de dados desta primeira etapa, os enfermeiros especialistas foram convidados a participar de um encontro presencial, no qual foram explicados os objetivos do estudo e como ocorreria a sua participação. Para este encontro, foi elaborado um instrumento com três resultados diretamente relacionados ao tabagismo, considerando a 5ª e última edição da NOC⁽⁶⁾, com seus respectivos indicadores e as opções “seleciono” e “não seleciono”. Esse instrumento foi preenchido de forma individual, sendo que cada enfermeiro deveria assinalar uma das opções para cada resultado e indicador. Após, cada um dos itens foi discutido no grupo com o objetivo de se obter o consenso sobre quais RE e indicadores seriam selecionados. Somente os resultados e indicadores que obtiveram consenso de 100% entre os enfermeiros especialistas foram incluídos no estudo. Nessa etapa também foram elaboradas definições operacionais para os indicadores selecionados, considerando a magnitude das escalas Likert de cinco pontos, com base em consulta à literatura e com a concordância do grupo de enfermeiros especialistas via contatos eletrônicos. A segunda etapa constituiu-se de um estudo de coorte prospectivo observacional⁽⁸⁾, com os seguintes critérios de inclusão: estar em processo de cessação do tabagismo, iniciar acompanhamento no grupo de cessação coordenado pelo enfermeiro do ambulatório do tabagismo. Esta segunda etapa teve um período de seguimento de dois meses, tempo despendido para a realização de cada

¹¹ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Enfermeira do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: vanessamantovani@gmail.com

¹² Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

¹³ Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

¹⁴ Doutora em Ciências. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFRGS. Coordenadora da Comissão do Processo de Enfermagem do HCPA. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

¹⁵ Doutora em Clínica Médica. Professora Associada da UFRGS. Chefe do Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem do HCPA. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.



grupo de cessação do tabagismo. Foram consideradas perdidas os pacientes que não compareceram a mais de dois encontros do grupo de cessação, o que caracteriza desistência do acompanhamento. Nessa etapa, a coleta de dados ocorreu por meio de um instrumento que continha informações sociodemográficas, clínicas e os resultados de enfermagem e indicadores da NOC selecionados, com as respectivas definições operacionais, os quais foram aplicados aos pacientes. As variáveis contínuas foram analisadas por média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, as variáveis categóricas foram analisadas por frequências e percentuais. Os escores obtidos na escala Likert dos indicadores da NOC foram analisados pela aplicação das Equações de Estimativas Generalizadas, sendo um valor de p bicaudal ≤ 0.05 considerado estatisticamente significativo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição. O consenso resultou na seleção de 20 indicadores de dois resultados de enfermagem: Comportamento de Cessação de Fumar (1625) com nove indicadores e Gravidade da retirada da substância (2108) com 11 indicadores. Vinte e um pacientes foram avaliados, com média de idade igual a 56 ± 11 anos, maioria de cor branca, sexo feminino, ensino fundamental incompleto e residindo com a família. Houve maior prevalência de doenças cardiovasculares (47%), seguido de comorbidades respiratórias e psiquiátricas. A média do tempo de fumo foi de 37 ± 10 anos e a mediana do número de cigarros fumados igual a 20. A grande maioria dos pacientes já havia tentado parar de fumar pelo menos uma vez e 38% haviam participado anteriormente do grupo de cessação. A média da pontuação do teste de Fargeström foi igual a 7 ± 2 pontos. Quando comparadas as médias das avaliações, houve aumento da pontuação com diferença estatisticamente significativa no resultado de enfermagem Comportamento de Cessação de Fumar (1625) e em seis indicadores. Dois indicadores desse resultado não apresentaram diferença estatística, mas tiveram aumento discreto na pontuação. Um indicador não sofreu alteração, mas a média de sua pontuação se manteve alta. O resultado Gravidade da retirada da substância (2108) não apresentou diferença estatisticamente significativa, mas sua pontuação apresentou melhora discreta. Sete indicadores desse resultado tiveram aumento na pontuação com diferença estatisticamente significativa, dois indicadores tiveram melhora discreta na pontuação sem diferença significativa e um indicador manteve sua pontuação em torno de quatro ao longo das avaliações. Um único indicador apresentou piora na pontuação. **Considerações finais:** Os resultados de enfermagem e os indicadores selecionados demonstraram a evolução clínica dos pacientes em acompanhamento para cessação do tabagismo, pois foi possível avaliar as dificuldades e barreiras do processo de cessação do tabagismo, tais como: o fato de conviver com fumantes, o medo da recaída, o ganho de peso, os sintomas de abstinência e a persistência da vontade de fumar. Portanto, essa seleção se faz necessária para viabilizar sua aplicação e se obter uma avaliação fidedigna da efetividade das intervenções de enfermagem a esses pacientes.

Referências:

1. Echer IC, Corrêa APA, Lucena AF, Ferreira SAL, Knorst MM. Prevalence of smoking among employees of a university hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(1):179-86.
2. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. J Bras Pneumol. 2008;34(10):845-80.
3. The Royal Australian College of General Practitioners. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals [Updated July 2014]. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners; 2011.
4. Cruz MS, Gonçalves MJF. O papel do enfermeiro no Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Rev Bras Cancerol. 2010;56(1):35-42.
5. Moura MAS, Menezes MFB, Mariano RD, Silva VR, Sousa LP. Intervenções de enfermagem no controle do tabagismo: uma revisão integrativa. Rev Bras Cancerol. 2011;57(3):411-9.



6. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC): measurement of health outcomes. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2013. 776p.
7. Azzolin K, Souza EN, Ruschel KB, Mussi CM, Lucena AF, Rabelo ER. Consensus on nursing diagnoses, interventions and outcomes for home care of patients with heart failure. *Rev Gaucha Enferm.* 2012;33(4):56-63.
8. Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Tradução: Denise Regina de Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

Mesa-redonda *Produção de conhecimento do Grupo de Estudo e Pesquisa do Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI) no eixo temático do Processo de Enfermagem*

IMPLEMENTAÇÃO DAS TAXONOMIAS NANDA-I, NOC E NIC NO PLANEJAMENTO DE ALTA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E DIABETES MELLITUS

Dayanna Machado Pires Lemos¹; Priscilla Ferreira Saldanha²; Karina de Oliveira Azzolin^{3*}

Introdução: A prática clínica segura, bem como a pesquisa e a educação eficientes na área de enfermagem fundamentam-se no uso de uma linguagem homogênea, especialmente em relação aos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Entre os sistemas de classificação mais estudados atualmente estão a Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I⁽¹⁾, os *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*⁽²⁾ e a *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*⁽³⁾. A aplicabilidade da ligação das taxonomias já foi comprovada em estudos prévios na atenção a pacientes com doenças crônicas como insuficiência cardíaca (IC) e Diabetes Mellitus (DM)⁽⁶⁻¹⁰⁾, porém um planejamento de alta sistematizado nas taxonomias ainda não foi amplamente estudado. O planejamento da alta consiste em uma importante etapa do processo de enfermagem, e deve ser iniciado nos primeiros dias da internação hospitalar. **Objetivo:** Avaliar o efeito da implementação de um planejamento de alta hospitalar estruturado nas taxonomias da NANDA-I, NOC e NIC para pacientes com IC ou DM. **Método:** Estudo quantitativo *quasi-experimental* realizado em unidades de internação clínica e emergência de um hospital público e universitário do sul do Brasil, acreditado pela Joint Commition International no período de janeiro de 2014 a setembro de 2015. Incluiu pacientes adultos, com IC ou DM há mais de um ano, que internaram por descompensação e que apresentaram as características definidoras do diagnóstico de enfermagem (DE) *Controle Ineficaz da Saúde -00078 (CIS)*. Durante a internação o conhecimento sobre a doença e tratamento foi avaliado por meio do NOC *Conhecimento: controle da insuficiência cardíaca(1835)* em pacientes internados por IC, ou pelo NOC *Conhecimento: controle do diabetes (1820)* em pacientes internados por DM. Esta avaliação foi denominada NOC basal. Na sequência, foram implementadas as NIC *Ensino: processo de doença (5602)*, *Ensino: medicamentos prescritos (5616)* e *Ensino: dieta prescrita (5614)* em três momentos distintos durante a internação. A individualização destas para cada patologia foi desenvolvida mediante consulta às diretrizes⁽¹⁹⁻²²⁾. Após as intervenções educativas, antes da alta hospitalar, cada paciente teve o conhecimento reavaliado pelo mesmo NOC aplicado na primeira visita. Esta avaliação foi denominada NOC final. A efetividade das intervenções foi verificada por meio da comparação das médias dos NOC basal e final. Cada indicador NOC foi definido operacionalmente e avaliado em uma Escala de *Likert* de cinco pontos⁽²⁾. A média dos NOC foi obtida por meio da pontuação na Escala de *Likert* de cada um dos indicadores. Posteriormente a isso, foi realizada

¹ Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem.

² Enfermeira residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Atenção Cardiovascular do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

³ Professora do Programa de Graduação em Enfermagem - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Assistente do Serviço de Enfermagem de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



soma da pontuação dos indicadores e estabelecimento das médias estatísticas nos dois momentos. Foi respeitada a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil e o projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (#13-0194). Para a análise, as variáveis foram descritas como média e desvio padrão ou mediana e intervalos interquartílicos (teste Kolmogorov-Smirnov), além de frequências absolutas e relativas. A comparação entre as médias NOC dos dois momentos foi por meio do t^{17} teste de Wilcoxon. Um $P \leq 0,05$ bicaudal foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** Foram incluídos 28 pacientes: 14 internados por IC e 14 por DM receberam as intervenções do estudo. Eram predominantemente do sexo masculino (53,6%), com média de idade de $55,1 \pm 15,5$ anos, sendo os pacientes com DM mais jovens ($47,1 \pm 15,8$ anos). Maioria brancos (85,7%), inativos profissionalmente (71,4%), residiam com familiar (75%) e mediana do tempo de estudo 7(2-9) anos. Na primeira avaliação tantos os pacientes cardiopatas quanto os diabéticos apresentavam pontuação média basal considerada limitada na Escala Likert. Ambos os resultados apresentaram melhora significativa após as intervenções. A média do resultado Conhecimento: controle da insuficiência cardíaca apresentou melhora significativa após as intervenções. Dos 37 indicadores aplicados, 22 apresentaram diferença significativa após três intervenções de enfermagem. Estes são apresentados na Tabela 1. Tabela1 – Médias dos indicadores do resultado de enfermagem *Conhecimento: controle da insuficiência cardíaca* com diferenças significativas. Porto Alegre, 2016.

Resultado NOC/ Indicadores	1ª Avaliação	2ª Avaliação	Diferença de média	P
Conhecimento: controle da insuficiência cardíaca (1835)	2,05±0,28	2,54±0,30	0,48±0,21	0,002
Estratégias para equilibrar atividade e repouso (183519)	2,36±1,27	3,57±1,22	1,21	0,002
Estratégias de controle de edema dependente (183523)	1,57±0,75	2,64±0,92	1,07	0,004
Ações básicas do coração (183504)	2,43±0,85	3,43±1,01	1,00	0,002
Sinais e sintomas de esforço excessivo (183511)	2,57±1,01	3,50±0,94	0,93	0,006
Importância do repouso no controle da doença (183518)	2,21±1,12	3,14±1,02	0,93	0,010
Causa e fatores colaboradores (183501)	1,50±0,76	2,36±1,00	0,86	0,006
Padrão e tipo de edema (183522)	2,00±0,87	2,86±0,86	0,86	0,010
Fatores colaboradores para mudanças no peso (183524)	1,57±0,64	2,43±0,51	0,86	0,001
Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva (183505)	2,29±0,61	3,14±0,86	0,85	0,008
Benefícios do controle da doença (183503)	2,07±0,99	2,86±0,86	0,79	0,005
Estratégias para evitar sofrimento respiratório (183520)	2,57±1,22	3,29±0,91	0,72	0,026
Estratégias de controle do peso (183525)	1,36±1,08	2,07±0,99	0,71	0,004
Sinais e sintomas de início da doença (183502)	2,14±0,77	2,79±0,89	0,65	0,014
Efeitos terapêuticos da medicação (183527)	1,57±0,85	2,21±0,97	0,64	0,014
Estratégias de controle da ansiedade (183515)	1,43±0,51	2,00±0,78	0,57	0,011
Estratégias de melhora da adesão à dieta (183526)	2,57±1,01	3,14±0,94	0,57	0,046
Quando obter assistência de profissional da saúde (183537)	2,86±1,02	3,43±0,85	0,57	0,023
Sinais e sintomas de taquicardia (183510)	1,93±0,61	2,43±0,85	0,50	0,020
Técnicas de automonitorização (183531)	2,07±1,07	2,57±1,01	0,50	0,035
Estratégias para promover a circulação periférica (183517)	1,29±0,46	1,71±0,61	0,42	0,034
Tratamentos para melhorar o desempenho cardíaco (183516)	1,57±0,64	1,86±0,77	0,29	0,046
Sinais e sintomas de hipotensão ortostática (183506)	1,43±0,51	1,71±0,46	0,28	0,046

*Dados apresentados com média \pm desvio padrão. P = diferença de médias (Wilcoxon). 1ª avaliação realizada na inclusão do paciente no estudo e 2ª avaliação após três intervenções. A média do resultado *Conhecimento: controle do diabetes* também apresentou aumento após intervenção. Dos 30 indicadores avaliados, 17 demonstraram diferença significativa antes e após três intervenções de enfermagem (Tabela 2).

Médias dos indicadores do resultado de enfermagem *Conhecimento: controle do diabetes* com **TABELA 2** diferenças significativas. Porto Alegre, 2016.

Resultado NOC/ Indicadores	1ª Avaliação	2ª Avaliação	Diferença de média	P
Conhecimento: controle do diabetes (1820)	2,61±0,55	3,21±0,57	0,59±0,20	0,000
Impacto de doença grave no nível da glicose do sangue (182013)	2,79±1,31	4,14±0,77	1,35	0,003
Descarte correto de seringas e agulhas (182035)	2,36±1,56	3,64±1,43	1,28	0,016
Práticas de cuidados preventivos dos pés (182023)	2,43±1,01	3,50±0,94	1,07	0,027
Plano de rotatividade dos locais de injeção (182018)	3,18±0,87	4,09±0,53	0,91	0,015
Plano de refeições prescrito (182003)	2,21±0,80	3,00±0,87	0,79	0,015
Procedimentos a serem seguidos no tratamento da hipoglicemia (182011)	2,14±0,94	2,93±0,91	0,79	0,009
Ações a serem tomadas de acordo com os níveis de glicose do sangue (182015)	2,00±0,78	2,79±0,80	0,79	0,001
Hiperlipidemia e fatores relacionados (182006)	2,36±1,15	3,14±1,02	0,78	0,009
Efeitos terapêuticos dos medicamentos (182039)§	2,86±1,61	3,64±1,27	0,78	0,014
Papel da dieta no controle da glicose do sangue (182002)	2,64±0,74	3,36±0,63	0,72	0,008
Como usar um dispositivo de monitorização (182033)	2,21±1,47	2,93±1,38	0,72	0,008
Estratégias para aumentar a adesão à dieta (182004)	2,64±0,74	3,29±0,61	0,65	0,007
Sinais e sintomas do início da doença (182031)	2,00±1,10	2,64±1,08	0,64	0,014
Prevenção da hiperlipidemia (182007)	2,71±0,91	3,21±0,57	0,50	0,038
Regime da medicação oral prescrita (182020)	2,29±1,32	2,79±1,31	0,50	0,038
Quando obter assistência de profissional da saúde (182042)	3,21±1,12	3,71±1,06	0,50	0,008
Técnica correta para retirar e administrar insulina (182027)	3,36±1,02	3,82±1,25	0,46	0,025
Benefícios do controle da doença (182024)	2,86±1,02	3,29±1,20	0,43	0,034

* Dados representados por média ± desvio padrão. P = diferença de médias (Wilcoxon). 1ª avaliação realizada na inclusão do paciente no estudo e 2ª avaliação após três intervenções.

Considerações Finais: Os achados deste estudo sugerem que o planejamento de alta durante a internação hospitalar para pacientes com IC e DM descompensadas e com o DE *Controle Ineficaz da Saúde* utilizando Intervenções de Enfermagem de ensino melhoram significativamente a pontuação dos Resultados de Enfermagem sobre conhecimento da doença e tratamento. A assistência norteada por taxonomias padronizadas oferece informações que podem subsidiar seu uso na clínica, possibilitando o cuidado de enfermagem sistematizado e direcionado à melhora do conhecimento do paciente sobre sua doença e tratamento. Além disso, preenche lacunas como a ausência de avaliação de efetividade de planos de alta e instrumentaliza o ensino e a pesquisa corroborando com o avanço da enfermagem enquanto profissão moderna com práticas qualificadas baseadas em evidências científicas.

Referências:

1. NANDA I. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
3. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
4. Sharma M, Nazareth I, Petersen I. Trends in incidence, prevalence and prescribing in type 2 diabetes mellitus between 2000 and 2013 in primary care: a retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2016; 6(1): e010210.
5. DATASUS. Mortalidade por insuficiência cardíaca no Brasil 2014; Mortalidade por diabetes mellitus no Brasil 2014. Consulta em 04.02.2016. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
6. Hamar GB, Rula EY, Wells A, Coberley C, Pope JE, Larkin S. Impact of a Chronic Disease Management Program on Hospital Admissions and Readmissions in an Australian Population with Heart Disease or Diabetes. *Popul Health Manag*. 2013; 16(2): 125-31.



7. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LI, et al. Diagnoses and Timing of 30-Day Readmissions after Hospitalization For insuficiência cardíaca, Acute Myocardial Infarction, or Pneumonia. JAMA . 2013; 309(4): 355–363.
8. Dungan KM. The Effect of Diabetes on Hospital Readmissions. Journal of Diabetes Science and Technology. 2012; 6(5): 1045-52.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência cardíaca Crônica. Arq bras cardiol 2009; 93(1 supl.1): 1-71.
10. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diabetes Mellitus: Recomendações Nutricionais. 2005.
11. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diabetes Mellitus: Insulinoterapia. 200.
12. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diabetes Mellitus: Tratamento Medicamentoso. 2004

PROCESSO DE ENFERMAGEM NO HCPA: INTERFACE COM A ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL

Maria do Carmo Rocha Laurent¹

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A segurança do paciente sempre esteve nas bases de qualquer profissão da área da saúde, porém, publicações científicas demonstram que muitos pacientes sofrem danos causados por falhas na assistência prestada pelos serviços de saúde, causando aumento do tempo de hospitalização, sequelas permanentes e/ou morte de pacientes. Os danos não são causados por descaso, mas por problemas decorrentes da complexidade do processo de cuidado que hoje se faz necessário¹. Nesse cenário, a segurança do paciente tem sido discutida mundialmente, por várias instituições na saúde, sendo considerada a mais importante dimensão quando se fala em qualidade na assistência à saúde^{1,2}. Entende-se por Segurança do Paciente tudo aquilo que é estudado e aplicado na prática, para que os riscos desses danos desnecessários diminuam até um nível aceitável, ou até mesmo que haja eliminação destes riscos, para produzir uma assistência segura em saúde. Assim, nesta perspectiva, muitos hospitais reconhecem a necessidade de desenvolver estratégias que impeçam ou minimizem a chance de erros e falhas em seus serviços; o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) buscou a acreditação hospitalar da Joint Commission International (JCI)². Para que um hospital seja acreditado, a JCI estabelece “Padrões” que definem a expectativa, as estruturas ou as funções de desempenho que devem ser estabelecidas. A enfermagem utiliza o Processo de Enfermagem (PE) como um modelo metodológico, norteado pelo pensamento crítico utilizado para organizar e qualificar o cuidado. O PE destaca-se como uma tecnologia do cuidado que orienta a sequência do raciocínio lógico e melhora a qualidade do cuidado por meio da sistematização da avaliação clínica, dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de Enfermagem^{3,4}. É um processo dinâmico utilizado para favorecer o cuidado e organizar o atendimento de indivíduos, famílias, grupos e comunidades e que o Conselho Federal de Enfermagem através de resoluções, reforça e descreve as questões relacionadas ao PE e registros no prontuário^{2,3}. Assim, o PE faz a interface com o processo de acreditação da JCI, evidenciando os padrões, quando define as estruturas e funções de desempenho que devem ser estabelecidas; os propósitos, quando define parâmetros para as exigências e descreve os requisitos e as metas; também, com os Elementos de Mensuração, quando indica o que é verificado e atribuído uma pontuação. **Objetivo:** Evidenciar as interfaces do Processo de

¹Enfermeira da Comissão do Processo de Enfermagem; Assessora de operações Assistenciais; Integrante do QUALIS, coordenadora do Capítulo de Educação de Pacientes e Familiares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RS/Brasil. mjlaurent@hcpa.edu.br



Enfermagem no HCPA com a acreditação hospitalar. **Desenvolvimento:** O HCPA, no seu Planejamento Estratégico tem como missão ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação. Quando localizamos no mapa estratégico o Processo de Enfermagem, o mesmo encontra-se absolutamente alinhado à missão institucional da qualidade e segurança. Nesse hospital, existe a Comissão do Processo de Enfermagem que é responsável pela condução do mesmo, bem como nos processos educativos relacionados. O PE, com as suas cinco etapas: Anamnese, Diagnósticos de Enfermagem, Prescrição de enfermagem, Implementação e Avaliação estruturadas, promovem a organização e padronização da assistência de enfermagem. A informatização de todas as etapas do PE implementadas na prática assistencial do HCPA, também facilita e auxilia na qualificação e padronização dos processos e dos registros de enfermagem. Nesse processo dinâmico entre o PE e a Acreditação Hospitalar, percebe-se uma retroalimentação contínua. A acreditação agrega novas iniciativas para aumentar a qualidade da atenção, sendo necessária uma mudança na cultura institucional. A Cope revisa os documentos relacionados ao PE, inclui o que se faz necessário e sensibiliza e capacita as equipes para as mudanças. Os Padrões da JCI definem a expectativa, estruturas e funções de desempenho que devem ser estabelecidas. Existem três grandes grupos de padrões, sendo os Padrões centrados no paciente, os envolvidos com o PE assim descritos: Metas internacionais de segurança dos pacientes (IPSG); Direitos dos pacientes e familiares (PFR); Avaliação dos pacientes (AOP); Cuidado aos Pacientes (COP); Anestesia e cuidados cirúrgicos (ASC); e Educação de Pacientes e familiares (PFE)⁵. O PE na instituição é baseado no referencial das Necessidades Humanas de Wanda Horta, incluindo necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. A seguir apresenta-se a relação do PE com a Acreditação Hospitalar, relacionada a cada capítulo da JCI e etapa do PE. Metas internacionais de segurança dos pacientes (IPSG): Meta 1, Identificação correta; presente em todas as etapas do PE, pois todos os documentos são identificados com nome e registro no sistema. Meta 2, Melhorar a eficácia da comunicação, aparece nas evoluções de enfermagem, DE e Prescrição. Meta 4, cirurgia, local e paciente correto, evidenciado por registros claros e objetivos, na Anamnese e na Evolução de enfermagem. Meta 5, Reduzir o risco de infecções, visualizado na Conduta educativa na Anamnese, como orientações sobre higiene de mãos. Meta 6, Reduzir as lesões decorrentes das quedas, contemplada na Anamnese, na Avaliação Funcional e na Conduta Educativa, no DE Risco de Quedas, na Prescrição e na Evolução, com o registro da escala de Morse. 2. Direitos dos pacientes e familiares (PFR): O respeito aos valores pessoais e crenças espirituais e religiosas estão evidenciadas na Anamnese com questões sobre a religião, crenças e valores e o questionamento sobre o que pode ajudar o paciente na situação atual. Os pacientes são informados quanto aos seus direitos e esse registro encontra-se na Anamnese, na Conduta de Educação. 3. Avaliação dos pacientes (AOP): A identificação das necessidades de saúde do paciente, com conteúdo mínimo da avaliação definido, incluindo fatores físicos, psicológicos, sociais e econômicos, exame físico e histórico de saúde, estão contemplados na Anamnese, com um instrumento customizado, com questões biopsicossociais e registrada nas primeiras 24h da internação conforme preconizado. As triagens em relação ao estado nutricional, funcional e outras necessidades especiais também são contempladas na anamnese com as questões: Dieta utilizada, Avaliação funcional: condições de movimentos, locomoção, equilíbrio e limitações; também na etapa dos Diagnósticos de Enfermagem quando da abertura dos DE Risco de Quedas e/ou Mobilidade Física Prejudicada. A triagem para a dor aparece na Anamnese, nos Controles do Paciente e na evolução, em registros sobre a história de dor, característica, localização e intensidade, bem como registros da reavaliação da dor. As Avaliações iniciais diferenciadas para populações especiais podem ser evidenciadas através das diferentes customizações das anamneses de enfermagem. 4. Cuidado aos Pacientes (COP): Um plano de cuidados individualizados é elaborado e documentado para cada paciente em até 24h, evidenciados na Prescrição de Enfermagem com os cuidados listados na



prescrição diária. 5. Anestesia e Cuidados cirúrgicos (ASC): O estado pós anestésico do paciente é monitorado e documentado na recuperação anestésica, evidenciado nos Controles do Paciente com o registro dos sinais vitais. Os cuidados pós operatório são planejados e documentados aparecem na Prescrição de Enfermagem e nos controles do paciente com os cuidados prescritos e o registro de sua realização. 6. Educação de Pacientes e Familiares (PFE): As necessidades educacionais de cada paciente são avaliadas e registradas no prontuário na etapa da Anamnese, evidenciada com a questão: Paciente conhece seu estado de saúde? A Capacidade e vontade de aprender do paciente e de seus familiares são avaliados na Anamnese, evidenciados com as questões: Escolaridade, Motivação para o tratamento, Capacidade para o autocuidado e limitações para a educação. **Considerações finais:** No que se refere à Enfermagem, o movimento pela qualidade é uma necessidade incorporada à gestão da assistência segura e de qualidade. Com os achados descritos, percebe-se a estreita relação do PE quando comparados aos padrões preconizados pela JCI, mostrando que o mesmo pode contribuir nos processos de acreditação. Os registros são as evidências do cuidado realizado e precisam ter qualidade e padronização, o que, mais uma vez é facilitado com o PE e com a utilização dos sistemas de Classificação de Enfermagem. Ainda, além de ferramentas adequadas como o processo de Enfermagem estruturado, Tecnologia da informação, é preciso um processo educativo permanente que contemple todos os trabalhadores.

Referências:

1. Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente IPSP [homepage na internet]. **Segurança do Paciente** [acesso em 24 mai 2017]. Disponível em: <http://www.segurancaadopaciente.com.br>
2. Lucena AF. Processo de Enfermagem: interfaces com o processo de acreditação hospital. Rev. Gaúcha Enfermagem. 2013;34(4):8-9.
3. Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MC. Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed; 2011.
4. Dal Sasso GTM, Barra DCC, Paese F, Almeida SRW, Rios GC, Marinho MM, et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(1):242-9
5. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals**. 5. ed. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, 2014.

CURSO

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA CLÍNICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Rejane Reich^{a,b}, Luciana Bjorklund de Lima^a, Amália de Fátima Lucena^{a,b,c}

Introdução: A Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é responsável pela coordenação e implementação do Processo de Enfermagem (PE) utilizado na prática clínica dessa instituição. Esta comissão é vinculada ao Grupo de Enfermagem do hospital, constituída por enfermeiros representantes dos diferentes Serviços de Enfermagem, além de docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O PE é um método norteado pelo pensamento crítico aplicado à prática, que auxilia na organização do

^aHospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^bUniversidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^cUniversidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail autor: rreich@hcpa.edu.br



cuidado e qualifica a assistência⁽¹⁾, orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional, sendo composto por cinco etapas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação^(2,3). No HCPA as cinco etapas são desenvolvidas como Anamnese e Exame físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem, Implementação e Evolução de Enfermagem. Este método deve estar baseado em suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados⁽²⁾. Os sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem podem ser utilizados como ferramentas de auxílio e qualificação na execução das etapas referentes ao diagnóstico, à intervenção e ao resultado. Neste sentido, a *NANDA-International* (NANDA-I)⁽⁴⁾ pode ser utilizada para diagnósticos de enfermagem, a *Nursing Outcomes Classification* (NOC)⁽⁵⁾ para resultados de enfermagem e a *Nursing Intervention Classification* (NIC)⁽⁶⁾ para intervenções a serem implementadas com base nos resultados que se quer alcançar. **Objetivo:** Abordar a utilização do PE na prática clínica da equipe de enfermagem do HCPA em curso ministrado por enfermeiros integrantes da COPE. **Desenvolvimento:** O curso foi elaborado contemplando um momento teórico, com base no referencial de Wanda Horta e nos sistemas de classificações utilizados no HCPA (NANDA-I, NIC). O momento prático será desenvolvido por meio de visita guiada às unidades de internação do hospital, com demonstrações práticas da utilização do PE informatizado em ambiente real de cuidado, por enfermeiros atuantes na prática clínica. Nesse momento será demonstrado o processo de raciocínio clínico do enfermeiro, fundamentado aos sistemas de classificações de enfermagem atreladas a necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais descritas por Wanda Horta. Assim, a partir da anamnese e exame físico o enfermeiro faz a interpretação dos dados coletados, para elencar um ou mais diagnósticos de enfermagem prioritários ou mais acurados. Com base nos resultados que se quer alcançar para aquele paciente, são elencados os cuidados a serem implementados e, posteriormente, através dos registros em evolução esse processo é avaliado. **Considerações finais:** O PE proporciona a evidência dos cuidados de enfermagem realizados, por meio do registro do mesmo; o que além de ser uma exigência legal, proporciona visibilidade profissional, qualificação da assistência e segurança para o paciente e profissional.

Referências:

1. Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MC. Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed; 2011.
2. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambiente, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília. 2009.
3. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN nº 429/212. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Diário Oficial da União 8 jun 2012; Seção 1.
4. Herdman TH, Kamitsuru SE. Nanda International. Nursing Diagnoses 2015-17: Definitions and Classification. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing outcomes classification (NOC). 5th ed. Saint Louis: Elsevier; 2013.
6. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Nursing interventions classification (NIC). 6th ed. Saint Louis: Elsevier; 2013.



RESULTADOS DA LASERTERAPIA EM PACIENTES COM FERIDAS CRÔNICAS

Daiane Thais Meneguzzo²¹, Taline Bavaresco²², Amália de Fátima Lucena²³

Introdução: Uma ferida pode ser definida como a interrupção da integridade cutâneo-mucosa decorrente de desequilíbrios e agravos da saúde, que resulta em solução de continuidade da pele, na qual rompem-se estruturas, desde a epiderme até camadas mais profundas, como fáscias, músculos e órgãos cavitários. Diante disso, o organismo inicia o processo de reparação tecidual, o qual se baseia numa série de fases complexas, independentes e sobrepostas, descritas como inflamação, proliferação e maturação¹. Quanto à evolução, uma ferida crônica apresenta um retardo na cicatrização devido a processos infecciosos, em decorrência de outras doenças sistêmicas crônicas pré-existentes, recorrência freqüente e, muitas vezes, devido a distúrbios vasculares. Sendo assim, os pacientes com esta condição crônica necessitam de uma abordagem ampla e criteriosa, pois uma boa avaliação e uma escolha terapêutica adequada tem papel fundamental no processo cicatricial e no impacto da qualidade de vida dos mesmos. Nesse cenário de cuidado o enfermeiro necessita de conhecimento específico para o planejamento e a implementação de intervenções individualizadas para seu tratamento. Atualmente o tratamento convencional das feridas está baseado na realização do curativo e, dependendo da etiologia, deve ser associado à terapia compressiva, além de orientação para uma dieta que favoreça a cicatrização e a necessidade de repouso intercalado com exercício de caminhada². Entretanto, apesar dos avanços dos diversos tipos de coberturas disponíveis, ainda existem lesões de difícil e prolongado processo de cicatrização e por isso, a necessidade de utilizar alternativas de tratamento adjuvante, dentre elas a Laserterapia, terapia realizada com o uso do Laser de Baixa Potência. Os primeiros resultados do Laser na cicatrização de feridas datam de 1968, pela equipe de Andre Mester que demonstrou que o laser acelerou a reparação tecidual em queimaduras de ratos³. Desde então, um crescente número de evidências científicas mostram que a Laserterapia é potencialmente benéfica no tratamento de feridas independentemente da etiologia. Estudos *in vitro* e *in vivo* mostraram que o Laser age em diversas fases da cicatrização. Entre os principais efeitos do laser estão a normalização da produção de ATP de células lesionadas; estímulo da proliferação e migração de keratinócitos, células endoteliais e fibroblastos; aumento na síntese de colágeno; aumento das atividades fagocíticas e bactericidas de células inflamatórias e modulação da expressão e secreção de importantes citocinas⁴. Sendo assim, a Laserterapia tem apresentado efeitos positivos nas três fases da cicatrização – inflamação, proliferação e maturação – em feridas agudas assim como em feridas crônicas⁵. Apesar das evidências experimentais serem sólidas, clinicamente os resultados são variáveis. Fatores dosimétricos como fototipo, profundidade da lesão, fase da lesão, tipo de laser utilizado, dose, potência, intensidade, tempo de irradiação e forma de irradiação (em contato, varredura e afastado) podem modificar os resultados clínicos. E por isso, o estudo da dosimetria, que determina a forma de irradiação e todos os seus aspectos torna-se necessário. **Objetivo:** Apresentar os mecanismos de ação da Laserterapia na cicatrização bem como os fatores importantes que determinam a dosimetria clínica na busca da eficácia do laser como adjuvante no tratamento de feridas crônicas. **Desenvolvimento:** *Mecanismos de ação da Laserterapia.* A Laserterapia consiste na entrega de energia luminosa nos tecidos, que é absorvida por fotoabsorvedores que a transformam em energia química. A energia é então utilizada pela célula segundo sua genética e fisiologia, reestabelecendo sua homeostase. O mecanismo de ação mais bem estudado da Laserterapia envolve a enzima metálica citocromo C oxidase (CCO), da cadeia respiratória mitocondrial que em situação de hipóxia ou lesão celular é

²¹ Doutora pelo Centro de Lasers e Aplicações do IPEN, CNEN, USP-SP. Coordenadora de cursos de Pós Graduação em Laser das instituições São Leopoldo Mandic, FAOA e Allaser. Campinas, São Paulo.

²² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao adulto e Idoso (GEPECADI). Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. tali_nurse@yahoo.com.br.

²³ Doutora em Ciências. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFRGS. Pesquisadora do GEPECADI. Bolsista de Produtividade em Pesquisa CNPq, Nível 2. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.



inibida pelo Óxido Nítrico (NO). A Laserterapia fotodissocia o NO, reestabelecendo a ligação do oxigênio na mitocôndria, com consequente aumento do potencial de membrana mitocondrial, e normalização da produção de ATP. O NO por sua vez, atua como um vasodilador, bem como um dilatador do fluxo linfático e estimula a angiogênese a partir da regulação positiva da expressão e secreção de VEGF de células da musculatura lisa da artéria. Além disso, com o reestabelecimento da respiração celular, ocorre um breve aumento nas espécies reativas de oxigênio que por sua vez estimulam vias de sinalização mitocondriais levando a efeitos citoprotetores, anti-oxidantes e anti-apoptóticos nas células⁴. Outros mecanismos também contribuem para os efeitos da Laserterapia entre eles: A ativação de vias de sinalização e fatores de transcrição que causam alterações na expressão proteica explicando os efeitos duradouros da laserterapia e ainda a reativação de enzimas antioxidantes como a SOD (superóxido desmutase) e a catalase, que em situações inflamatórias, de baixo pH, são inativadas, mas que na presença da luz se reativam. Sendo os radicais livres os primeiros a serem liberados no processo inflamatório, e na presença de enzimas anti-oxidantes ativas o resultado é a modulação da inflamação acelerando o processo de cicatrização tecidual⁶. Os efeitos imunológicos do laser também são observados através da ativação de células de defesa e inflamatórias, como neutrófilos e linfócitos além de melhorar sua atividade fagocitária e bactericida⁷ e estimular a degranulação de mastócitos⁴. A Laserterapia desta forma contribui para as principais fases da cicatrização:- Fase inflamatória: estimulando os sinais quimioatrativos iniciais pelo aumento da secreção de IL-1a pelos queratinócitos, estimulando liberação de histamina, e degranulação de mastócitos; pelo aumento da vasodilatação; ativação de células inflamatórias e atividade imunológica. Modulando a inflamação pela sua ação antioxidante⁶; - Fase proliferativa: proliferação e migração de queratinócitos, fibroblastos e miofibroblastos⁸; estimula angiogênese e neovasacularização⁹;- Fase de maturação: distribuição de colágeno, orientação e espessura⁸ e resistência a tração⁵.*Dosimetria em Laserterapia:* Os resultados da laserterapia são sempre mais proeminentes em feridas agudas e cruentas. No entanto, foi demonstrado que o laser altera o microambiente de quimiocinas e citoquinas da ferida de crônica para aguda, reduzindo o infiltrado inflamatório e estimulando a síntese de ATP em células com depleção de energia, permitindo que a ferida progrida em direção à cicatrização⁵. A laserterapia consiste na entrega de energia luminosa nos tecidos. Os efeitos acontecem quando esta energia luminosa é absorvida por moléculas fotoabsorvedoras, que chamamos de cromóforos^(3,6). A energia luminosa é então transformada em energia química, sendo os efeitos fisiologicamente dependentes. Ou seja, a energia irá ser utilizada para normalizar as funções celulares e teciduais que seguem a genética e fisiologia normal desses tecidos. O bom laserterapeuta é aquele que consegue administrar a dose ideal no tecido alvo. Por isso alguns fatores precisam ser considerados ao se realizar a Laserterapia: 1. Escolha do comprimento de onda tipicamente usamos o infra vermelho para tecidos profundos e o vermelho para superficiais (os comprimentos de onda vermelhos 600-660 nm são absorvidos pela melanina e hemoglobina, e por isso tendem a ser absorvidos na superfície da pele/mucosa, não sobrando fótons para irem a áreas mais profundas), por isso é recomendado que em tecidos escuros o infravermelho seja a opção de escolha. Sendo a absorção máxima em preto, áreas de sutura, pintas, ou necrosadas não devem ser irradiadas sob a possibilidade de gerar calor e desconforto ao paciente e em último caso, queimar; 2. A energia entregue deve seguir as janelas biológicas já publicadas, mas poderão ser modificadas conforme alguns fatores: distância de irradiação, forma de radiação em contato ou varredura, maior ou menor numero de pontos, distância entre os pontos e fase da lesão. *Avaliação do processo de regeneração tecidual* A *Nursing Outcomes Classification* (NOC) apresenta resultados de enfermagem com indicadores próprios que podem ser usados para mensurar o processo de regeneração tecidual através de uma escala *Likert* de cinco pontos, em que o menor escore representa o pior estado e o maior escore representa o mais desejável representando um *continuum*¹⁰. O resultado *Cicatrização de feridas: segunda intenção* é composto por 18 indicadores:



Tecido de granulação, Formação de tecido cicatricial, Diminuição do tamanho da ferida, Drenagem purulenta, Drenagem serosa, Drenagem sanguinolenta, Drenagem serosanguinolenta, Eritema ao redor da ferida, Inflamação da ferida, Edema ao redor da ferida, Pele com bolhas, Pele macerada, Necrose, Formação de esfacelo, Formação de túnel, Bordas irregulares, Tecido de granulação e Odor. Ainda a NOC possui o resultado *Integridade tissular: pele e mucosas* composto por 21 indicadores: Temperatura da pele, Sensibilidade, Elasticidade, Hidratação, Descamação da pele, Textura, Espessura, Perfusão tissular, Crescimento de pêlos, Integridade da pele, Pigmentação anormal, Lesões na pele, Lesões nas mucosas, Tecido cicatricial, Câncer de pele, Transpiração, Crostas na pele, Eritema, Exsudato, Clareamento, Necrose e Endurecimento. Ambos são aplicáveis para o acompanhamento da evolução do tratamento e a avaliação do processo de reparação tecidual¹⁰. Portanto, a NOC propicia o acompanhamento rigoroso do processo de reparação tecidual, com o uso de técnicas de medição não invasivas, as quais são capazes de ir além de uma avaliação clínica isolada, definindo as etapas da evolução da lesão de forma mais sensível, objetiva, reproduzível e comparável, sendo uma escolha acurada quando a laserterapia é utilizada. **Considerações finais:** A TLBP propicia regeneração dos tecidos, modula a inflamação aumenta a imunidade local e sistêmica. Seus efeitos benéficos no entanto dependem de um bom diagnóstico, e de uma terapêutica convencional apropriada. É fundamental o protocolo da Laserterapia e a terapêutica serem individualizadas ao paciente, e sua evolução devidamente registrada e mensurada com instrumentos apropriados. O conhecimento dos mecanismos de ação da laserterapia explica porque a forma como o tecido evolui na cicatrização é diferente entre os tratamentos convencionais e os associados a laserterapia. A tendência do tecido de formar um tecido substituto, a partir do tecido de granulação é substituída pela real regeneração tecidual, sendo visível a formação de tecido muscular, fâscias, tecido adiposo, e pele. Desta forma, o esfacelo que é removido em tratamentos convencionais na maioria das situações deve ser portanto preservado, limitando o debridamento químico ou cirúrgico ao tecido necrosado. Essa atitude é de certa forma uma mudança de paradigma, mas que deve ser levada em consideração no uso da fototerapia para que os resultados sejam atingidos e mensurados.

Referências:

1. Borges, EL. et al. Prevenção de recidiva de úlcera varicosa: um estudo de coorte. Rev Acta Paul Enferm 2016 Jan;29(1):9-16.
2. White-Chu EF, Conner-Kerr TA. Overview of guidelines for the prevention and treatment of venous leg ulcers: a US perspective. J Multidiscip Healthc. 2014 Feb 11;7:111-7.
3. Mester, E.; Ludani, M.; Seller, M. The simulating effect of low Power laser Ray on biological systems. Laser Rev 1968 1:3.
4. De Freitas LF, Hamblin MR. Proposed Mechanisms of Photobiomodulation or Low-Level Light Therapy. IEEE J Sel Top Quantum Electron. 2016 May-Jun;22(3).
5. Yasukawa A, Hrui H, Koyama Y, Nagai M, Takakuda K. The effect of low reactive-level laser therapy (LLLT) with helium-neon laser on operative wound healing in a rat model. J Vet Med Sci. 2007 Aug;69(8):799-806.
6. Vladimirov IuA, Klebanov GI, Borisenko GG, Osipov AN. [Molecular and cellular mechanisms of the low intensity laser radiation effect]. Biofizika. 2004 Mar-Apr;49(2):339-50. Review.
7. Duan R, Liu TC, Li Y, Guo H, Yao LB. Signal transduction pathways involved in low intensity He-Ne laser-induced respiratory burst in bovine neutrophils: a potential mechanism of low intensity laser biostimulation. Lasers Surg Med. 2001;29(2):174-8.
8. Medrado AP, Soares AP, Santos ET, Reis SR, Andrade ZA. Influence of laser photobiomodulation upon connective tissue remodeling during wound healing. J Photochem Photobiol B. 2008 Sep 18;92(3):144-52.
9. Schindl A, Merwald H, Schindl L, Kaun C, Wojta J. Direct stimulatory effect of low-intensity 670 nm laser irradiation on human endothelial cell proliferation. Br J Dermatol. 2003 Feb;148(2):334-6.
10. Moorhead S., et al. Classificação Dos Resultados de Enfermagem - NOC. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2016.