



**ANAIS**

ISBN: 978-85-87582-37-9



# 10° SINAPEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência  
de Enfermagem no Brasil:  
30 anos na construção  
da qualidade  
no cuidar

**04 a 07**

**Agosto de 2010**

**Parlamundi - Brasília - DF**



Associação  
Brasileira de  
Enfermagem

**10° SINADEn**

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil:  
30 anos na construção da qualidade no cuidar

# 10° SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

04 A 07 DE AGOSTO DE 2010  
BRASÍLIA – DF

**PROMOÇÃO:**  
**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM**  
**ABEn Nacional**

**REALIZAÇÃO:**  
**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM**  
**SEÇÃO DISTRITO FEDERAL**

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil:  
30 anos na construção da qualidade no cuidar

## SUMÁRIO

Mensagem

Diretoria da ABEn Nacional

Diretoria da ABEn-Seção Distrito Federal

Comissão Organizadora

Informações gerais

Programa

Pôsteres

# 10° SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil:  
30 anos na construção da qualidade no cuidar

## MENSAGEM

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e a Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Distrito Federal (ABEn/DF) tem o prazer de recebê-las (los) para o 10º Simpósio Nacional de diagnóstico de Enfermagem (SINADEn), no ParlaMundi - LBV, na cidade de Brasília, no Distrito Federal, com o objetivo de discutir e refletir sobre os elementos da prática profissional: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. A promoção deste evento é parte das comemorações dos 50 anos de fundação da ABEn/DF e dos 30 anos da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil.

O tema central do 10º SINADEn: **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil: 30 anos na construção da qualidade no cuidar** se subdivide em:

SUB-TEMA 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde do indivíduo nas diferentes fases da vida;

SUB-TEMA 2: Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação;

SUB-TEMA 3: Gerenciamento e Registro dos cuidados de enfermagem;

SUB-TEMA 4: Sistemas de Informação e Comunicação da prática de enfermagem.

Estão previstos três dias e meio de atividades com seis mini cursos, conferências, mesas redondas, mesas coordenadas, sessões de Pôsteres e a presença de conferencistas nacionais e internacionais que abrilhantarão o nosso evento e ainda conta com o **“Prêmio Maria Miriam Lima da Nóbrega”**. Aliado a tudo isto, nossos convidados e participantes poderão usufruir da cidade de Brasília, com seus inúmeros pontos turísticos, e sedes dos três poderes do nosso País, além da oportunidade de confraternização e integração da enfermagem brasileira.

# 10° SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil:  
30 anos na construção da qualidade no cuidar

A Comissão Organizadora do 10º SINADEn esta preparando com muito carinho e esperando todas (os) profissionais e estudantes de Enfermagem e demais componentes da equipe de saúde de todas as regiões do país, para conosco aprofundar a qualidade na assistência do cuidar e a implantação da SAE no nosso imenso país.

Sejam todas (os) bem-vindas (os)!

Comissão Organizadora

**10° SINADEN**

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil:  
30 anos na construção da qualidade no cuidar

**DIRETORIA NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM  
E CONSELHO FISCAL – GESTÃO 2007/2010**

MARIA GORETTI DAVID LOPES

**PRESIDENTE**

SIMONE APARECIDA PERUZZO

**SECRETÁRIA GERAL**

TELMA RIBEIRO GARCIA

**PRIMEIRA SECRETÁRIA**

REGINA COELI NASCIMENTO DE SOUZA.

**TESOUREIRO**

MARIA JOSÉ MORAES ANTUNES

**DIRETORA DE ASSUNTOS PROFISSIONAIS**

JUSSARA GUE MARTINI

**DIRETORA DE PUBLICAÇÕES E**

**COMUNICAÇÃO SOCIAL**

ROSALINA ARATANI SUDO

**DIRETORA CIENTÍFICO-CULTURAL**

IVONE EVANGELISTA CABRAL

**DIRETORA DO CEPEN**

MARIA MADALENA JANUARIO LEITE

**DIRETORA DE EDUCAÇÃO**

ANGELA MARIA ALVAREZ

MARIA JOSE FERNANDES TORRES

NILTON VIEIRA DO AMARAL

**CONSELHO FISCAL NACIONAL**

**10° SINADEN**

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil:  
30 anos na construção da qualidade no cuidar

**DIRETORIA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM  
SEÇÃO DISTRITO FEDERAL E CONSELHO FISCAL– GESTÃO 2007/2010**

SOLANGE DA SILVA

**PRESIDENTE**

ZULMIRA MARIA BARROSO DA COSTA

**VICE-PRESIDENTE**

JAIR GOMES DE PAIVA JUNIOR

**SECRETARIA GERAL**

ANA LUCIA DA SILVA

**PRIMEIRA SECRETÁRIA**

KEDMA REGO OLIVEIRA

**PRIMEIRA-TESOUREIRA**

ISABEL DOS REIS OLIVEIRA

**SEGUNDA-TESOUREIRA**

RINALDO DE SOUZA NEVES

**DIRETOR DE ASSUNTOS PROFISSIONAIS**

MARIA DE LOURDES CARNEIRO SERRA

**DIRETORA DE PUBLICIDADE E COMUNICAÇÃO SOCIAL**

MARIA BONIFÁCIO DA SILVA

**DIRETORA CIENTÍFICO-CULTURAL**

IVONE KAMADA

**DIRETORA DO CEPEN**

PAULA ELAINE DINIZ DOS REIS

**DIRETORA DE EDUCAÇÃO**

VILMA LOBO DE OLIVEIRA

CRETO VALDIVINO E SILVA

CRISTIANE SOLE FERREIRA MAGALHÃES

**CONSELHO FISCAL**

## **Comissão Organizadora do 10º SINADEn**

**Maria Goretti David Lopes** - Presidente

## **Comissão Executiva do 10º SINADEn**

**Maria José Moraes Antunes** – Coordenadora

**Solange da Silva** – Primeira Vice-Coordenadora

**Rinaldo de Souza Neves** – Segundo Vice-Coordenador

**Ivone Kamada**

**Fidélia Vasconcelos de Lima**

**Zulmira Maria Barroso da Costa**

**Kedma Rego Oliveira**

## **Subcomissão de Temas e Documentação**

Ivone Kamada – Coordenadora

Cristine Alves Costa de Jesus

Paula Elaine Diniz dos Reis

Andrea Mathes Faustino

Creto Valdivino e Silva

Maria José Antunes

Telma Ribeiro Garcia

## **Subcomissão de Secretaria**

Fidélia Vasconcelos de Lima – Coordenadora

Jair Gomes de Paiva Júnior

Maria Goreti Lima

Maria Aparecida Silva Lisboa

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil:  
30 anos na construção da qualidade no cuidar

## **Subcomissão de Infra-Estrutura, Recepção, Hospedagem, Transporte e Monitoria**

Zulmira Maria Barroso da Costa - Coordenadora

Tereza Garcia Braga

Vilma Lobo de Oliveira

Iveth Mercedes Sevilla Lobo

## **Subcomissão Sociocultural e de Divulgação**

Rinaldo de Sousa Neves - Coordenador

Maria Bonifácio da Silva Ribeiro

Rosalina Aratani Sudo

## **Subcomissão de Tesouraria e Captação de Recursos**

Kedma Rego Oliveira - Coordenadora

Isabel dos Reis Oliveira

Ana Lucia da Silva

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil:  
30 anos na construção da qualidade no cuidar

## **INFORMAÇÕES GERAIS**

### **LOCAL DO EVENTO:**

ParlaMundi – LBV

SGAS Quadra 915 Sul Lotes 75/76 - Brasília/DF

### **ATENDIMENTO DA SECRETARIA**

Dia 04/08 – das 07h30 às 17h30

Dia 05 e 06/08 – das 08h00 às 18h00

Dia 07/08 – das 08h30 às 12h00

### **LOCALIZAÇÃO DAS SALAS**

Auditório José Paiva Neto: 1º Andar

Auditório Austregésilo de Athayde: Térreo

Salão Nobre: Térreo

Secretaria: Térreo

Salas de Comissões: 3º Andar Subsolo

Sessão Pôster: 2º Andar Subsolo

Galeria TBV: 1º Andar Subsolo do Templo

Sala 4S: 3º Andar Subsolo

### **CERTIFICADOS**

Todos os certificados do evento serão disponibilizados online no site do evento - [www.abenventos.com.br/10sinaden](http://www.abenventos.com.br/10sinaden) após a realização do mesmo. Para impressão do certificado online os participantes deverão usar como login o número de sua inscrição e a senha que estará no crachá de participação.

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil:  
30 anos na construção da qualidade no cuidar

## **CRACHAS**

O uso do crachá será indispensável para acesso às sessões científicas e aos demais locais do evento.

## **EXPOSIÇÃO DOS POSTERES**

O pôster deverá ser afixado no local correspondente ao número do painel das 08h00 às 18h00 horas segundo a programação. O relator deverá permanecer ao lado do pôster para discussão com a plateia das 15h00 às 17h00 horas. O pôster deverá obrigatoriamente ser retirado ao final do evento.

## **ACHADOS E PERDIDOS**

Estarão concentrados na secretaria do evento.

## **FICHA DE AVALIAÇÃO**

Preencha a ficha de avaliação do evento que se encontra na pasta.

## **DISPENSA DE PONTO**

A secretária da ABEn/DF que se encontrará na Secretaria do evento fornecerá declaração aos participantes, quando solicitado.

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil:  
30 anos na construção da qualidade no cuidar

## HOTEIS



**10° SINADEN**  
SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO BRASIL:  
30 ANOS NA CONSTRUÇÃO DA QUALIDADE NO CUIDAR

04 A 07 DE AGOSTO DE 2010  
PARLAMUNDI - BRASÍLIA-DF

HOTEL	CAT.*	SINGLE	DUPLO	TRIPLO	TAXAS
St. Paul Plaza (Hotel Oficial)		R\$ 168,00	R\$ 196,00	R\$ 245,00	10%
Carlton Brasília		R\$ 205,00	R\$ 250,00	—	10%
Hotel das Américas		R\$ 160,00	R\$ 190,00	—	10%
Phenícia Bittar Hotel (domingo à segunda)		R\$ 191,00	R\$ 235,00	R\$ 279,00	5%
Phenícia Bittar Hotel (sexta à domingo)		R\$ 132,00	R\$ 165,00	R\$ 204,00	5%

\* Classificação Guia Quatro Rodas:  Simples  Médio conforto  Confortável  Muito confortável

**APROVEITE...**

**PACOTES (AÉREO + HOTEL) EM ATÉ**

**10X sem juros**

Garanta seu lugar através dos e-mails:  
[sinaden@valentinturismo.com.br](mailto:sinaden@valentinturismo.com.br)  
[mariana@valentinturismo.com.br](mailto:mariana@valentinturismo.com.br)  
ou pelo fone: (43) 3356-5600



# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil:  
30 anos na construção da qualidade no cuidar

## ORGANIZAÇÃO E SECRETARIA EXECUTIVA



Win Central de Eventos

SRTVN Quadra 701 Conjunto C Sala 624-B

Condomínio Centro Empresarial Norte

CEP 70719-903 - Brasília/DF

Fone: (61) 3327-2722

E-mail: [10sinaden@wincentraldeeventos.com.br](mailto:10sinaden@wincentraldeeventos.com.br)

Site: [www.wincentraldeeventos.com.br](http://www.wincentraldeeventos.com.br)

## AGENCIA DE TURISMO



Valentin Turismo e Eventos

Rua Ibiporã, 530, CEP 86060-510, Londrina - PR

Fone: (43) 3357-2000 / Celular: (43) 9995-8718

E-mail: [graciela@valentinturismo.com.br](mailto:graciela@valentinturismo.com.br)

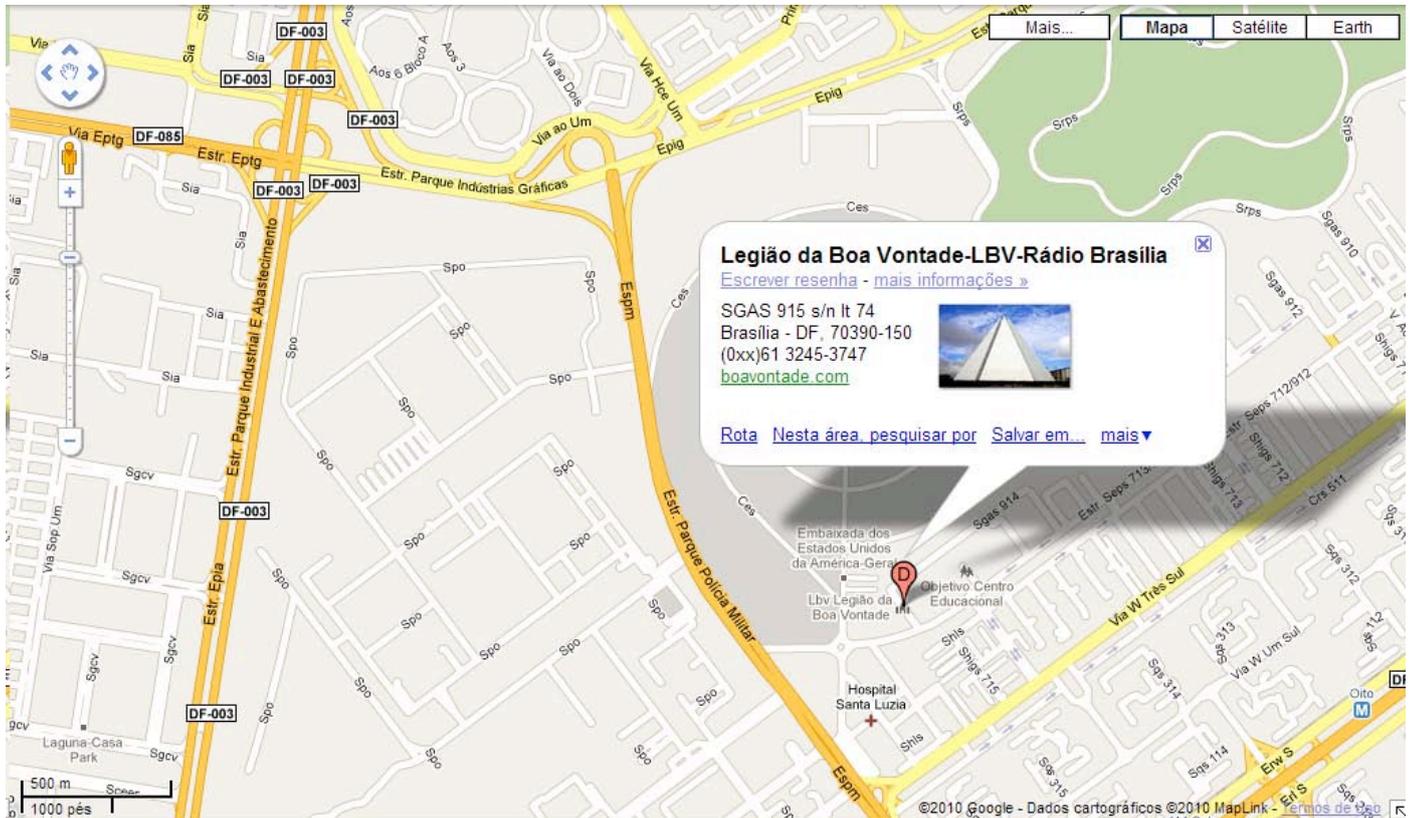
Site: [www.valentinturismo.com.br](http://www.valentinturismo.com.br)

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil:  
30 anos na construção da qualidade no cuidar

## MAPA DO LOCAL



## Programação Oficial

Dia 04/08/10	Dia 05/08/10	Dia 06/08/10	Dia 07/08/10
<p><b>07h30</b> Credenciamento e entrega de material <i>Local: Secretaria</i></p> <p><b>08h30 às 12h00</b> <b>Mini-cursos</b></p> <p>1. <i>Elaboração de diagnóstico de enfermagem</i> <i>Local: Auditório José de Paiva Neto</i> Cristine Alves Costa de Jesus</p> <p>2. <i>Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®</i> <i>Local: Auditório Austregésilo de Athayde</i> Maria Miriam Lima da Nóbrega Telma Ribeiro Garcia</p> <p>3. <i>Sistematização da Assistência de Enfermagem à família / portador de hanseníase</i> <i>Local: Salão Nobre</i> Ministério da Saúde – SVS/PNCH Maria José Moraes Antunes Simone Aparecida Peruzzo</p> <p><b>12h00 às 14h00 - Almoço</b></p> <p><b>14h00 às 17h30</b> <b>Mini-cursos</b></p> <p>4. <i>Como planejar o cuidado usando o link NANDA / NIC / NOC</i> <i>Local: Auditório José de Paiva Neto</i> Tânia Couto Machado Chianca</p> <p>5. <i>A CIPE® e o inventário vocabular resultante do projeto CIPESC®: uso na Saúde Coletiva</i> <i>Local: Auditório Austregésilo de Athayde</i> Emiko Yoshikawa Egry Marcia Regina Cubas</p> <p>6. <i>Sistematização da Assistência de Enfermagem : conceitos e operacionalização</i> <i>Local: Salão Nobre</i> Telma Ribeiro Garcia Mirela Bertolli Passador</p>	<p><b>08h00 às 09h00</b> Credenciamento e entrega de material <i>Local: Secretaria</i></p> <p><b>09h00 às 09h30</b> <b>Solenidade de Abertura</b> <i>Local: Auditório José de Paiva Neto</i></p> <p><b>09h30 às 10h30</b> <b>Conferência: O Programa CIPE® do Conselho Internacional de Enfermeiras: reflexos sobre o ensino e a prática da Enfermagem</b> <i>Local: Auditório José de Paiva Neto</i> <b>Conferencista:</b> Amy Coenen <b>Coordenação:</b> Maria Goretti David Lopes</p> <p><b>10h30 às 11h00 – Intervalo</b></p> <p><b>11h00 às 12h00</b> <b>Conferência: Centros para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® acreditados pelo Conselho Internacional de Enfermeiras: contribuição para a infraestrutura da informação em Enfermagem</b> <i>Local: Auditório José de Paiva Neto</i> <b>Conferencista:</b> Claudia Bartz <b>Coordenação:</b> Telma Ribeiro Garcia</p> <p><b>12h00 às 14h00 – Almoço</b></p> <p><b>14h00 às 15h00</b> <b>Apresentação do Sistema de Informação para Apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)</b> <i>Local: Auditório José de Paiva Neto</i> Telma Ribeiro Garcia Andréia Malucelli</p> <p><b>15h00 às 17h00</b> <b>Mesas coordenadas</b> <i>Local: Auditório Austregésilo de Athayde</i> Salão Nobre Galeria TBV Sala 4S <b>Coordenação:</b> Paula Elaine Diniz dos Reis</p> <p><b>Sessão pôster</b> <i>Local: Salão Social</i> <b>Coordenação:</b> Ivone Kamada</p> <p><b>17h00 às 18h30</b> <b>Mesa redonda: A história da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil</b> <i>Local: Auditório José de Paiva Neto</i> <b>Palestrantes:</b> Emília Luígia Saporiti Angerami Miriam de Abreu Almeida Maria Goretti David Lopes</p>	<p><b>09h00 às 10h00</b> <b>Conferência: Uso dos sistemas de classificação na prática clínica: domínio, autonomia e visibilidade da Enfermagem</b> <i>Local: Auditório José de Paiva Neto</i> <b>Conferencista:</b> Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz <b>Coordenação:</b> Marcia Regina Cubas</p> <p><b>10h00 às 10h30 – Intervalo</b></p> <p><b>10h30 às 12h00</b> <b>Mesa redonda: Sistemas de classificação: as primeiras discussões no Brasil e a situação atual na assistência, ensino e pesquisa</b> <i>Local: Auditório José de Paiva Neto</i> <b>Palestrantes:</b> Emília Campos de Carvalho – Pesquisa Alba Lúcia Bottura Leite de Barros – Assistência Maria Márcia Bachion – Ensino <b>Coordenação:</b> Cristine Alves Costa de Jesus</p> <p><b>12h00 às 14h00 – Almoço</b></p> <p><b>14h00 às 16h00</b> <b>Mesas coordenadas</b> <i>Local: Auditório Austregésilo de Athayde</i> Salão Nobre Galeria TBV Sala 4S <b>Coordenação:</b> Paula Elaine Diniz dos Reis</p> <p><b>Sessão pôster</b> <i>Local: Salão Social</i> <b>Coordenação:</b> Ivone Kamada</p> <p><b>16h30 às 18h00</b> <b>Mesa redonda: Aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática hospitalar</b> <i>Local: Auditório José de Paiva Neto</i> <b>Palestrantes:</b> Antonio Fernandes Costa Lima Ângela Silva Coe Leonardo Tadeu de Andrade <b>Coordenação:</b> Tânia C. Machado Chianca</p>	<p><b>09h00 às 10h00</b> <b>Mesa redonda: Aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática extra-hospitalar</b> <i>Local: Auditório José de Paiva Neto</i> <b>Palestrantes:</b> Lêda Maria Albuquerque Enfª Wanessa Poton <b>Coordenação:</b> Emiko Yoshikawa Egry</p> <p><b>10h00 às 10h30</b> <b>Conferência de Encerramento</b> <i>Sistemas de classificação para o ensino e a prática e responsabilidade social da Enfermagem</i> <i>Local: Auditório José de Paiva Neto</i> <b>Conferencista:</b> Maria José Moraes Antunes <b>Coordenação:</b> Ivone Evangelista Cabral</p> <p><b>11h00 às 12h00</b> <b>Sessão de Premiação</b> <i>Local: Auditório José de Paiva Neto</i> <b>Coordenação:</b> Rosalina Aratani Sudo</p> <p><b>Solenidade de Encerramento</b></p> <p><b>12h00 às 14h00 - Almoço</b></p>

**Trabalho 1 - 1/5**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO - LÚCIA HELENA LINHEIRA BISETTO<sup>1</sup>, MARCIA REGINA CUBAS<sup>2</sup>, ANDREIA MALUCELLI<sup>3</sup>**

**INTRODUÇÃO:** A criação de sistemas classificatórios impulsionou o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) à elaboração de um Sistema de Classificação Internacional, denominado Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>)<sup>1</sup>. A enfermagem brasileira, representada pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), participa neste processo por meio do inventário vocabular denominado Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC<sup>®</sup>)<sup>1</sup>. A CIPE<sup>®</sup> é uma terminologia combinatória que permite ao enfermeiro compor diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem em todos os setores de atuação da prática e possibilita, por meio desta composição, considerar as diferenças culturais e de linguagens existentes no mundo e associá-la a outras terminologias. A partir da versão 1.0 a CIPE<sup>®</sup> inclui uma tecnologia computacional para representar seu conhecimento, especificamente uma ontologia, que possibilitará seu desenvolvimento, sua manutenção e sua interoperabilidade<sup>2</sup>. Esta inclusão visa unificar a linguagem que representa a prática da enfermagem, possibilitando não apenas a comparação dos dados de enfermagem dos diversos setores, mas também dispor destes dados para influenciar na formulação de políticas de saúde e, sobretudo, ampliar a visibilidade de trabalho da enfermagem. Dentre as inúmeras áreas a serem beneficiadas pelo uso da CIPE<sup>®</sup> está a prática direcionada aos imunobiológicos, cujo uso pode provocar reações de maior ou menor intensidade, denominadas de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV), objeto de ações dos serviços de saúde. O Brasil mantém um sistema de vigilância epidemiológica destes eventos, por meio de um protocolo para atendimento e um sistema computacional de informações para registro das notificações, o Sistema de Informações de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SI-EAPV)<sup>3</sup>. O enfermeiro é um dos

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Tecnologia em Saúde. Professora do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Técnica do Programa de Imunizações da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. e-mail: <lucia.bisetto@pucpr.br>. Rua Imaculada Conceição, 1155, CCBS – Graduação Enfermagem, Prado Velho, CEP 80242-980, Curitiba-PR. (41-3271 1450). Sócia ABEn.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem – Saúde Coletiva. Professora do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Sócia ABEn.

<sup>3</sup> Agradecimento pela participação como co-orientadora no trabalho completo.

### Trabalho 1 - 2/5

profissionais com maior envolvimento nas ações de vigilância epidemiológica e imunizações. Porém, adota algumas condutas em desacordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), como subnotificação de EAPV, má qualidade das informações e investigação insuficiente dos casos suspeitos, o que dificulta a tomada de decisão adequada ao agravo, demonstrando a necessidade de capacitação específica nesta área<sup>4</sup>. O diagnóstico de enfermagem (DE) é compreendido como um campo de saber instrumental da profissão, possibilitando uma rede objetiva de codificação, cujas regras de construção têm uma ligação estrutural e formal com a cientificidade<sup>5</sup>, portanto, seu uso deve ser estimulado. A presente pesquisa aborda a vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação, pretendendo contribuir com esta área de domínio da enfermagem, relacionando-a com os sistemas classificatórios. Teve como questão norteadora: Pode a correlação de termos da CIPE<sup>®</sup> e do SI-EAPV revelar termos capazes de compor diagnósticos de enfermagem em vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação?

**OBJETIVOS:** Geral: Correlacionar os termos da CIPE<sup>®</sup> e do SI-EAPV para compor diagnósticos de enfermagem em vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. Específicos: correlacionar termos inclusos no sistema de informação de eventos adversos pós-vacinação com os termos da CIPE<sup>®</sup>, segundo sua denominação e significado; construir expressões de diagnósticos de enfermagem direcionadas aos eventos adversos pós-vacinação a partir da correlação dos termos da CIPE<sup>®</sup> e do SI-EAPV; verificar a adequação dos diagnósticos propostos com as intervenções definidas pelo PNI; atualizar a ontologia CIPESC<sup>®</sup>, incluindo os DEs em EAPV.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa híbrida, desenvolvida em quatro fases. A primeira correlacionou os termos do SI-EAPV com os termos da CIPE<sup>®</sup> por meio do levantamento dos eventos prevalentes na base de dados do SI-EAPV e a verificação da equivalência entre a denominação dos eventos do SI-EAPV com a CIPE<sup>®</sup> 1.0. Para categorizá-los foram estabelecidos os seguintes critérios: termos iguais, eventos do SI-EAPV iguais aos termos da CIPE<sup>®</sup> 1.0; termos da CIPE<sup>®</sup> 1.0 cuja equivalência com o evento foi verificada no conceito do mesmo no manual de VEEAPV; e termos da CIPE<sup>®</sup> 1.0 cuja equivalência com o evento foi verificada no conceito do mesmo em dicionários de enfermagem. A segunda fase construiu os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem formatando-os conforme o guia para composição de diagnósticos da CIPE<sup>®</sup>

### Trabalho 1 - 3/5

1.0 e organizando os termos, conforme o modelo hierárquico da CIPE® 1.0. A terceira fase verificou a adequação e a consistência das intervenções de enfermagem construídas em relação às intervenções definidas pelo PNI/MS e à luz da literatura de enfermagem. A quarta e última fase atualizou a ontologia proposta para a CIPESC®.

**RESULTADOS:** Para realizar a correlação levantaram-se 64 eventos prevalentes na base de dados do SI-EAPV, sendo verificada a conduta para cada um deles, segundo critérios do manual de vigilância epidemiológica de EAPV (VEEAPV) e classificando-os como prática médica ou da enfermagem. 16 EAPVs foram caracterizados como foco da prática da enfermagem, correspondendo a 35,4% do total de registros. Estes eventos foram comparados com os de notificação constantes no atual manual de VEEAPV e observou-se que, embora o número de eventos adversos tenha diminuído de 16 para 13, a possibilidade de atuação da enfermagem aumentou de 25,4% para 32,5% do total de eventos. Estes 13 EAPVs foram analisados de forma a verificar sua identificação com termos na CIPE® 1.0, no entanto, alguns são notificados como um conjunto de sintomas que, adequados à lógica de termos da CIPE®, resultou no total de 16 termos representativos dos 13 eventos. A partir disso, formou-se a base inicial para construção dos diagnósticos de enfermagem (DE) e verificou-se a semelhança entre a denominação e conceitos destes termos com os disponibilizados pela CIPE® 1.0. Foram construídos 75 DEs: 22 decorrentes dos 4 termos iguais aos da CIPE® 1.0: “dor”, “exantema”, “febre” e “úlceras”; 38 relacionados aos 8 EAPVs equivalentes aos termos da CIPE® 1.0, segundo os conceitos dos eventos no manual de VEEAPV: “abscesso frio”, “linfadenite supurada”, “linfadenite não supurada”, “artralgia”, “artrite”, “eritema”, “mialgia” e “dificuldade de deambular”; e 15 originados dos 4 EAPVs equivalentes aos termos da CIPE® 1.0, de acordo com os conceitos dos eventos nos dicionários de enfermagem: “cefaléia”, “calor”, “enduração” e “nódulo”. A ontologia CIPESC® foi atualizada, com a organização e apresentação dos 75 DEs conforme o modelo hierárquico da CIPE® 1.1. Para permitir a integração com sistemas computacionais, o seu reuso e a interoperabilidade entre sistemas heterogêneos a ontologia construída é disponibilizada em linguagem OWL. Os resultados obtidos revelaram o potencial da aplicabilidade da correlação e verificou a possibilidade do mapeamento cruzado. As condutas propostas pelo manual de VEEAPV foram compatíveis com as intervenções de enfermagem formuladas, entretanto, houve necessidade de complementação, adequação e auxílio de

### Trabalho 1 - 4/5

outros materiais. Verificaram-se falhas no manual de VEEAPV que podem comprometer a formulação de declarações de enfermagem, dentre as quais: a falta da informação do tempo de duração de alguns eventos, ausência de padronização na terminologia utilizada e presença de condutas variadas para um mesmo evento decorrente de vacinas diferentes. Durante a atualização da ontologia CIPESC® encontraram-se poucos limitadores, como diagnósticos com as mesmas restrições, as quais submetidas a aplicação do mecanismo de inferências *Pellet*, não apresentaram inconsistências. Observou-se que é fundamental o conhecimento da classificação de enfermagem, do domínio e da tecnologia usada para explorar as suas potencialidades e obter a coerência.

**CONCLUSÃO:** Os resultados obtidos neste estudo revelam o potencial da aplicabilidade da correlação entre os termos da CIPE® e do SI-EAPV para compor diagnósticos de enfermagem em vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. Obteve-se, como produto final, a composição de declarações de enfermagem<sup>2</sup> capazes de reproduzir o universo de conhecimento relativo ao cuidado na área de EAPVs que, ao ser aplicado, poderá potencializar a qualidade do atendimento prestado, pois proporcionará aos enfermeiros uma aproximação a este campo de conhecimento. Outra contribuição é que a ontologia CIPESC®, com diagnósticos e resultados de enfermagem em EAPV, poderá ser disponibilizada aos enfermeiros das Unidades de Saúde Pública, em sistemas de informação, facilitando a prática de enfermagem no local do cuidado. Complementar a este estudo poderão ser desenvolvidos trabalhos futuros, tais como a integração desta ontologia em um sistema de informação e elaboração de um catálogo da CIPE® em EAPV.

**Palavras-chave:** vocabulário controlado; vacinação; enfermagem em saúde pública.

Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

### REFERÊNCIAS

1. Santos, MJ, Nóbrega, MML. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC® e utilizadas no cuidado de paciente com AIDS. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(4):369-78.

**Trabalho 1 - 5/5**

2. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem: versão 1. São Paulo: Algor, 2007. 203p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. 2ª ed. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2008.
4. Araújo MEA, Carvalho MGC, Vieira RDF. Análise dos eventos adversos pós-vacinais ocorridos em Teresina. Rev Bras Enferm. 2007;60(4):444-8.
5. Kruse, MHL, Silva KS, Ribeiro RG, Fortes CV. Ordem como tarefa: a construção dos diagnósticos de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2008;61(2):262-6.

**Trabalho 2 - 1/4**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:  
PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA ANTES E DEPOIS DA RESOLUÇÃO  
COFEN 272/2002 – BIANCA MILENA VERBOSKI<sup>1</sup>, CAMILA BIN MOMBACH<sup>1</sup>,  
FLÁVIA DE FÁTIMA COSTA<sup>1</sup>, LÚCIA HELENA LINHEIRA BISETTO<sup>2</sup>**

**INTRODUÇÃO:** A enfermagem, desde o seu início, tem como objetivo da sua prática atender integralmente o indivíduo. Desta forma, a profissão acumulou conhecimentos específicos da sua área de atuação, necessitando organizá-los para favorecer a prática profissional. Na década de 1950 emergem modelos conceituais de enfermagem, aprimorando-se nas teorias de enfermagem, contribuindo para o reconhecimento da profissão como ciência e dando origem à linguagem própria. A aplicação destas teorias se dá por meio do Processo de Enfermagem (PE)<sup>1</sup>. O processo de enfermagem tem sido empregado de maneiras divergentes, algumas vezes como sinônimo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e de Metodologia da Assistência, e outras com conceitos distintos<sup>2</sup>. Neste estudo PE e SAE serão usadas com o mesmo significado. O PE, implantado no Brasil desde a década de 1970, passa a ser uma exigência deontológica somente em 2002, por meio da Resolução COFEN nº 272/2002<sup>3</sup>, que institui a SAE como atividade privativa do enfermeiro, que deverá ser implementada em todas as instituições de saúde, públicas e privadas, onde se realizam ações de enfermagem, por, efetivamente, melhorar a qualidade da assistência<sup>3</sup>. Alguns estudos revelam que muitas instituições de saúde têm dificuldades de implantar/implementar a SAE, a maioria por falta de conhecimento de como fazê-la, por resistência dos profissionais e impedimentos da própria instituição<sup>4</sup>. Diante deste cenário, justifica-se a relevância desta pesquisa pela importância do tema à enfermagem, por buscar identificar a influência da resolução COFEN nº 272/2002<sup>3</sup> no aumento desta produção científica brasileira e evidenciar suas tendências. Os resultados poderão subsidiar os enfermeiros no conhecimento do processo da implantação/implementação da SAE no Brasil. **OBJETIVO:** Caracterizar a produção científica brasileira no período de 1996 a 2009 sobre a implantação/implementação da Sistematização da Assistência de

<sup>1</sup> Alunas do 8º período do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Tecnologia em Saúde. Professora do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. e-mail: <lucia.bisetto@pucpr.br>. Rua Imaculada Conceição, 1155, CCBS – Graduação Enfermagem, Prado Velho, CEP 80242-980, Curitiba-PR. (41-3271 1450). Sócia ABEn.

## Trabalho 2 - 2/4

Enfermagem, suas tendências e identificar se ocorreu o incremento desta produção após a resolução COFEN nº 272/2002<sup>3</sup>. METODOLOGIA: Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva, de abordagem quantitativa. Realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BDNF e SciELO, no período de 1996 a 2009. Para proceder à busca utilizaram-se os descritores diagnóstico, processo e sistematização em cruzamento com enfermagem, implementação e implantação, selecionando as publicações de interesse ao estudo, com critérios de inclusão: pesquisa realizada no Brasil, publicada em periódico nacional, que no resumo apresenta interface com implantação/implementação da SAE. Os artigos selecionados foram categorizados por ano de publicação, título do periódico, tipo de pesquisa (campo ou teórica) e área do estudo (hospitalar, saúde coletiva, ensino e outros). RESULTADOS: Na busca às bases de dados foram encontrados 2.248 artigos, sendo excluídos 71 por duplicidade. Procedeu-se a leitura dos 2.177 resumos, selecionando 94 artigos, assim categorizados: 1) ano de publicação: a média foi de 6 publicações por ano, variando de 0 a 17 publicações por ano. 26,6% destas ocorreram de 1996 a 2002, com maior expressividade em 2002 (11,7%) e 73,4% referentes ao período 2003 a 2009, principalmente a partir de 2005 (13,8%), mantendo esta média até 2009, o que evidencia a influência da resolução COFEN nº 272/2002<sup>3</sup> no incremento da produção científica brasileira, no tema em estudo. Este aumento também pode ser atribuído ao número de periódicos indexados as bases de dados pesquisadas após 2002, de 7 (1996-2002) para 13 (2003-2009), apesar de que 32% das publicações, depois de 2002, foram em periódicos já indexados anteriormente, reforçando a hipótese da influência da resolução citada; 2) as publicações selecionadas estão distribuídas em 19 periódicos, das quais destacam-se: 21,3% na Revista Brasileira de Enfermagem, 11,7% na Acta Paulista de Enfermagem, 9,5% na Cogitare, 8,5% na Nursing, 7,4% na Revista Latino-Americana de Enfermagem, 5,3% na Revista da Escola de Enfermagem da USP e Arq. Ciênc. Saúde, 4,2% Revista de Enfermagem da UERJ e Revista Mineira de Enfermagem. Observa-se maior concentração de publicações nos periódicos vinculados a Associação Brasileira de Enfermagem, um espaço para a expressão da prática de enfermagem, e a Universidades, aparelhos formadores, que estimulam a pesquisa e sua divulgação; 3) quanto ao tipo de pesquisa, 73,4% das publicações eram pesquisa de campo e 26,6 % teóricas; 4) quanto à área do estudo, 45,8% das publicações estavam

## Trabalho 2 - 3/4

relacionadas à área hospitalar; 13,8 % a saúde coletiva; 6,4% a ambulatório de especialidades; 11,7 % ensino e 22,3 % relacionavam-se a outras áreas ou não foi possível identificar. A produção científica está mais concentrada na área hospitalar, provavelmente, por ser pioneira na implantação da SAE e pela adoção de novos modelos de gestão, que possibilitam uma maior atuação do enfermeiro, facilitando a implantação dessa proposta<sup>5</sup>. Porém, esta tendência vem mudando desde 2000, com a inclusão de publicações que enfocam outras áreas de atuação da enfermagem, como saúde coletiva e ensino. **CONCLUSÃO:** O estudo permitiu conhecer as características da produção científica brasileira sobre a implementação/implantação da SAE, suas tendências e demonstrou evidências de que a resolução COFEN nº 272/2002 influenciou no aumento desta produção, apresentando 73,4% das publicações no período posterior a sua imposição legal. Isto pode ser pela participação efetiva do enfermeiro na implantação da SAE, transpondo obstáculos institucionais, com o objetivo de atingir a qualidade na assistência e participar do processo de fortalecimento da profissão.

**Palavras-chave:** enfermagem; sistematização da assistência; produção científica.

Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

## REFERÊNCIAS

1. Nóbrega MML, Silva KL. Fundamentos do cuidar em enfermagem. João Pessoa: Imprima, 2007. 242 p.
2. Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2008; 61(6):883-887.
3. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução nº 272 de 27 de agosto de 2002. Considera a sistematização da assistência de enfermagem – SAE nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/section.asp?sectionParentID=34&sectionID=30>>. Acesso em 25 mai 2010.
4. Hermida PM, Araujo IIM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm. 2006; 59(5):675-9.

**Trabalho 2 - 4/4**

5. Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(2):280-9.

**Trabalho 3 - 1/6**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA  
UNIDADE DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE BASE  
DO DISTRITO FEDERAL**

**INTRODUÇÃO**

Os aspectos relacionados à doença e hospitalização da criança parecem importantes e fundamentais quando evidenciamos o papel da equipe de saúde no que tange à busca em evitar repercussões negativas no desenvolvimento da criança.<sup>1</sup>

A ciência da enfermagem está baseada em uma ampla estrutura teórica, e o processo de enfermagem é uma das ferramentas por meio da qual essa estrutura é aplicada à prática da enfermagem – ou seja, é o método de solução dos problemas do cliente.<sup>2</sup>

A reflexão crítica e o processo de enfermagem são considerados cruciais para a enfermagem profissional, já que eles compreendem uma abordagem holística para a resolução do problema.<sup>3</sup>

Segundo a resolução Cofen 358/2009<sup>4</sup>, a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – é dividida em cinco etapas, são elas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Estas são assim organizadas, porém todas são inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes.

O principal objetivo da implantação da SAE em um serviço de saúde é organizar o trabalho da enfermagem e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada.

**OBJETIVO**

Descrever o processo de implantação da SAE na Unidade de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Base do Distrito Federal.

### **Trabalho 3 - 2/6**

#### **METODOLOGIA**

O local do estudo foi a Unidade de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Base do Distrito Federal. Esta Unidade é composta, atualmente, por 12 leitos, e atende crianças de 0 a 12 anos.

A prestação do serviço se dá principalmente à crianças que necessitam de cirurgias abdominais, urológicas e/ou genitais; sendo também atendidas crianças politraumatizadas.

A coleta de dados se deu através de relatos documentais e vivência das autoras.

#### **RESULTADOS**

Há quatro anos foi iniciado com o grupo de enfermagem, um trabalho de conscientização quanto à importância de se estabelecerem rotinas para a prestação de uma assistência de enfermagem de qualidade à criança cirúrgica. A partir daí foi criado um impresso próprio para as anotações de enfermagem que atendesse tais expectativas e que otimizasse o serviço. Tal impresso foi instituído após aproximadamente 6 meses de experimento, com modificações diversas sugeridas pelo grupo.

Visto que a sistematização da assistência de enfermagem – SAE é composta de cinco etapas, dentre elas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, percebe-se que na Unidade de Cirurgia Pediátrica são realizadas principalmente três etapas, sendo elas: coleta de dados, implementação e avaliação.

Na admissão da criança o enfermeiro faz a coleta de dados através de um impresso próprio (Histórico de Enfermagem) padronizado pela Secretaria de Saúde do DF e realiza o exame físico.

Num segundo momento, o enfermeiro informa à criança e seu responsável o que irá acontecer durante a internação. Estas orientações são um primeiro passo para a

### **Trabalho 3 - 3/6**

implantação do planejamento. Esta terceira etapa já se inicia em nosso serviço, porém não de forma plena.

O impresso utilizado para a implementação é o que segue em anexo.

Este impresso facilitou e organizou o trabalho da equipe de enfermagem, tendo 100% de adesão por esta, tanto enfermeiros quanto técnicos de enfermagem. Além disto, facilita a visualização das informações referentes à alimentação, eliminações, sinais vitais, dentre outros pela equipe de saúde.

E, com relação à última etapa do processo de enfermagem, o enfermeiro realiza diariamente, no prontuário, a evolução de enfermagem das crianças internadas.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A implantação da sistematização da assistência de enfermagem exige do profissional enfermeiro um maior envolvimento com o paciente, neste caso a criança e sua família.

É perceptível a melhora na qualidade da assistência prestada à criança e sua família na Unidade de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Base do DF após a implantação das etapas da SAE; repercutindo na satisfação do cliente, na diminuição de seu tempo de internação e indo ao encontro da filosofia do trabalho de enfermagem do hospital.

Ainda estamos em via de implantação do processo de enfermagem na unidade, sendo o próximo passo a utilização dos Diagnósticos de Enfermagem segundo NANDA. Percebemos que a maior dificuldade do enfermeiro está em adequar a utilização dos diagnósticos de enfermagem a sua realidade de trabalho e a sua rotina do dia-a-dia.

**Palavras-chave:** Sistematização da Assistência, Enfermagem, Cirurgia Pediátrica.

**Área temática do trabalho:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Trabalho 3 - 4/6**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Collet N, Oliveira BRG. Manual de enfermagem em pediatria. 1ª edição . Goiânia: AB; 2002.
2. Tannure MC, Gonçalves AMP. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 1ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
3. Whaley & Wong. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 1999.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução N° 358/2009 – Dispões sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Brasília:Cofen; 2010.

**ANEXO**

Trabalho 3 - 5/6

Trabalho 3 - 6/6

**Trabalho 4 - 1/4**

**COMPORTAMENTO DESORGANIZADO DO BEBÊ:  
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Francisca Elisângela Teixeira Lima<sup>1</sup>

Fernanda Jorge Magalhães<sup>2</sup>

Karla Maria Carneiro Rolim<sup>3</sup>

Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso<sup>4</sup>

Maria do Socorro Mendonça Scherlock<sup>5</sup>

O nascimento de um recém-nascido (RN) é um momento único e permeado por expectativas e sentimentos como ansiedade, temor e preocupação quanto à chegada de um novo integrante na família. Estudos demonstram que nos últimos vinte anos, o conhecimento científico e o avanço tecnológico na área perinatal têm evoluído, dando a possibilidade de sobrevivência de seres cada vez mais imaturos e, até pouco tempo, considerados incompatíveis com a vida<sup>1</sup>. Na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) são internados não apenas os recém-nascidos pré-termo, mas todos aqueles que necessitam de cuidados intensivos de uma equipe multiprofissional durante vinte e quatro horas por dia. Essa unidade é caracterizada como ambiente estressante, barulhento e com iluminação excessiva, predispondo o RN a desenvolver complicações clínicas, como bradicardia, apnéia, deficiência nutricional, dentre outras. Na UTIN, o RN receberá cuidados intensivos dos profissionais da saúde na tentativa de melhorar seu estado clínico e auxiliá-lo a viver, necessitando, muitas vezes, de intubação, ventilação mecânica, punção venosa e/ou arterial, caracterizando momentos excessivos de manuseios, cerca de 50 a 134 vezes em 24 horas, durante a fase mais crítica, tanto por procedimentos dolorosos quanto para cuidados de rotina<sup>2</sup>. Em um estudo recente, observou-se que, em um período de 6 horas, o RN internado em UTIN recebe cerca de 45 manipulações em 5h41min24s, restando para descanso 18min e 36s, ou seja, ele é excessivamente manipulado, não restando tempo para um descanso, o qual é fundamental para seu desenvolvimento neurocomportamental<sup>3</sup>. Em virtude dessas manipulações muitos recém-nascidos da UTIN apresentam o diagnóstico de enfermagem “Comportamento desorganizado do bebê”, o qual conforme a NANDA<sup>4</sup>,

#### Trabalho 4 - 2/4

está inserido no domínio 9 (Enfrentamento/tolerância ao estresse), na classe 3 (Estresse neurocomportamental) e defini-se como: respostas fisiológicas e neurocomportamentais desorganizadas de um bebê aos estímulos ambientais e/ou humanos. Diante desses aspectos, surgiram as seguintes indagações: quais as principais alterações fisiológicas e comportamentais do RN diante do excesso de manipulações? Quais as intervenções para o diagnóstico de enfermagem “comportamento desorganizado do bebê”? Espera-se com a resolução desses questionamentos que o cuidado a ser implementado ao RN na UTIN pela equipe de enfermagem seja exercido de forma sistemática, na tentativa de reduzir manuseios excessivos que possam comprometer o bem-estar do RN. O estudo teve como objetivos: identificar as principais alterações fisiológicas e comportamentais apresentadas pelo RN devido ao excesso de manuseio e verificar as intervenções de enfermagem para o diagnóstico “comportamento desorganizado do bebê”. Trata-se de um estudo descritivo, realizado na UTIN de um hospital público de Fortaleza-Ceará. A amostra foi constituída por 26 recém-nascidos internados na UTIN. A coleta de dados foi realizada em abril de 2010 com utilização de um formulário contendo os dados de identificação do RN e da mãe; alterações comportamentais (expressões faciais, tônus muscular, expressão de choro, abertura da boca, olhar expressivo e fixo) apresentadas pelo RN diante da manipulação. Os dados coletados foram analisados e interpretados a partir da literatura pertinente à temática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer nº 392/2010. Em relação aos resultados e discussões constatou-se uma média de 8 a 9 alterações em todos os recém-nascidos, sendo fisiológicas e comportamentais, diante do manuseio devido aos cuidados prestados pela equipe multiprofissional atuante na UTIN. Quanto às alterações fisiológicas foram identificadas: redução da saturação de oxigênio, aumento da frequência cardíaca e alteração da coloração da pele. As principais alterações comportamentais do RN durante os procedimentos foram: alterações faciais, aumento do tônus muscular, comportamento desorganizado, choro e fáceis de dor frente aos procedimentos. Os recém-nascidos apresentaram como principais características definidoras: alterações fisiológicas (queda de saturação de oxigênio, mudanças na cor da pele, sinais de estresse como olhar fixo, boca aberta, extensão da língua e regurgitação); alterações no sistema de organização do estado comportamental (choro irritável, franzir da testa, sono difuso) e alterações no sistema motor (hiperextensão das extremidades, movimentos descoordenados, tremores

#### Trabalho 4 - 3/4

e reflexos primitivos alterados). Em relação aos fatores relacionados enfatiza-se os fatores ambientais, principalmente o excesso de estimulação sensorial, ambiente físico inapropriado; fatores do cuidador (déficit de conhecimento dos sinais comportamentais e estimulação ambiental); assim como fatores individuais como principalmente a idade gestacional e o sistema neurológico imaturo. Como principais intervenções de enfermagem correspondentes ao diagnóstico de “Comportamento desorganizado do bebê”, de acordo com NIC<sup>5</sup>, destacam-se: controle do ambiente, cuidados com o recém-nascido, melhora do sono, monitorização neurológica e de sinais vitais, sucção não nutritiva e promoção do vínculo RN com familiares. Conclui-se que os recém-nascidos apresentam diversas alterações fisiológicas e comportamentais diante dos excessivos episódios de manipulações; sendo necessário traçar um plano de cuidado com as principais intervenções de enfermagem correspondente ao diagnóstico “Comportamento desorganizado do bebê”. Acredita-se que o reconhecimento de tais alterações neurocomportamentais do RN possibilita ao enfermeiro neonatologista prestar uma atenção diferenciada com o uso da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), como ferramenta no planejamento da assistência, prescrição de intervenções de enfermagem e avaliação das respostas dos recém-nascidos às ações implementadas; enfatizando, portanto, o cuidado holístico e individualizado, assegurando um cuidado humanizado aliado à tecnologia na busca da promoção do bem-estar do RN.

**Palavras-chave:** Recém-Nascido, Processos de Enfermagem, Unidades de Terapia Intensiva

**Áreas temáticas:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

#### Referências:

- 1 Campos ACS, Cardoso MVLML. Enfermagem humanística: ênfase na comunicação com as mães de neonatos sob fototerapia. Petrópolis, RJ: EPUB, 2008.
- 2 Rolim KMC. Enfermagem humanística: contribuição para o desenvolvimento da enfermeira na unidade neonatal. Tese (Doutorado). Fortaleza (CE). Universidade Federal do Ceará/UFC, 2006.

**Trabalho 4 - 4/4**

3 Sousa MWCR, Silva WCR, Araújo SAN. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma proposta de elaboração de protocolo. *Conscientiae Saúde*.2008; 7(2):269-274.

4 NANDA, North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009.

5 Dochterman J, McCloskey B, Glória M. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Trad. Regina Machado Garcez, 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (DENF/FFOE/UFC). Coordenadora do Grupo de Estudos sobre a Consulta de Enfermagem (GECE). e-mail: [felisangela@yahoo.com.br](mailto:felisangela@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira Neonatologista. Professora substituta do DENF/FFOE/UFC. Participante do GECE. e-mail: [fernandajmagalhaes@yahoo.com.br](mailto:fernandajmagalhaes@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Enfermeira da Unidade Neonatal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC). Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do Binômio Mãe-Filho da UNIFOR. Pesquisadora do Grupo de Saúde Coletiva (UNIFOR/CNPq). e-mail: [karlarolim@unifor.br](mailto:karlarolim@unifor.br)

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora do DENF/FFOE/UFC. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-Filho da UFC. e-mail: [cardoso@ufc.br](mailto:cardoso@ufc.br)

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFC. Professora do Curso de Especialização em Neonatologia do DENF/FFOE/UFC. e-mail: [socorrosherlock@yahoo.com.br](mailto:socorrosherlock@yahoo.com.br)

**Trabalho 5 - 1/4****SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO ASPECTO ESSENCIAL DA PROFISSÃO: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Francisca Elisângela Teixeira Lima<sup>1</sup>

Ana Paula Oliveira Queiroz<sup>2</sup>

Ires Lopes Custódio<sup>3</sup>

Shérica Karanini Paz de Oliveira<sup>4</sup>

Com o avanço da enfermagem percebeu-se a necessidade de usar modelos conceituais e teorias de enfermagem que descrevessem e caracterizassem os componentes que são pertinentes à profissão de Enfermeiro<sup>1</sup>. Com o avanço dessas teorias, fez-se necessária a criação de um método científico específico e sistemático para dar ao cliente assistência qualificada em um mínimo de tempo e com o máximo de eficiência: o processo de enfermagem. Para tanto, foi estabelecida a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), a qual consiste na utilização do processo de enfermagem como forma de estabelecer o método científico nas consultas e ações de enfermagem em geral<sup>2</sup>. A SAE é uma dinâmica de ações inter-relacionadas e sistematizadas que busca uma assistência de qualidade, composta por cinco fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação e avaliação de enfermagem<sup>3</sup>. Daí, o objetivo do estudo foi levantar as temáticas abordadas nas produções científicas acerca da sistematização da assistência de enfermagem. Trata-se de um estudo bibliográfico, desenvolvido na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) a partir do descritor cadastrado nos Descritores em Ciências da Saúde “Processos de enfermagem”. A busca foi realizada em junho de 2010, sendo encontrados 57 artigos, porém 48 atenderam aos critérios de inclusão, os quais eram estar disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, português ou espanhol; e abordar a sistematização da assistência de enfermagem. Os dados foram analisados conforme a semelhança dos dados encontrados. Como resultados foram detectados que muitos

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (DENF/FFOE/UFC). Coordenadora do Grupo de Estudos sobre a Consulta de Enfermagem (GECE). e-mail: [felisangela@yahoo.com.br](mailto:felisangela@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Participante do GECE. Bolsista FUNCAP. E-mail: [paula\\_oliveiraqueiroz@hotmail.com](mailto:paula_oliveiraqueiroz@hotmail.com)

<sup>3</sup> Enfermeira do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Participante do GECE. e-mail: [iresl.custodio@gmail.com](mailto:iresl.custodio@gmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeira, especialista em Enfermagem Cardiovascular. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Participante do GECE. e-mail: [karanini@yahoo.com.br](mailto:karanini@yahoo.com.br)

#### **Trabalho 5 - 2/4**

estudos referem a SAE como o método norteador para a realização de ações de enfermagem. Em relação aos temas abordados destacaram-se: história do desenvolvimento da SAE; conceituação da SAE; importância da sistematização da assistência de enfermagem e sua regulamentação; ensino do processo de enfermagem na graduação; criação de métodos que facilitem a estruturação da SAE; e facilidades e dificuldades para a realização da SAE. Houve estudos que abordaram somente determinadas etapas do processo de enfermagem, em especial, a segunda etapa referente aos diagnósticos de enfermagem, contudo cada etapa é contemplada em pelo menos um estudo. Para melhor esclarecimento discutiremos a seguir cada tema abordado nos estudos. No que concerne à história da SAE, os estudos relatam sua utilização no Brasil a partir da década de 70, incentivado por Wanda de Aguiar Horta, que usou como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow. Outros estudos colocam como marco fundamental para a utilização da SAE a publicação da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem introduzindo como atividade privativa do enfermeiro, a elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde. Além disso, enfocam acerca das mudanças ocorridas no processo de enfermagem no decorrer dos anos. Quanto aos conceitos atribuídos à SAE foram citados a SAE como método norteador para a prática de enfermagem. Como importância da SAE foi destacada como uma forma de desenvolver o pensamento crítico na prática de enfermagem e gerar autonomia técnica, gerenciamento, individualização, uniformização, continuidade e avaliação do cuidado prestado através da promoção do cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo. Quanto à regulamentação, a SAE é fundamentada pela Resolução COFEN no 272/2002, art. 2º que institui sua utilização em todos os níveis de atenção e em todas as instituições, sejam elas públicas ou privadas. Em relação ao ensino do processo de enfermagem foi constatado nos estudos que em muitas escolas de enfermagem há divergências quanto ao tipo de aulas: teóricas, práticas e/ou teóricas-práticas, sendo considerada ideal abordagem da teoria e da prática realizada pelo mesmo docente permitindo a continuidade, coerência e inter-relação do tema introduzido na prática conforme a teoria, além disso, faz-se necessário a utilização da SAE em todas as disciplinas referentes ao plano profissional propriamente dito. Como métodos de organizar a SAE, as principais sugestões foram quanto à criação de roteiros para a etapa

#### Trabalho 5 - 3/4

de levantamento de dados e formulários constando os diagnósticos e prescrições de enfermagem mais comuns do setor em questão. Como facilidades foram citadas: rápido preenchimento dos formulários utilizados na SAE, e possibilidade de adequar a prescrição a cada paciente. E como principais dificuldades foram citadas: falta de estimulação para utilização da SAE, formação acadêmica, complexidade do processo de enfermagem, dificuldade de utilizar instrumentos ainda não validados, uma maior dispensa de tempo com práticas burocráticas, baixo quantitativo de recursos humanos existentes nas instituições de saúde para executar as atividades requeridas no processo de enfermagem. Em relação às etapas do processo de enfermagem discutiremos cada uma a seguir conforme encontrados nos artigos. A primeira etapa é o levantamento de dados, a qual deve permitir a coleta de informações específicas e relevantes em relação ao cliente, de maneira holística, assegurando que as esferas biológicas, sociais, psicológicas e espirituais do ser humano sejam consideradas, conforme a teoria de enfermagem utilizada. Um estudo constatou que as necessidades sociais, psicológicas e espirituais são pouco valorizadas pelos enfermeiros, uma vez que a maioria dos dados acerca dessas esferas encontra-se incompleta, assim como dados de suma importância até mesmo para a organização do atendimento como identificação do cliente e/ou carimbo e assinatura do enfermeiro e poucas vezes são relatadas o exame físico do cliente. A segunda etapa, diagnósticos de enfermagem, é a mais abordada nos estudos, pois muitos aderem à criação de um instrumento de diagnóstico de enfermagem que possibilita a identificação das necessidades humanas básicas alteradas do cliente. Esta etapa encontra-se intimamente relacionada à etapa de levantamento dos dados, contudo esse levantamento muitas vezes é incompleto, impossibilitando o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem conforme as necessidades dos clientes. No que concerne ao planejamento de enfermagem verifica-se que este resulta da efetiva realização das outras etapas raramente registradas, ainda nota-se uma deficiência na reavaliação do cliente e da prescrição de enfermagem contribuindo para a mecanização dessa etapa e para a descaracterização do processo, enquanto uma ferramenta dinâmica e interativa. Quanto à implementação, percebe-se que há uma lacuna entre planejamento e execução, principalmente porque o processo de enfermagem é costumeiramente aplicado nas instituições por meio dos acadêmicos de enfermagem e estes, não tem tempo de realizar todas as etapas, parando muitas vezes no planejamento e deixando nas mãos de outra

#### Trabalho 5 - 4/4

pessoa a implementação e avaliação das ações realizadas ao cliente. A evolução de enfermagem é o registro realizado após a avaliação do estado geral do paciente, com o objetivo de nortear o planejamento da assistência a ser prestada e informar o resultado das condutas de enfermagem implementadas. Nesta etapa também foram encontrados dados identificados como incompletos no formulário de evolução de enfermagem tais como: assinatura e registro profissional. A avaliação das ações de enfermagem ainda é uma etapa a ser melhorada e realizada, haja vista ser pouco executada mesmo nas instituições que já utilizam a SAE, servindo como cumprimento de tarefas, mas sem um método sistematizado anterior. Conclui-se que a sistematização da assistência de enfermagem é um aspecto essencial para a autonomia profissional, pois é considerada o método científico que norteia as ações dispensadas ao cliente desde a sua chegada até a alta. Percebe-se que muitos estudos retratam as etapas da SAE separadamente identificando aspectos positivos e negativos de cada uma. Ainda constata-se que durante a formação profissional tem-se enfatizado o ensino das etapas de coleta de dados, diagnóstico e planejamento. Desse modo, muitas vezes, as ações são planejadas, mas não chegam a serem implementadas e avaliadas. Então, é necessário que os enfermeiros reflitam e transformem sua prática usando as cinco etapas do processo de enfermagem de forma inter-relacionada.

1. Andrade AC. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 jan-fev; 60(16):96-8.
2. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Rev. esc. enferm. USP [periódico na Internet]. 2009 Mar; 43(1): 54-64.
3. Alfaro-Lefevre, R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2005. xv, 283 p

**Trabalho 6 - 1/4****DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À CLASSE ATIVIDADE/EXERCÍCIO EM CLIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO<sup>1</sup>**MELO, Renata Pereira de<sup>2</sup>OLIVEIRA, Ana Railka de Souza<sup>3</sup>COSTA, Alice Gabrielle de Sousa<sup>4</sup>MOREIRA, Rafaella Pessoa<sup>5</sup>CAVALCANTE, Tahissa Frota<sup>6</sup>ARAÚJO, Thelma Leite de<sup>7</sup>

**INTRODUÇÃO:** Atualmente, já está bem estabelecido que uma rotina diária com exercícios físicos ajuda na prevenção e reabilitação de doenças cardiovasculares, devido aos efeitos benéficos sobre o sistema cardiovascular e sobre o controle dos demais fatores de risco<sup>1,2</sup>. Idosos podem apresentar diminuição da capacidade de realização de atividades físicas e atividades da vida diária em decorrência da presença de doenças degenerativas e/ou devido à presença de um forte componente psicológico, o que leva à Intolerância à atividade ou pelo menos ao Risco de intolerância à atividade<sup>3</sup>. Entretanto, além da sua própria fisiologia somada à idade surge o acidente vascular encefálico. Esta patologia é responsável pela primeira causa de incapacidades nas pessoas. Diante disso, os idosos têm uma maior chance de apresentarem diagnósticos de enfermagem relacionados à dificuldade de mobilidade. Nesse contexto, a preocupação em estudar os fenômenos de enfermagem relacionados à atividade/exercício se justifica pelo fato da limitação de movimentos físicos causar profundas alterações fisiológicas e bioquímicas em praticamente todos os órgãos e sistemas do corpo e exercer um impacto direto sobre as necessidades básicas dos clientes<sup>4</sup>. **OBJETIVO:** Identificar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem: Estilo de vida sedentário, Fadiga, Risco de intolerância à Atividade e intolerância à Atividade em clientes com AVE e associar esses diagnósticos com variáveis sociodemográficas e clínicas. **METODOLOGIA:** Estudo observacional,

<sup>1</sup> Trabalho extraído da dissertação de mestrado intitulada Acidente vascular encefálico- análise dos diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício, desenvolvida no Projeto Integrado Cuidado em Saúde Cardiovascular- CNPq, nº306149/2006-0. 2008. Universidade Federal do Ceará.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CNPq.

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Docente da Faculdade Católica Rainha do Sertão.

<sup>7</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora CNPq.

#### Trabalho 6 - 2/4

transversal, realizado em unidades de reabilitação na cidade de Fortaleza-Ceará, no período de 2007 a 2008, com fonte primária, por meio de entrevista e exame físico. As variáveis demográficas e clínicas consideradas para análise foram: idade, sexo, estado civil, renda *per capita*, estado ocupacional, escolaridade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatia, dislipidemia, sedentarismo, Índice de Massa Corporal, tabagismo ativo e passivo, etilismo, uso de anticoncepcional oral, quantidade de AVE, tempo do último AVE, tempo de frequência na reabilitação. Para nomear os diagnósticos de enfermagem, adotou-se como referência a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association<sup>5</sup>. Os dados coletados foram compilados no software Excel, em forma de planilhas, enquanto a análise estatística foi feita no programa EpiInfo versão 3.2 e no SPSS versão 15.0. Ressalta-se que foram cumpridas as recomendações da Resolução 196/96 referentes às pesquisas desenvolvidas com seres humanos (BRASIL, 1996). **RESULTADOS:** No presente estudo, foram avaliados 121 clientes, destes, houve predominância do sexo masculino (52,9%); a maioria vivia sem companheiro (52,9%) e era aposentado ou pensionista (83,3); a média de idade foi de 61,6 anos ( $\pm$  12,4); 50% da amostra do estudo frequentou a escola por até cinco anos e possuía renda *per capita* de até duzentos e sete reais. Com referência aos indicadores de risco, o sobrepeso e a obesidade (60,9%) foram os mais presentes; 50% da amostra estudada sofreu apenas um AVE, há 12 meses e freqüentava a unidade de reabilitação há, no máximo, sete meses. Com relação aos DE da classe Atividade/Exercício da NANDA, os clientes apresentaram Estilo de vida sedentário (83,5%); Risco de intolerância à atividade (76,9%); Fadiga (15,7%) e Intolerância à atividade (9,9%). Neste estudo foram enfatizados os DE que apresentaram freqüência acima de 50%. Assim, 101 clientes apresentaram o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário, dos quais 58 eram do sexo masculino, a ocupação atual foi a única que apresentou associação estatisticamente significativa ( $p = 0,004$ ). Além disso, o fato de o cliente ter um cuidador aumentou em sete vezes a sua chance de apresentar o Estilo de vida sedentário (OR = 7,583). E encontrou-se que o tempo médio do último AVE foi significativamente menor entre os indivíduos que possuíam o estilo de vida sedentário ( $p = 0,029$ ). Ao analisar o diagnóstico de enfermagem Risco de intolerância à atividade, observou-se a presença deste em 93 clientes, sendo 49 do sexo masculino e que a ocupação atual e a idade apresentaram associação estatística com o diagnóstico ( $p = 0,030$  e  $p = 0,048$ ), respectivamente. Quanto aos indicadores de risco, houve associação estatisticamente significativa entre a hipertensão arterial e o Risco de intolerância à atividade ( $p = 0,000$ ),

### Trabalho 6 - 3/4

a qual elevou em oito vezes a chance de apresentar este diagnóstico (OR = 7,950). Observou-se que a quantidade de AVE foi maior em quem tinha o Risco de intolerância à atividade. Ao reportar as doenças que são indicadores de risco para o AVE, observou-se que a hipertensão arterial foi a mais presente entre os participantes e apresentou associação estatisticamente significativa com o diagnóstico de enfermagem Risco de intolerância à atividade, o qual também mostrou associação estatisticamente significativa com as características definidoras Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico ( $p = 0,016$ ) e Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física ( $p = 0,022$ ). Os clientes que possuíam o fator relacionado Equilíbrio prejudicado tinham aproximadamente quatro vezes mais chance de terem Estilo de vida sedentário (OR = 3,868). Ao analisar o fator de risco Presença de problemas circulatórios, observou-se que tiveram superior a quatro vezes mais chance de terem Estilo de vida sedentário e Risco de intolerância à atividade. Outro fator analisado foi a utilização de Agentes anti-hipertensivos, o qual só apresentou associação estatística significativa com o Risco de intolerância à atividade ( $p = 0,000$ ). O último fator de risco analisado foi o Equilíbrio prejudicado que elevou aproximadamente em três vezes a chance de apresentar Estilo de vida sedentário (OR = 2,832). **CONCLUSÃO:** Diante dessa dificuldade para realização de atividades físicas em decorrência das incapacidades do AVE, torna-se difícil para estes indivíduos a aquisição de hábitos ativos, principalmente se não houver o estímulo dos profissionais de saúde e a orientação de como realizar atividades não sedentárias de acordo com as suas incapacidades. A orientação e a educação para os familiares e cuidadores dos clientes portadores de AVE, assim, como para o próprio cliente é papel fundamental de todos os profissionais de saúde e especialmente do enfermeiro, oferecendo orientações básicas de como cuidar do portador de seqüelas desta doença e de como o cliente pode ajudar na sua própria reabilitação, proporcionando maior tranquilidade e apoio técnico-emocional a todos.

**PALAVRAS CHAVE:** Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Acidente Cerebral Vascular.

### REFERÊNCIAS:

1. Negrão CE, Forjaz CLM, Rodon MUPB, Brum PC. Adaptações cardiovasculares ao treinamento físico dinâmico. In: SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cardiologia, Atualização e Reciclagem**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 60: 532-540.

**Trabalho 6 - 4/4**

2. Forjaz CLM, Tinucci T, Bartholomeu T, Fernandes TEM, Casagrande V, Massucato JG. Avaliação do risco cardiovascular e da atividade física dos frequentadores de um parque da cidade de São Paulo. Arq. Bras. Cardiol., 2002; 79(1): 35-42.
3. Hur HK, Park SM, Kim SS, Storey MJ, Kim GY. Activity intolerance and impaired physical mobility in elders. Int. J. Nurs. Terminol. Classif., 2005; 16(3-4): 47-53.
4. Pereira MA. Mobilidade física prejudicada em clientes hospitalizados e uma proposta de intervenções de enfermagem. [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 1997.
5. North American Nursing Diagnosis Association - NANDA. Diagnósticos de enfermagem da Nanda - definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.

**Área temática do trabalho:** 1- Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

Trabalho 7 - 1/4

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM  
XERODERMIA PIGMENTAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Renata Pereira de Melo<sup>1</sup>  
Lívia Zulmyra Cintra Andrade<sup>2</sup>  
Fernanda Jorge Magalhães<sup>3</sup>  
Flávia Paula Magalhães Monteiro<sup>4</sup>

**Introdução:** O Xeroderma Pigmentoso (XP) é uma doença autossômica recessiva rara, na qual o paciente apresenta extrema sensibilidade à radiação ultravioleta, devido à falha no mecanismo de excisão e reparo do ácido desoxirribonucleico (DNA). Caracteriza-se, principalmente, por manifestações dermatológicas, tais como: atrofia cutânea, queratose, telangectasias, hiperpigmentação e neoplasias em áreas expostas à luz solar. As lesões cutâneas estão presentes nos primeiros anos de vida evoluindo de forma lenta e progressiva, as quais estão diretamente relacionadas à exposição solar. Dados referem que cerca de 80% dos indivíduos com XP apresentam alterações oftalmológicas como fotofobia, conjuntivite, opacidade da córnea e o desenvolvimento de tumores oculares; 20% apresentam alterações neurológicas tais como microcefalia, ataxia, diminuição ou perda dos reflexos motores, espasticidade, surdez neurosensorial e retardo mental. Em alguns casos, podem estar associados à hipodesenvolvimento sexual e nanismo. O XP predispõe o desenvolvimento de neoplasias cutâneas, com destaque para o carcinoma basocelular e o espinocelular, com acometimento mais frequente de face e o pescoço.<sup>1</sup> Diante de tais aspectos e da oportunidade de realizar o cuidado de enfermagem a uma criança com XP, surgiu a indagação: é possível propor uma assistência de enfermagem embasada nas etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a uma criança com diagnóstico de XP? **Objetivo:** Descrever uma experiência de cuidado holístico e humanizado a uma criança com XP, embasadas nas cinco etapas da SAE. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido na unidade pediátrica de um hospital-escola da cidade de Fortaleza-CE-

<sup>1</sup>\*Atividade desenvolvida junto à disciplina Processo de Enfermagem no Cuidar da Criança II do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

<sup>2</sup> Enfermeira, discente do curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES;

<sup>3</sup> Acadêmica do 7º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará;

<sup>4</sup> Enfermeira especialista em enfermagem neonatal. Professora substituta do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará;

<sup>4</sup> Enfermeira, discente do curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CNPq.

### Trabalho 7 - 2/4

Brasil. O participante do estudo foi uma criança de 10 anos, sexo masculino, com diagnóstico de Xerodermia Pigmentosa e Carcinoma Basocelular (CBC). O mesmo recebeu assistência de enfermagem embasada na SAE pelas acadêmicas de enfermagem, durante o período de maio de 2010, no estágio curricular da disciplina de Processo de Enfermagem no Cuidar da Criança II. Para a coleta dos dados foi realizada a primeira etapa da SAE, mediante roteiro de levantamento de dados por meio de anamnese e exame físico céfalo-caudal, contemplando os 13 domínios de Enfermagem da Taxonomia II da NANDA<sup>2</sup>. Além disso, foram colhidas informações advindas da responsável/cuidadora. Para análise dos dados, foi realizada busca na literatura pertinente ao tema, assim como utilização das outras etapas da SAE, como: diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação (intervenções de enfermagem) e a evolução ou avaliação de enfermagem<sup>3</sup>. **Resultados:** Durante o processo de aprendizado, como acadêmicas de enfermagem ao prestar assistência a uma criança com XP e CBC, observou-se que a primeira etapa da SAE traz informações preciosas para compreender a história pregressa do paciente, a evolução da patologia e como a criança se encontra no momento atual em relação aos aspectos bio-psico-desenvolvimental. Portanto, traz-se um relato sucinto sobre a criança em estudo como: Criança, sexo masculino, 10 anos, consciente, orientado, pouco contactante, deambulando, higienizado, eupnéico, anictérico, acianótico, hipocorado, emagrecido, normotérmico, normocefálico, presença de lesão serosanguinolenta, profunda, com bordas irregulares, placas de alopecia químicas em couro cabeludo. Face desfigurada por lesão extensa, serosanguinolenta, com áreas necróticas e odor fétido. Perda do globo ocular direito, cartilagem e osso nasal com lesões necróticas. Lesão perioral, exteriorização de dentes, presença de dentes cariados e comunicação verbal prejudicada. Lesão na região auricular bilateralmente. Pele do tipo xerótica, com efélides difusas e lesões cutâneas com secreção purulenta. Quanto à avaliação nutricional, criança apresentou desnutrição crônica devido ao peso muito baixo para a idade, IMC e estatura muito baixo para a idade. Queixa-se de desconforto e dor durante a limpeza das lesões. Refere disfagia significativa, prejudicando alimentação e administração de terapia medicamentosa. Eliminações fisiológicas presentes. O paciente se apresenta introspectivo e não interage com as outras crianças. Além disso, o responsável refere que a criança sente-se só, pois foi abandonado pelos genitores devido patologia. Na segunda etapa, evidenciamos

### Trabalho 7 - 3/4

alguns diagnósticos de enfermagem, específicos para a condição clínica e psicológica da criança, baseados na Taxonomia da NANDA, dos quais consideramos como críticos e passíveis de intervenção: Integridade da pele prejudicada, Percepção sensorial perturbada, Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, Dor crônica, Mucosa oral prejudicada, Deglutição prejudicada, Interação social prejudicada. No que diz respeito à terceira etapa da SAE, verificamos a importância de um planejamento adequado e direcionado à criança com XP e CBC. Por conseguinte, a quarta etapa da SAE, constituída pela implementação das intervenções de enfermagem na qual se propõe um cuidado holístico, humanizado e eficaz para o binômio criança-família<sup>4</sup>, foram desenvolvidos os cuidados: aplicar permanganato de potássio e clorexidina para limpeza as lesões; realizar curativo ocular; proceder a um cuidado meticuloso com a pele; proteger a área lesionada da luz solar; orientar quanto a aceitação e aprendizado de métodos alternativos para viver conviver com a redução da visão; providenciar alimentos com alto teor calórico e protéico para suprir as necessidades corporais do metabolismo e crescimento; acrescentar suplementos nutricionais aos alimentos; utilizar estratégias não-farmacológicas a fim de minimizar a dor referida pela criança; apoiar a presença do cuidador durante os procedimentos dolorosos de modo a transmitir segurança e confiança à criança; cuidar das lesões orais com tratamento medicamentoso prescrito, assim como orientar a equipe multidisciplinar, em especial a nutricionista a administrar uma dieta branda e pastosa, assim como evitar sucos cítricos, alimentos quentes ou condimentosos; estimular a criança a participar de atividades com outras crianças e com familiares, incentivando-o ao vínculo de amizade. **Considerações Finais:** Estes achados possibilitaram às acadêmicas de enfermagem a compreensão da utilização do Processo de Enfermagem no cuidado à criança portadora de patologias cutâneas, identificando os principais problemas e intervindo nas reais necessidades apresentadas, de forma crítica-reflexiva e científica, fundamentado na literatura pertinente. Além disso, vale ressaltar a satisfação em explicitar a experiência da realização da SAE junto a uma criança com diagnóstico de XP e CBC, visto compreender uma atividade de enfermagem especificamente respaldada na lei, a qual se caracteriza pela relevante contribuição para a assistência adequada à criança no ambiente hospitalar.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Criança; Sistematização da Assistência.

**Trabalho 7 - 4/4**

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Referências**

- 1- Oliveira CRD, Elias L, Barros ACM, Conceição DB. Anestesia em paciente com Xeroderma Pigmentoso: relato de caso. Rev. Bras. Anesthesiol. [serial on the Internet]. 2003 Feb [cited 2010 May 16] ; 53(1): 46-51. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>.
- 2- NANDA, North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 3- Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5a ed. Porto Alegre: ArtMed; 2005.
- 4- Arone EM, Cunha ICKO. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. Rev. Bras. Enferm 2007; 60 (6): 721-723.

**Trabalho 8 - 1/3**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PROBLEMAS  
RESPIRATÓRIOS A PARTIR DE UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Pascoal, Lívia Maia<sup>[1]</sup>

Sousa, Vanessa Emille Carvalho de<sup>2</sup>

Costa, Alice Gabrielle de Sousa<sup>3</sup>

Silva, Viviane Martins da<sup>4</sup>

Araújo, Thelma Leite de<sup>4</sup>

Cardoso, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão<sup>4</sup>

**INTRODUÇÃO:** A atuação do enfermeiro, ao lidar com pacientes em situação de comprometimento respiratório, deve ser fundamentada em conhecimento científico. As intervenções de enfermagem são definidas como ações desempenhadas pelo enfermeiro, com base em conhecimento científico, para alcançar ou aumentar resultados esperados do cliente<sup>1</sup>. Estas, também fazem parte de uma categoria ampla, a das tecnologias em saúde, a qual está em evidência no cenário científico atual. A principal finalidade de uma tecnologia é gerar conhecimentos a serem socializados para dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica em científica. Trazendo este conceito para o cuidado de enfermagem, considera-se que uma tecnologia, ao ser apropriada pelo enfermeiro, deve melhorar o padrão da assistência, reduzir custos e favorecer situações que possam interferir no bem-estar do paciente<sup>2</sup>. A utilização de resultados de pesquisa na prática clínica caracteriza uma atuação baseada em evidências, sendo a revisão integrativa um de seus recursos. **OBJETIVO:** Identificar produções científicas sobre intervenções de enfermagem para problemas respiratórios. **METODOLOGIA:** Realizou-se uma busca literária acerca de Intervenções de enfermagem respiratórias em diversos contextos de assistência, considerando-se intervenções específicas para diagnósticos de enfermagem respiratórios e intervenções não específicas ou não relacionadas às taxonomias em destaque na atualidade. Foi adotada a seguinte questão de pesquisa: quais são as intervenções de enfermagem propostas em produções científicas para problemas respiratórios? Critérios de inclusão: artigos que abordassem tratamentos, intervenções ou diretrizes de enfermagem para assistência ao paciente em situação de comprometimento do sistema respiratório, artigos com texto completo e resumo disponível eletronicamente; e, escritos em português, inglês ou espanhol. Foram excluídas produções que não se enquadravam na área Enfermagem. Optou-se pela busca utilizando-se

### Trabalho 8 - 2/3

descritores não-controlados tendo em vista a obtenção de um número satisfatório de produções. Os unitermos elegidos foram: “nursing intervention”, “intervenções” e “enfermagem” combinadas, e, “cuidado” e “enfermagem” combinadas. As bases de dados consultadas foram: LILACS, PUBMED e CINAHL. A amostra final constou em 15 produções que atenderam aos critérios de seleção e responderam à questão norteadora. Para categorização dos artigos incluídos na revisão utilizou-se um instrumento contemplando as principais características metodológicas dos estudos. RESULTADOS: A partir dos dados extraídos dos artigos foi possível identificar e caracterizar os trabalhos mediante os itens do instrumento. Verificou-se que todos os artigos foram publicados em revistas de enfermagem em geral, excetuando-se um, que foi publicado em revista de outra área da saúde (medicina alternativa). Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, predominaram estudos observacionais descritivos. Dessa forma, em relação à força das evidências obtidas nos artigos, encontrou-se dois artigos com nível de evidência 1, um com nível de evidência 3, onze com nível de evidência 4 e um com nível de evidência 5. Os estudos com maior nível de evidência da amostra foram publicados no exterior, enquanto os estudos nacionais eram predominantemente descritivos. As intervenções apontadas nos estudos eram voltadas à prevenção de complicações, ao tratamento de situações agudas ou crônicas de comprometimento respiratório, aos diagnósticos de enfermagem (individual ou agrupadamente) e à validação de tecnologias para assistência à função respiratória. Os estudos voltados para intervenções preventivas enfocaram o paciente sob ventilação mecânica. As intervenções voltadas para a assistência às situações agudas e crônicas de comprometimento respiratório estiveram presentes em três produções e estas estavam mais direcionadas à descrição do cenário da assistência aos pacientes com patologias específicas. Foram identificadas quatro produções voltadas diretamente para diagnósticos de enfermagem. A última categoria, a de estudos de validação de tecnologias para assistência respiratória, foi a mais prevalente com cinco produções. As demais produções abordavam a validação dos componentes da taxonomia NIC<sup>3</sup>, uma classificação em implantação nos diversos cenários da assistência hospitalar, mundialmente reconhecida, e em evidência nas pesquisas de validação atuais. CONCLUSÃO: Concluímos que há um esforço

**Trabalho 8 - 3/3**

na comunidade científica em se produzir e responder aos anseios decorrentes da modernização e do surgimento de inovações assistenciais e que isso tem gerado um interesse crescente em contribuir com o aprimoramento dos conhecimentos de enfermagem e com a prestação de cuidados com maior qualidade, segurança e eficácia.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Waldow VR. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: Meyer DE, Waldow VR, Lopes MJM. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artmed; 1998.
2. Nietzsche EA. Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí (RS): Unijuí; 2000.
3. Dochterman JMC, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

**DESCRITORES:** Intervenções de enfermagem; Taxonomias de enfermagem; Problemas respiratórios.

Trabalho 9 - 1/4

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM  
RELACIONADOS AO USO DE ANTICOAGULANTES E  
ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS.**

Amanda Corrêa Barros<sup>1</sup>

Viviane Quintana Barbosa<sup>2</sup>

Dalmo Machado Lima<sup>3</sup>

Patrícia Claro Fuly<sup>4</sup>

**INTRODUÇÃO:** O processo de enfermagem prevê uma metodologia que nos possibilita, independente do referencial teórico eleito, abordar a clientela no que tange aos problemas de saúde ou aos processos vitais, buscando determinar que aspectos desses problemas exigem uma intervenção do profissional de enfermagem. Frente à necessidade de implementação do cuidado sistemático, com base no uso do processo de enfermagem, reflete-se sobre a necessidade de direcionar a assistência de enfermagem às terapias anticoagulantes e com antiagregantes plaquetários. Estes são largamente utilizados com a finalidade de diminuir a coagulação do sangue para reduzir morbidades e mortalidades decorrentes de trombos sangüíneos, responsáveis por problemas como Infarto Agudo do Miocárdio, Trombose Venosa Profunda, Tromboembolismo Pulmonar e Acidente Vascular Cerebral. No entanto, é necessário que o paciente esteja apto para aderir ao tratamento, pois há um grande risco devido às complicações hemorrágicas, no entanto, muitas das vezes é imprescindível, e por isso, os pacientes precisam de um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso para avaliação tanto médica quanto de enfermagem, sabendo estes controlar possíveis complicações hemorrágicas. Muitas dessas complicações decorrem do uso do anticoagulante, da baixa adesão ao tratamento recomendado, do uso de outros medicamentos que potencializaram a atividade do anticoagulante, da negligência dos controles laboratoriais regulares, ou ainda por algumas contra-indicações que não foram consideradas no momento da prescrição da terapêutica. Frente às demandas apresentadas cabe ao enfermeiro à partir dos diagnósticos de enfermagem identificados, planejar as intervenções de enfermagem mais adequadas, sendo assim foram traçados os seguintes **OBJETIVOS:** identificar a

1-Autora e relatora. Acadêmica de enfermagem pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EAAAC) – Universidade Federal Fluminense (UFF). End: Av. Pres. Kennedy, 1479. Nova Cidade- São Gonçalo-RJ /E-mail: amandacbarros@ig.com.br

2-Autora. Acadêmica de enfermagem/EAAAC-UFF.

3-Orientador. Doutor em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Professor adjunto da graduação em enfermagem da EAAAC-UFF. Membro do GESAE-UFF.

4- Orientadora. Doutora em enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Neri (EEAN) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora adjunta da graduação em enfermagem da EAAAC-UFF. Membro do GESAE-UFF.

#### Trabalho 9 - 2/4

produção científica de enfermagem sobre a sistematização de enfermagem nos clientes em terapêutica de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários; identificar na literatura os possíveis problemas de enfermagem relacionados ao uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários. Realizar um mapeamento cruzado na Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE) com vistas a estruturação de diagnósticos e intervenções de enfermagem. **METODOLOGIA:** Para alcançar os objetivos propostos realizou-se uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em saúde (BVS), nas bases de dados LILACS e MEDLINE, com os descritores: antiagregante de plaquetas, anticoagulantes e cuidados de enfermagem. Foram selecionadas as publicações dentro do recorte temporal de 2000 à 2008; com aderência à temática e em língua portuguesa. **RESULTADOS:** Nessas bases de dados foram identificados 13 artigos, dos quais foram selecionados 10 artigos que atendiam aos critérios de inclusão no estudo, após leitura analítica pelos autores. Uma das principais atividades da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes é a administração de medicamentos, a qual exige dos profissionais: Atualização constante, responsabilidade, conhecimento e habilidades, fatores estes que garantem a segurança do paciente. Os pacientes que fazem uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários apresentam necessidades e cuidados específicos quanto ao seu uso. Cuidados esses aos quais, a assistência de enfermagem tem um importante papel, principalmente, no sentido de prevenir possíveis complicações. Dentre as complicações e efeitos adversos mais relacionados ao uso desses fármacos destacam-se: hemorragia, esta constitui a principal complicação do uso de anticoagulantes, podendo ocorrer nos tratos gastrointestinal, urinário e na glândula adrenal devido ao uso de uma quantidade (dose) excessiva ou interrupção do tratamento; a trombocitopenia pode ocorrer de forma transitória e imediata, durante a infusão venosa em bolo, devido à ação direta nas plaquetas; erupção cutânea, alopecia, diarreia, queda inexplicada no hematócrito e "síndrome purpúrica dos pés". A osteoporose é vista nos tratamentos que possuem seis meses ou mais de duração, esta, porém possui causa desconhecida. Citam-se ainda hematoma subdural, pancreatite aguda hemorrágica, hematomas e equimose. O risco mais importante da terapia com a Varfarina é de hemorragia em vários órgãos com conseqüente formação de hematomas, bem como desenvolvimento de anemia. Podem também ser observados febre, náusea e vômito, pancreatite, hemotórax e sangramento nasal. Quanto às

### Trabalho 9 - 3/4

complicações decorrentes ao uso de antiagregantes plaquetários destacam-se principalmente: distúrbios gastrointestinais, como náuseas, dor epigástrica, sangue oculto nas fezes, hematêmese e melena. Após o mapeamento cruzado na CIPE, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Risco de hemorragia, devido à trombocitopenia induzida por esses fármacos, geralmente causada por um tratamento prolongado com dose elevada de Heparina; Risco de sangramento, devido ao déficit de volume de líquidos quando ocorre perda ativa de sangue; Hematoma atual, devido a administração da Heparina que causa lesão tecidual; Nível diminuído de plaquetas, devido a trombocitopenia induzida por esses fármacos; Febre atual, devido à trombocitopenia que pode estar associada à neutropenia, levando a uma infecção e febre que é um sinal da neutropenia; Risco de dor visceral (dor epigástrica), devido a lesão da mucosa gástrica causada pelo uso de ASS, que deve-se à inibição da COX-1 no estômago este responsável pela produção do muco; Diarréia atual; Vômito atual; Náusea atual esses últimos devido à perturbações gastrointestinais causada por antiagregante plaquetários. Diante destes diagnósticos identificam-se algumas intervenções correspondentes, tais como: Conferir diariamente acesso venoso, pois a presença de sinais flogísticos no local da punção significa que há infecção, ou ainda podendo apresentar sangramento; Monitorar diariamente o sistema tegumentar, observar quanto a presença de petéquias (pernas e braços), pois equimoses ou hematomas caracterizam sangramento por conta de fragilidade relacionado a hemorragias ; Monitorar exames, os principais exames são acompanhamento contínuo do nível de plaquetas, neutrófilos e linfócitos, devido ao risco de trombocitopenia causada por tais fármacos ; Monitorar temperatura corporal, a monitorização da temperatura corporal é imprescindível a cada 4 horas é, pois este também é um indicador dos diagnósticos das complicações causadas por esses fármacos; Observar interações medicamentosas, pois ao realizar perguntas sobre os medicamentos e alimentos (brócolis, alface, couve flor, aspargo, nabo, repolho, agrião, fígado de boi) que potencializam ou inibem a ação destes fármacos pode-se intervir precocemente, já que existem interações medicamentosas que aumentam o risco de sangramento . Destaca-se que o termo plaquetas não está contido no eixo foco na versão 1.0 da CIPE, ainda que tenha extrema relevância para o cuidado de enfermagem e que tenha sido empregado nesse estudo.

**CONCLUSÃO:** Espera-se que este estudo promova nos profissionais de enfermagem

**Trabalho 9 - 4/4**

uma reflexão sobre a importância de conhecimentos específicos a cerca de tais medicações, para assim melhorar a assistência prestada. Conclui-se este trabalho destacando a importância dos enfermeiros prestarem uma assistência qualificada, integral e individualizada a pacientes com uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, enfatizando que os mesmos devem estar cientes da relevância do cuidado sistemático para a melhoria das condições de saúde do indivíduo.

Descritores: Cuidados de enfermagem, anticoagulantes, antiagregante de plaquetas.

Área temática: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- 1- Barbosa MS, Mafei FH, Marin MJS. Diagnósticos e intervenções de enfermagem aos pacientes em terapia anticoagulante. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out; 57(5): 601-4.
- 2- Filho PCPT, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto 2004 mai/jun; 12(3): 533-40.
- 3- Reis PED, Gomes IP, Santos PS, Ponce Del Leon CGRM. A relevância do ensino de enfermagem na adesão terapêutica do cliente submetido à terapia anticoagulante. REEUNI, Brasília 2008 mai/ago; 1(2): 82 -89.

Trabalho 10 - 1/5

**DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM  
PARA CRIANÇAS INTERNADAS EM UMA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE UM  
HOSPITAL ESCOLA**

Renata Valéria Nóbrega<sup>1</sup>

Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>2</sup>

**Kenya de Lima Silva**<sup>3</sup>

**Introdução:** Definido como um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como a clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional de enfermagem, o processo de enfermagem, implica na existência de alguns elementos que lhe são inerentes – diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem. Elaborar um diagnóstico de enfermagem demanda análise e acurácia dos dados clínicos, permitindo ao profissional tomar decisões quanto aos resultados esperados. Após traçar os diagnósticos de enfermagem, elabora-se o plano assistencial, as intervenções de enfermagem, que são consideradas estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover, manter e restaurar o estado de saúde do paciente, baseadas nos diagnósticos de enfermagem, para alcançar os resultados estabelecidos e solucionar as respostas humanas alteradas. Entre os vários sistemas de classificação desenvolvidos a partir das diferentes fases do processo de Enfermagem, destacam-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). A CIPE® foi desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermagem – (CIE), com o objetivo, de universalizar a linguagem de enfermagem. A versão 1.0, a mais recente, permite aos enfermeiros do mundo todo documentar sistematicamente seus trabalhos realizados com clientes, famílias e comunidades usando diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções<sup>1</sup>. O projeto intitulado “Identificação de dados essenciais de enfermagem

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Apoiadora Técnica do Distrito Sanitário III - Secretaria Municipal de Saúde/JP. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. E-mail: [renatavnobrega@gmail.com](mailto:renatavnobrega@gmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria; Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora CNPq. Diretora do Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – Brasil. E-mail: [miriam@ccs.ufpb.br](mailto:miriam@ccs.ufpb.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba. Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. E-mail - [kenya.lima@ig.com.br](mailto:kenya.lima@ig.com.br)

### Trabalho 10 - 2/5

para inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para a prática profissional”<sup>2:1</sup>, desenvolveu pesquisas que tiveram como objetivos identificar os termos utilizados pelos componentes da equipe de enfermagem, nos registros dos prontuários de pacientes das unidades clínicas do HULW/UFPB, e comparados com os termos da CIPE<sup>®</sup>, classificando-os como constantes e não constantes nesta classificação. Na Clínica Pediátrica foram identificados 289 termos, dos quais 168 constantes na CIPE<sup>®</sup> Versão 1.0 e 121 não constantes nessa Classificação. Estes resultados levaram à construção do Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Pediátrica, o qual foi utilizado, neste estudo, para a construção das afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes internos na referida clínica. Diante disso, questiona-se: é possível construir afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as crianças internadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB, tendo como base o Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Pediátrica e o Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup> Versão 1.0? Diante da questão norteadora, o presente estudo tem como objetivos: desenvolver afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a Clínica Pediátrica do HULW/UFPB tendo como base o Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Pediátrica do HULW/UFPB e o Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup> Versão 1.0; e validar afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem desenvolvidas para a Clínica Pediátrica com a participação de enfermeiros *experts* que atuam na referida área. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, realizada na Clínica Pediátrica de um hospital escola da Universidade Federal da Paraíba, localizado na cidade de João Pessoa - Paraíba. Antes de sua realização, o projeto da pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, em observância aos aspectos éticos preconizados na Resolução n°. 196/96 do Ministério da Saúde<sup>3</sup>, tendo obtido protocolo de aprovação n°. 14/2008. Na etapa de construção das afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, levou-se em consideração o Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Pediátrica e o Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup> Versão 1.0. Na referida Clínica, foram desenvolvidas afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem, relacionadas às necessidades das crianças hospitalizadas para cuidados de saúde. Conforme recomendações do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), para composição destas afirmativas, foi utilizado às seguintes diretrizes: incluir,

### Trabalho 10 - 3/5

obrigatoriamente, um termo do eixo **Foco** e um termo do eixo **Julgamento**; incluir termos adicionais, conforme a necessidade, dos eixos **Foco** e **Julgamento** e dos demais eixos. Para a construção de afirmativas relacionadas a Intervenções de enfermagem são indicadas as seguintes diretrizes: incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo **Ação** e um termo **Alvo**, considerado como um termo de qualquer um dos demais eixos, com exceção do eixo **Julgamento**; podem ser incluídos termos adicionais, conforme a necessidade, dos outros eixos. Além disso, foi possível adicionar afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem identificadas na literatura da área e no Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. Após a construção das afirmativas, as mesmas foram submetidas a um processo de validação de conteúdo por especialistas da área, que concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dessa forma, foram elaborados dois instrumentos: um para validação das afirmativas de Diagnósticos/Resultados e outro para validação das Intervenções de Enfermagem, ambos para as crianças hospitalizadas na Clínica Pediátrica. Nestes instrumentos, foi solicitada a colaboração dos enfermeiros no sentido de apontar se as afirmativas eram aplicáveis à área da Clínica Pediátrica, e se eram utilizadas efetivamente na prática profissional. Em caso de discordância das afirmativas, requisitou-se, se possível, sugestões para sua adequação à realidade da prática de enfermagem. Para o tratamento dos dados coletados, os instrumentos foram numerados e as variáveis contidas nos mesmos foram codificadas e inseridas em banco de dados, construído no programa *Word for Windows*. Os dados foram analisados, utilizando-se estatísticas descritivas. Consideraram-se as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem como validadas quando alcançaram um Índice de Concordância (IC)  $\geq 0,80$  entre as peritas participantes do estudo. **RESULTADOS:** Seguindo os objetivos propostos e os critérios metodológicos, para a construção das afirmativas de Diagnósticos de Enfermagem da Clínica Pediátrica, foram utilizados os termos: constantes e não constantes, do Eixo Foco do Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da referida Clínica, construído por Lima<sup>4</sup> e, em seguida classificados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta. Dessa forma, foram elaboradas 107 afirmativas de Diagnósticos de Enfermagem utilizando-se o Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0 e o Catálogo de Diagnósticos CIPE® Versão 1.1. Após a elaboração das 107 afirmativas de diagnósticos/resultados, foi construído um instrumento e encaminhado para as enfermeiras *experts*, considerados, neste estudo, como enfermeiros docentes e assistências com mais de três anos de

#### Trabalho 10 - 4/5

experiência na área de enfermagem pediátrica. Nessa etapa da pesquisa, participaram 12 enfermeiras, sendo 5 docentes da área de enfermagem pediátrica e 7 assistenciais da Clínica Pediátrica que atuam na referida área. Neste estudo, coube aos *experts* confirmarem se as afirmativas de diagnósticos/resultados identificam-se ou não com a sua prática clínica, de forma a aprovarem se as mesmas são reconhecidas pelas pessoas que exercem a assistência de enfermagem na Clínica Pediátrica. Das 107 afirmativas de diagnósticos/resultados enviadas para as participantes da pesquisa, 48 obtiveram um IC  $\geq 0,8$  (44,85 %), sendo sugeridas 3 alterações, entre elas: Agitação leve e agitação moderada; passou a ser utilizado apenas um diagnóstico/resultado - **Agitação (especificar: severa, moderada e leve)**; o diagnóstico/resultado Ingestão de líquidos diminuída passou a ser utilizado como **Déficit de volume de líquidos**. Dessa forma, passaram a existir 106 diagnósticos de enfermagem entre validados e não validados. Para a elaboração das Intervenções de Enfermagem foram utilizadas as afirmativas de diagnósticos validadas. Nesta etapa, utilizamos 46 diagnósticos de enfermagem, em virtude de dois diagnósticos (**Incontinência intestinal** e **Ingestão alimentar deficiente**) terem sido excluídos de forma não intencional pelas autoras quando da elaboração das afirmativas de intervenções de enfermagem. As intervenções de enfermagem fazem parte do plano assistencial, o qual é traçado com o objetivo de eliminar ou reduzir um diagnóstico de enfermagem, buscando alcançar a meta ou o resultado preestabelecido<sup>5</sup>. Foram construídas 330 afirmativas de intervenções de enfermagem, distribuídas segundo os diagnósticos de enfermagem. Na fase de elaboração foram utilizadas as diretrizes do CIE, o Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Pediátrica e o Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup> Versão 1.0, bem como o Catálogo de Intervenções de Enfermagem contido na CIPE<sup>®</sup> Versão 1.1, na busca de uma maior aproximação do verdadeiro perfil da clientela da Clínica Pediátrica. Em seguida, foi desenvolvido um instrumento com as intervenções de enfermagem para o processo de validação pelas enfermeiras assistenciais e docentes da Clínica Pediátrica de um hospital escola. Nesta etapa da pesquisa participaram 7 profissionais, sendo 5 enfermeiras assistenciais e 2 docentes que atuam na referida clínica. Das 107 afirmativas de Diagnósticos de enfermagem e 330 Intervenções de enfermagem elaboradas, 48 e 270 alcançaram IC  $\geq 0,8$ , respectivamente.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A elaboração de afirmativas de diagnósticos e intervenções de Enfermagem são ferramentas relevantes para a qualidade da sistematização da assistência, uma vez que o diagnóstico, quando utilizado

### Trabalho 10 - 5/5

corretamente, possibilita direcionar as ações por meio das intervenções a serem implementadas pela equipe de enfermagem. Acredita-se que, a utilização das afirmativas poderá representar um relevante instrumento no processo de implementação da SAE, na Clínica Pediátrica, possibilitando uma melhoria na assistência, uma vez que o diagnóstico retrata as reais necessidades das crianças hospitalizadas, e, após a sua identificação, o enfermeiro terá subsídios, por meio das intervenções de enfermagem, para identificar as ações necessárias à assistência da criança.

**Descritores:** Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Criança hospitalizada, Enfermagem Pediátrica.

### Referencias

1. Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE® Versão 1.0. Versão oficial em Português. (tradutora: Heimar de Fátima Marin) São Paulo: Algor Editora, 2007.
2. Nóbrega MML, Garcia TR. Identificação de dados essenciais de enfermagem para inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para a prática profissional. [Relatório Técnico]. João Pessoa: DESPP/UFPB, 2008
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução nº. 196/96: dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2005.
4. Lima MC. Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB. João Pessoa, 2008. 82 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba.
5. Silva KL. Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para crianças de 0 - 5 anos. João Pessoa. 2004. 124p. Dissertação (mestrado) - Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Trabalho 11 - 1/5

**DEGENERAÇÃO ESPINOCEREBELAR E O CUIDADO DE  
ENFERMAGEM A UMA FAMÍLIA ESPECIAL<sup>1</sup>**

Simone Soares Damasceno<sup>2</sup>

Kenya de Lima Silva<sup>3</sup>

Neuza Collet<sup>4</sup>

Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>5</sup>

**RESUMO**

As degenerações espinocerebelares são doenças que produzem degeneração do cerebelo e da medula espinhal. A prevalência dos casos é estimada em 1: 50.000 indivíduos. Clinicamente, a maior parte dos pacientes com ataxia espinocerebelar apresentam alterações no equilíbrio e disartria, que evoluem de forma progressiva<sup>1</sup>. Os sintomas evoluem até o ponto em que praticamente todas as funções motoras, que exigem coordenação são comprometidas, sendo a fala, a deglutição e a coordenação as funções que mais evidentemente são alteradas levando o paciente a apresentar cada vez mais dificuldades de executar atividades cotidianas tornando-se quase sempre dependentes para desempenhar essas funções. Na adolescência estes sintomas podem trazer ainda mais conseqüências, por seu poder de prejudicar o desenvolvimento esperado, além é claro de comprometer sonhos e aspirações comuns nesta fase, fato que muitas vezes se reflete no surgimento de problemas psiquiátricos. As doenças degenerativas provocam nas famílias sentimentos de culpa e impotência muito mais intensos, uma vez que, estas vêem seus entes queridos em processo progressivo de perda das funções, em sua maioria irreversível. Então pensemos, se viver com uma criança com o quadro de degeneração é angustiante para uma mãe, imaginemos se isso acontece ao mesmo

---

<sup>1</sup> Os dados apresentados neste trabalho foram extraídos do Projeto de Iniciação Científica “Sistematização da Assistência de Enfermagem a Criança com Doença Crônica: uma abordagem convergente assistencial”.

<sup>2</sup> Discente do 6º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPB. Aluna do Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica. E-mail: simonedamasceno@ymail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental pela UFPB. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da UFPB. Enfermeira assistencial da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EERP. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFPB e do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UNIFESP. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFPB e do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB.

### Trabalho 11 - 2/5

tempo com dois filhos?. É preciso considerar o impacto disso na vida dos familiares quem têm suas rotinas alteradas frente à condição crônica e progressiva vivenciada. Diante disso, a importância do cuidado de enfermagem direcionado ao adolescente e seus familiares de modo a auxiliá-los no tratamento e principalmente na convivência com os sinais e sintomas, visando contribuir no restabelecimento da vida familiar

**Objetivo:** Sistematizar a assistência de enfermagem a uma família com dois adolescentes com degeneração espinocerebelar utilizando a CIPE®. **Metodologia:** Foi desenvolvida uma pesquisa tipo estudo de caso. Realizada na Clínica Pediátrica de um hospital escola, localizado no Município de João Pessoa- PB. Considerou-se como universo deste estudo, o binômio família/ adolescentes com doença crônica internados na unidade em questão. A escolha da família deu-se considerando que haviam dois adolescentes, irmãos, com um doença crônica rara, internados no período da coleta de dados. A coleta deu-se através da realização dos métodos propedêuticos do exame físico com auxílio de um instrumento fundamentado na teoria das necessidades humanas básicas de Horta, contemplando os três níveis de necessidades psicobiológicas, psicossocial e psicoespiritual. Salienta-se que, esta foi iniciada após o consentimento dos familiares com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição conforme protocolo n° 222/09 obedecendo às normas éticas determinadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>2</sup>. Para a análise do material empírico foram considerados os passos do processo de enfermagem (coleta de dados; diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação e avaliação). Os dados identificados com auxílio do histórico de enfermagem foram analisados considerando o processo de raciocínio diagnóstico de Gordon (coleta de informação, interpretação das informações, agrupamento dos dados e denominação do agrupamento) para denominação dos diagnósticos de enfermagem, foi utilizada a CIPE®, a qual também auxiliou na elaboração das intervenções. A CIPE® Versão 1.0 é apresentada numa estrutura de classificação compreendida por sete eixos, através dos quais é possível construir, tanto os diagnósticos, intervenções, como os resultados de enfermagem<sup>3</sup>. **Resultados:** A descrição do histórico de enfermagem nos revelou um casal de irmãos adolescentes, um rapaz de 19 anos com diagnóstico médico de degeneração espinocerebelar definido depois de um ano do início dos sintomas, o qual encontrava-se totalmente dependente

### Trabalho 11 - 3/5

da família e da equipe de enfermagem. Ao exame percebeu-se que não havia alterações nos sistemas respiratório (FR: 20rpm) e cardiovascular (FC: 98 bpm). Encontra-se com dieta hipercalórica e hiperproteica, apresentando dificuldades de deglutição, fato que dificulta a alimentação (peso: 25 Kg). A integridade física e locomotora estão comprometidas, não há sustentação do pescoço e equilíbrio para que possa ficar em pé sem auxílio, sendo por este motivo dependente de cadeira de rodas. Não comunica-se através da fala, mas, aparenta compreender bem as informações prestadas, demonstrando com o olhar e pequenas expressões faciais. A garota tem 15 anos, aos 13 anos iniciaram os sintomas, teve diagnóstico definitivo também há um ano. A integridade física e locomotora encontra-se comprometida em decorrência da degeneração espinocerebelar, postura típica, encurvada, atividade motora limitada, marcha com passos curtos e trôpegos e músculos hipotrófico. Apesar da dieta hipercalórica e hiperproteica com aceitação plena tem peso de 30 Kg. A mãe refere ainda que a adolescente se tornou muito sensível depois da doença, teve dificuldades de aceitar o seu estado e chora com facilidade, atualmente é dependente da mãe para realização das funções de autocuidado e alimentação. Comunica-se com bastante dificuldade apenas balbucia, entende todas as informações que lhe são repassadas, manifestado por meio de expressões faciais e de rabiscos. A interação social é limitada em virtude de seu estado, contudo, mantém um relacionamento afetivo e acolhedor com as pessoas. A mãe relata que a filha é bastante vaidosa, “gosta de se sentir bonita”. A rotina familiar sofreu alterações, pois desde o início da doença a mãe parou de trabalhar, passou a dedicar-se quase, exclusivamente, aos filhos doentes, embora tenha outros três filhos em idade escolar. Atualmente, tenta conseguir uma fonte de renda trabalhando na própria casa. O pouco conhecimento e compreensão da família sobre o quadro de saúde dos filhos ficou evidente ao referirem à perspectiva de cura. A necessidade de apoio espiritual vem sendo suprida a mãe refere receber visitas de pastores, acredita que a fé é componente indispensável para a recuperação dos filhos. Diante dessas histórias foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem, considerando os níveis de necessidades: Necessidade psicobiológica (Nutrição alterada; Auto cuidado comprometido; Mobilidade Comprometida; Comunicação prejudicada); Necessidade psicossocial (Rotina Familiar alterada; Conhecimento sobre a doença e tratamento diminuído). Planejamento e implementação da assistência de enfermagem: Nutrição

### Trabalho 11 - 4/5

alterada (realizar pesagem semanal dos adolescentes; auxiliar a genitora nos momentos de administração das dietas; orientar e demonstrar os exercícios passivos para estimular consumo muscular); Auto cuidado comprometido (observar a genitora durante a realização de higiene corporal; ensinar técnica de escovação dos dentes; orientar sobre os cuidados com a higiene dos adolescentes); Mobilidade Comprometida (encorajar a mãe e a filha a pequenas caminhadas no corredor da clínica; orientar sobre posicionamento para evitar pressão sobre as superfícies ósseas do adolescente); Comunicação prejudicada (encorajar os adolescente e os familiares a manifestar sua vontade usando expressões faciais; encorajar a adolescente a expressar seus sentimentos através de desenho; ensinar técnica de comunicação utilizando placas com letras do alfabeto); Rotina Familiar alterada (estabelecer uma relação de confiança com o familiar responsável; estimular os familiares a expressarem seus sentimentos acerca das mudanças ocorridas; informar a mãe sobre os recursos e apoio existentes); Conhecimento sobre a doença e tratamento diminuído (encorajar a mãe a expressar suas dúvidas sobre a patologia e o tratamento; fornecer informações sobre as dúvidas referentes a patologia, tratamento e cuidados com os adolescentes; envolver a mãe/responsável no planejamento da assistência). O processo assistencial junto a essa família foi realizado durante duas semanas, o que nos possibilitou avaliar não melhora no quadro físico dos adolescentes, mais uma superação da situação por parte da mãe demonstrando mais interesse em compreender a doença para cuidar melhor dos filhos; nos adolescente foi possível identificar uma maior interação com a equipe através de gestos e expressões positivas ou negativas quando não gostavam de algo estabelecendo a comunicação. Ao termino desse período algo novo no tratamento reacendeu a esperança da mãe, o ministérios público havia julgado o processo que liberava a medicação que auxilia a manutenção do nível de dopamina e melhora a capacidade motora dos jovens. **Considerações Finais:** A doença crônica e degenerativa afeta a condição de vida dos adolescentes e como consequência desequilíbrio no sistema familiar e na relação destes com o âmbito social. A reação da família diante desta situação varia de acordo com a severidade da doença, das demandas no seu manejo e da quantidade de suporte disponível, sendo, portanto indispensável que a sistematização da assistência de enfermagem ofereça suporte necessário para que a família se reajuste a situação.

**Trabalho 11 - 5/5**

**Descritores:** adolescentes; doença crônica; sistematização da assistência de enfermagem

REFERENCIAS

Camargo, M.F.A.G. Estudos Moleculares das Ataxias espinocerebelares autossômicas dominantes. 2002. 181 f. (Mestrado em Ciências Médicas)- Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução nº 196/96:** dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

Conselho Internacional de Enfermeiras. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0.** São Paulo, Brasil: Ordem dos Enfermeiros de Portugal, 2007. /Título original: International Classification for Nursing Practice – ICNP®  
Version 1.0

Trabalho 12 - 1/5

## **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE IDOSOS COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA**

Dayane Furtado de Oliveira  
Priscilla Rodrigues dos Santos  
Luciano Ramos de Lima  
Cris Renata Grou Volpe  
Silvana Schwerz Funghetto  
Marina Morato Stival<sup>1</sup>

**INTRODUÇÃO:** A população idosa mundial vem aumentando progressivamente causando uma demanda crescente por serviços de saúde. Atualmente existem cerca de 17 milhões de idosos. Espera-se que para o ano de 2050 haverá cerca de dois bilhões de pessoas idosas no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento<sup>1</sup>. Contudo o envelhecimento vem acompanhado por alterações de origem fisiológicas e patológicas, e estas requerem políticas públicas de saúde específicas que visem minimizar o efeito das alterações no dia a dia da pessoa idosa. Alguns agravos comuns à saúde dos idosos comprometem sua mobilidade física<sup>2</sup>. Assim, a mobilidade física prejudicada na pessoa idosa, a torna dependente na realização de atividades diárias, e conseqüentemente afeta suas escolhas na tomada de decisões levando-a a perda de autonomia. O idoso que apresenta déficit de mobilidade ainda se sente incapaz de realizar suas tarefas sem auxílio, e isto contribui para queda em sua autoestima retardando seu processo de reabilitação. Os problemas relacionados à área motora em idosos são freqüentes, o que aumenta a probabilidade de perda da mobilidade, tornando o diagnóstico de enfermagem Mobilidade Física Prejudicada mais comum a esta população<sup>3</sup>. A enfermagem deve atuar no sentido de prevenir doenças que gerem limitações e dependência a pessoa idosa, bem como atuar no seu processo de reabilitação e reinserção ao meio social, a fim de manter sua autonomia e independência, e, preservar e melhorar sua qualidade de vida. Para isso utiliza-se o processo de enfermagem atrelado a uma teoria de enfermagem. Neste sentido a Teoria de Dorothea E. Orem tem como principal preocupação detectar a necessidade do

1. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFMG. Professora Assistente da Universidade de Brasília-UnB. Endereço: QNN 14 Area Especial Ceilândia Sul. CEP: 72220-140. Contato: [marinamorato@unb.br](mailto:marinamorato@unb.br)

## Trabalho 12 - 2/5

indivíduo de autocuidar-se e ajudá-lo no desenvolvimento do seu potencial para provisão e a manutenção deste autocuidado de forma contínua, de modo a manter a vida, a saúde, recuperar-se da doença ou dano e enfrentar seus efeitos <sup>4</sup>. OBJETIVO: identificar os requisitos de autocuidado de idosos com mobilidade física prejudicada de acordo com a Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem em um hospital dia do idoso de Anápolis-GO. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva exploratória com delineamento transversal. A pesquisa foi realizada em um Hospital Dia do Idoso da cidade de Anápolis-GO com 20 pacientes idosos que apresentaram mobilidade física prejudicada, que faziam algum tratamento no hospital e aceitaram participar da pesquisa. Um instrumento de coleta de dados semi-estruturado foi aplicado para realizar anamnese e exame físico em uma sala privativa. RESULTADOS: Dos 20 pacientes entrevistados 55,0% eram do sexo feminino, 40,0% com idade entre 66 a 70 anos e 55,0 % iniciaram, mas não concluíram o ensino fundamental. Dos entrevistados, 35,0% referiram renda familiar de dois salários mínimos mensais, e 60,0% eram casados. Os idosos relataram morar com duas pessoas (40,0%), sendo que um paciente refere morar sozinho (5,0%). Dois idosos (10,0%) possuíam cuidador em período integral e 55,0% seguem a religião católica. Foi observado que os idosos não têm o hábito de fumar (100,0%), porém 10,0% relatam ingerir bebidas alcoólicas. Quanto as horas de sono, 35,0% refere dormir entre oito a nove horas por noite e 65,0% refere ingerir entre 1000 a 2000 mL de líquidos diários. A maioria dos pacientes entrevistados não tem o hábito de realizar exercícios físicos (85,0%), 75,0% possuem restrição alimentar e 34,2% fazem uso de medicações anti-hipertensivas. Quanto à ansiedade 55,0% dos idosos referiram ser ansiosos. A maioria (50,0%) referiu ter sofrido quedas, sendo que 30,0% relatam que as sofreram entre três e quatro vezes. Dos idosos entrevistados, 20,0% sofreram fraturas, destes 50,0% no colo do fêmur, 25,0% dos idosos tiveram AVC e 20,0% apresentam hemiplegia direita e esquerda. As dores foram freqüentes nos relatos dos pacientes (95,0%), sendo as maiores queixas de dores nos membros inferiores (40,0%) e na coluna (36,7%). O estudo constatou que 75,0% dos idosos não tinham conhecimento sobre suas patologias ou conheciam-nas parcialmente, e, 40,0% dos pacientes apresentavam entre 2 e 3 doenças de base. Entre as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Mobilidade Física Prejudicada da NANDA<sup>5</sup> dos idosos observou-se que 22,2% tiveram movimentos

### Trabalho 12 - 3/5

Identificados, 20,6% tiveram mudanças na marcha, 17,4% apresentaram tremor induzido pelo movimento, e, 15,9% instabilidade postural. Em relação às atividades de vida diárias dos idosos, nota-se que alguns conseguem realizar sozinhos, com algum auxílio, que apresentam dependência ou que não realizam. Alguns idosos apresentaram total dependência para realizar as atividades de banhar-se (10,0%), realizar higiene íntima (10,0%), levantar-se do leito (10,0%), usar o vaso sanitário (10,0%), calçar-se (10,0%) e para transferir-se da cama/cadeira/cama (10,0%), sendo que 2 idosos (10,0%) não deambulam e 5 idosos (25,0%) conseguem deambular parcialmente. Em 35,0% dos idosos foi identificado déficit no autocuidado universal manutenção suficiente do aporte de ar, uma vez que apresentaram como desvios de saúde: enchimento ungueal maior que três segundos (25,0%) e ruídos adventícios (sibilos) (10,0%). Foi identificado déficit no autocuidado universal manutenção suficiente do aporte de água, relacionado à baixa ingestão de líquidos, pele e mucosas ressecadas, edema e pressão arterial elevadas. Estes desvios de saúde forneceram bases para a construção dos diagnósticos de enfermagem Constipação (60,0%), Integridade tissular prejudicada (10,0%), Volume de líquidos deficientes (50,0%) e Volume excessivo de líquidos (50,0%). Em 85,0% dos idosos foi identificado déficit no autocuidado universal manutenção suficiente do aporte de alimentos relacionado à IMC e RCQ acima dos valores normais e dificuldade para deglutir alimento. Também foi identificado déficit no autocuidado universal provisão de cuidados associados a eliminações e excrementos (80,0%), onde os idosos apresentaram retenção urinária, noctúria e poliúria, incontinência urinária e diarreia. Foi identificado déficit no autocuidado universal manutenção do equilíbrio entre atividade física e repouso relacionado à dispnéia aos esforços (10,0%), impossibilidade de realizar atividades cotidianas (25,0%), uso de órteses (15,0%), cadeiras de rodas (10,0%), diminuição do equilíbrio ao deambular (40,0%), hemiplegia (25,0%) e dificuldade para mudar de decúbito no leito (25,0%). Em 35,0% dos idosos foi identificado déficit no autocuidado universal manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social onde os idosos apresentaram como desvios de saúde motivação e perspectivas de vida baixa, um problema enfrentado pela população idosa uma vez que estes passam a sentir-se incomodados ao se verem dependentes dos familiares para algum cuidado que pode ser agravado quando associados às patologias acarretando o isolamento social. Em relação ao requisito de autocuidado universal prevenção dos perigos de vida e promoção do

### Trabalho 12 - 4/5

funcionamento e bem estar humano, foram identificados o maior número de déficits sendo eles: conhecimento deficiente relacionado à restrição alimentar e à suas patologias (95,0%), zumbido (50,0%), dieta inadequada, (85,0%), falta de controle da pressão arterial (90,0%), e não realizar exercícios físicos regulares (85,0%), uso de medicamentos (100,0%) e mobilidade física prejudicada (100,0%), ansiedade (55,0%), dentes sujos e estragados (90,0%), uso de órteses (55,0%). Com relação ao requisito de autocuidado de desenvolvimento foi identificada desidratação da derme (80,0%), uso de órtese (70,0%) e catarata (40,0%), zumbido (50,0%) e hipoacusia (30,0%), consequência do processo natural de envelhecimento onde há diminuição da acuidade visual e auditiva. Foi identificado também sons B3 (25,0%), e bulhas hipofonéticas (40,0%). Evidenciou-se ainda dificuldade para dormir (15,0%), e alterações no padrão do sono normal (15,0%), comum à pessoa idosa uma vez que estes sofrem mudanças no padrão do sono por permanecerem em estágios mais leves. **CONCLUSÃO:** É relevante identificar os requisitos de autocuidado dos idosos que apresentam mobilidade física prejudicada, uma vez que oferece base para a execução do processo de enfermagem, e, que trará aos profissionais enfermeiros maior conhecimento frente ao atendimento prestado na tentativa de promover a reintegração do idoso às suas atividades cotidianas, com a máxima independência, autonomia e a melhor qualidade de vida possível, atuando ativamente no processo de reabilitação e prevenção dos fatores de risco. Assim trabalhar os déficits de autocuidado nos idosos com mobilidade física prejudicada permite o planejamento de ações específicas e individualizadas a cada necessidade que o idoso apresente. Cabe ao profissional enfermeiro atuar diretamente no processo de reabilitação do idoso, afim de reinserí-lo ao seu meio social e estimular sua máxima autonomia e independência proporcionando a este uma melhor qualidade de vida.

#### REFERENCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Neves LF, Chen SR. Atenção à saúde do idoso com deficiência. Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo, 2002.

Disponível

em:

**Trabalho 12 - 5/5**

[http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/deficiencia/0010/Saude\\_idos\\_o\\_com\\_deficiencia.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/deficiencia/0010/Saude_idos_o_com_deficiencia.pdf)

3. Araujo LA, BachionMM. Diagnósticos de Enfermagem do Padrão Mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm 2005;39(1):53-61.

4. Orem DE. Modelo de Orem – Conceptos de enfermería em la práctica. Trad. Maria T. L. Rodrigo. Barcelona: Masson Itália; 1993.

5. NANDA. (Org.) Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed; 2008.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diagnóstico de enfermagem. Mobilidade Física Prejudicada. Requisitos de autocuidado.

**ÁREA TEMÁTICA:** 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

Trabalho 13 - 1/5

**O EXAME FÍSICO: MÉTODOS DE ENSINO E ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM**

**SILVA, C. C. D<sup>1</sup>**

LEITE, M. A. R.<sup>2</sup>

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Desde a década de 70, com Wanda de Aguiar Horta, a enfermagem busca qualidade e cientificidade <sup>1</sup> Nesse contexto a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) surge como um processo que revoluciona o cuidado e desafia os profissionais da enfermagem a adotar ações embasadas em princípios científicos. Alguns autores entendem o exame físico como um componente do processo de enfermagem primordial para operacionalização da SAE. Sendo assim, estabelecer o diagnóstico e elaborar a prescrição e a evolução pertinentes com as necessidades dos indivíduos é possível somente se o enfermeiro dominar as questões teórico-práticas do exame físico.<sup>2</sup>

**OBJETIVOS:** identificar metodologias de ensino do exame físico; listar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros e acadêmicos na realização dessa técnica; e descrever estratégias que favoreçam a qualidade do ensino do exame físico. **METODOLOGIA:** O estudo está inserido no campo gestão em saúde e teve como área saúde/ enfermagem. A busca foi realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de artigos publicados em português no período de 1995 a 2009. Através do método por palavras o descritor “exame físico” foi empregado na busca bibliográfica sendo encontrados 1802 artigos na base de dados LILACS; 13505 na MEDLINE; 339 na SCIELO e 99 na BDENF. Após refinamento com a palavra “enfermagem” foram encontrados 94 artigos na base de dados LILACS; 1037 na MEDLINE; 28 na SCIELO e 85 na BDENF. A

<sup>1</sup> RELATOR: Enfermeira. Pós graduanda em Trauma, Emergências e Terapia Intensiva para enfermeiros da FCMMG e Reanimação – Educação em Emergências. Professora Docente da Pontifícia Universidade Católica de Minas Coração Eucarístico e enfermeira intensivista do Hospital Risoleta Tolentino Neves. E-mail: [cynthiaenf@yahoo.com.br](mailto:cynthiaenf@yahoo.com.br).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela EEUFMG. Doutoranda em Ciências da Saúde pela FMUFMG. Coordenadora do Curso de Trauma, Emergências e Terapia Intensiva para enfermeiros da FCMMG e Reanimação – Educação em Emergências. Professora Assistente III do Departamento de Enfermagem da PUC Minas.

### Trabalho 13 - 2/5

partir da leitura dos títulos e resumos desses artigos foram selecionados sete artigos da base LILACS, seis da MEDLINE, três da SCIELO e nove da BDNF que atendem aos critérios de publicação a partir de 1994 e que abordam questões relacionadas ao ensino exame físico específico dos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem. Também foram incluídos um artigo (busca retrógrada) e dois livros da literatura básica do tema para complementar a bibliografia desse estudo. Um total de dez artigos e dois livros constituiu o embasamento científico desta pesquisa. O estudo foi organizado nas seguintes partes: Sistematização da assistência e exame físico; Metodologias de ensino; Dificuldades na realização do exame físico; Estratégias favorecem o ensino do exame físico. **RESULTADOS: Sistematização da Assistência e exame físico** A SAE se concretiza através do Processo de Enfermagem (PE) que consiste no levantamento de dados e estratégias dinâmicas que farão parte da assistência a ser prestada ao ser humano<sup>3</sup>. Na coleta de dados, primeira fase do PE, as informações coletadas revelam as respostas do cliente frente a seus problemas de saúde. Dentre o universo de dados a serem colhidos, estão aqueles provenientes do exame físico que, por sua vez, tem sido objeto de várias pesquisas, configurando um desafio para o ensino de enfermagem, o que denota importância desta ferramenta de avaliação no processo de aprendizagem da equipe de enfermagem<sup>3</sup>. A lacuna no exame físico, de acordo com compromete o levantamento de diagnósticos de enfermagem impossibilitando a execução das etapas seguintes do PE, pois os dados obtidos a partir do exame físico são subsídios para o planejamento da assistência de acordo com as necessidades e anormalidades encontradas. O exame físico, foco desse estudo, além de ser importante para complementar a observação, é imprescindível para elaboração de diagnósticos de enfermagem é uma das responsabilidades legais do enfermeiro. A realização do exame físico de enfermagem “faz parte das funções e responsabilidades do enfermeiro, pois o exame físico é um dos requisitos fundamentais para a consulta e prescrição de enfermagem, as quais estão determinadas legalmente como suas atividades privativas”. Sendo técnica privativa do enfermeiro e fundamental para a qualificação da assistência de enfermagem precisa ser refletida, o exame físico deve ser incorporado à prática de enfermagem, como primeiro passo de uma assistência sistematizada. Da elaboração clínica apurada são executados planejamentos condizentes com as necessidades dos indivíduos e intervenções de qualidade que otimizam seu estado de saúde. Por isso a

### Trabalho 13 - 3/5

preocupação com maior eficiência e eficácia na avaliação clínica, como também na determinação das intervenções de enfermagem, vem aumentando gradativamente na população de enfermeiros assistenciais e docentes<sup>4</sup> **Metodologias de ensino:** Pedagogia da Problematização foi avaliada para o ensino do exame físico pulmonar. O docente ao empregar a Pedagogia da Problematização assume o papel de conduzir a aprendizagem. A construção do roteiro de aula com a participação dos alunos não só auxilia o docente na determinação dos temas a serem enfatizados como também garante maior interesse, participação e auto-responsabilidade por parte do aluno. Essa metodologia corresponde aos princípios de que o professor “facilita o desenvolvimento livre e espontâneo do indivíduo”, “organiza e coordena as situações de aprendizagem”, “estimula ao máximo a motivação dos alunos, despertando neles a busca pelo conhecimento” proporcionando um “ambiente favorável ao desenvolvimento do “eu” do aluno”<sup>4</sup>. Outro estudo, relata a experiência da construção de um software educativo sobre ausculta de sons respiratórios como elemento inovador de acessar e organizar informações a cerca da ausculta respiratória que pode ser utilizado como ferramenta para o professor. Nesse software foram adaptados recursos sonoros e gráficos para tornar a situação o mais próximo possível da realidade.<sup>5</sup> A construção do software comparado com a descrição dos sons respiratórios torna a aprendizagem relacionada à ausculta menos subjetiva pelo fato de disponibilizar recursos sonoros. **Dificuldades na realização do exame físico:** parte dos docentes das instituições pesquisadas não se sentem aptos para ensinar o exame físico; enfermeiros alegam sentir dificuldades com a fisiopatologia; acadêmicos desconhecem anatomia, fisiologia e apresentarem dificuldades para diferenciar os sons produzidos pelos pulmões. Das técnicas básicas para a realização do exame físico (inspeção, palpação, percussão e ausculta) os docentes do estudo de Patine, apresentam em ordem decrescente de dificuldades para realização da ausculta, palpação, percussão e inspeção<sup>3</sup> **Estratégias que favorecem o ensino do exame físico:** criação de uma disciplina específica para ensinar o exame físico com carga horária própria e fornecimento, pela graduação, de subsídios para os alunos executarem exame físico, "Reforçar o ensino de anatomia e fisiologia das disciplinas básicas". "Estratégias de ensino; correlação entre exame-intervenção e resultados..." "Que o ensino seja gradativo, abordado ao longo do curso com as especificações de cada área". "Efetiva incorporação desse conteúdo às disciplinas responsáveis pelo cuidar. Efetiva

### Trabalho 13 - 4/5

intervenção do enfermeiro no sentido de avaliar doentes ou seja, que ele se utilize, desenvolva e adéque tais conteúdos ao seu fazer". "Instituir formalmente o ensino e a prática do exame físico". "Promover seminários para docentes com objetivos de clarear uma série de dúvidas sobre onde podemos chegar e padronizar terminologias. além da conscientização do docente, é a vivência prática. A inserção do docente na prática garante experiência na identificação apurada de anormalidades através da realização frequente do exame físico a partir do contado com o paciente e segurança para ministrar o ensino. **Considerações finais:** Independente do método escolhido para organizar a assistência de enfermagem, o exame físico, técnica que nos aproxima do paciente (o foco de nossas ações) sempre causará impacto direto na avaliação e na qualidade do processo de enfermagem. O modo como a teoria e a prática têm sido ministradas na graduação aliado com a detecção das dificuldades dos docentes é o ponto de partida para alcançarmos inovações didáticas que favoreçam a aprendizagem do exame físico. O docente deve não só interagir os conhecimentos prévios do aprendiz, como também envolver os alunos de maneira que eles se tornem responsáveis pela aprendizagem e participantes ativos das atividades propostas. Percebe-se como agravante o fato de os docentes apresentarem dificuldades para realização de técnicas básicas para a execução do exame físico já que eles são responsáveis também pelo ensino dos futuros enfermeiros. Por isso a educação continuada desses docentes através de cursos e eventos profissionalizantes e a inserção do docente na prática devem ser consideradas como estratégias primordiais. A intenção desse estudo não é encontrar metodologias eficientes para sanar todas as dificuldades relacionadas com a aprendizagem do exame físico de enfermagem e sim incentivar discussão e elaboração de trabalhos sobre o tema e subsidiar outras pesquisas que apontem soluções possíveis para as dificuldades encontradas pelos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem durante a execução do exame físico. **REFERÊNCIAS:** **1.** MATTOS, M. D. de; SANTOS, S. R. de O. Exame Físico – Uma proposta de Ensino para o curso de Especialização em centro de Terapia intensiva **Rev. Nursing**, São Paulo, v.1, n.7, p. 12-8, dez. 1998. **2.** ANGELO, D. de A D.; JULIANI, C. M. C. M.; BOCCHI, S. C. M Exame físico: Opiniões e percepções de alunos de graduação em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.48, n. 4, p. 341-348, out/dez. 1995. **3.** PATINE, F. S.; BARBOZA, D. B.; PINTO, M. H. Ensino do exame físico em uma escola de enfermagem **Arquiv. Ciên. Saúde** v.11, n. 2, p. 2-8,

**Trabalho 13 - 5/5**

abr/jun. **4.** SOUSA, V. D. de; BARROS, A L B L. de. O ensino do exame físico em escolas de graduação em enfermagem do município de São Paulo. **Rev. Enferm. Latino-Am.** Ribeirão Preto, v.6, n.3, p.11-22, jul 1998. **5.** MELO, F. N.e de P.; DAMASCENO, M. M. C. A construção de um software educativo sobre ausculta dos sons respiratórios. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n.4, p. 563-9, dez.2006.

**Descritores:** Cuidados centrados no paciente. Enfermagem. Ensino. Exame físico. Planejamento de assistência ao paciente.

**Trabalho 14 - 1/5**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ACOMETIDOS POR  
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

FARIAS, Lindalva Matos Ribeiro 1.  
FARIAS , Carlos Vaugrand de Sousa 2.  
FARIAS , Alyne Matos Napoleão 3.

**Introdução:** A doença vascular cerebral (DVC) é o distúrbio neurológico mais freqüente de adultos. Inclui qualquer processo patológico que envolva os vasos sanguíneos cerebrais. Causadas por trombose, embolia ou hemorragias tendo como resultado final a isquemia ou hipóxia de uma área local do cérebro. A mais relevante é o acidente vascular encefálico (AVE), um déficit neurológico que tem início súbito e dura mais de 24 horas . O AVE é uma das principais causas de morte morbimortalidade e deficiências na população brasileira, principalmente em pessoas acima de 40 anos. A hipertensão arterial (HA) é a mais freqüente doença cardiovascular e também o principal fator de risco para complicações como o AVE. Na década de 90 algumas estimativas já apontavam o AVE como responsável por pelo menos 10% das internações hospitalares. Mais grave do que a incidência anual e o índice de mortalidade, é também a grande probabilidade de um acidente vascular recidivo e cada recidiva constitui um alto risco de mortalidade ou incapacidade e dependência permanente. **Objetivo:** Realizar uma pesquisa bibliográfica para obter informações sobre a produção de conhecimentos referente à assistência de enfermagem ao paciente acometido por AVE. **Método:** Utilizou-se um estudo de revisão bibliográfica, baseada em informações obtidas em livros e artigos de revistas científicas, indexados nos banco de dados LILACS, MEDLINE. Foram utilizados textos publicados no período de 1990 a 2009, que retratam temas relacionado ao AVE. A busca pelas referências se deu por meio de acesso eletrônico aos periódicos on- line e busca manual em livros – texto consagrado na área de saúde relacionada ao foco da pesquisa. **Resultados:** AVE designa o déficit neurológico que pode ser transitório ou definitivo em uma área secundária a lesão vascular. Tipos: Acidente Vascular Isquêmico (AVEI) e Acidente Vascular Hemorrágico (AVEH). Ambos resultam de um comprometimento vascular. No AVEI, existe a ruptura do fluxo sanguíneo cerebral devido à obstrução de um vaso sanguíneo, podendo ser temporário (transitório) ou permanente. Resulta de trombose, embolismo ou problemas que causem baixas pressões de perfusão sistêmica, fatores causados pela HA, as

#### Trabalho 14 - 2/5

cardiopatias e o diabetes mellitus. No AVEH ocorre a hemorragia intracraniana ou subaracnóide decorrentes por aneurisma ou trauma. A hemorragia intracerebral é mais comum nos pacientes com hipertensão e aterosclerose cerebral. As manifestações clínicas podem apresentar uma ampla variedade de déficit neurológicos, dependendo da localização da lesão, das dimensões da área isquemiada, e do volume da circulação colateral. O cliente pode apresentar: dormência ou fraqueza principalmente de um lado do corpo, confusão ou alteração no estado mental, distúrbios visuais, afasia, dificuldade em caminhar, tonteira e cefaléia intensa súbita. Todos relacionados com a percepção, cognição, sensorial e a comunicação. O exame diagnóstico inicial no AVE é a tomografia computadorizada sem contraste, realizada em caráter de emergência, determina se o evento é isquêmico ou hemorrágico (o que determina o tratamento). O fundamental é confirmar a suspeita clínica, identificar o tipo de acidente e sua localização, estabelecerem a conduta. A prevenção primária é a melhor conduta, evidenciando os fatores de risco modificáveis. Muitos esforços de promoção da saúde envolvem encorajar um estilo de vida saudável prevenindo estes fatores de riscos. A HA vem sendo considerada como um fator de risco mais grave para o AVE, responsável por, pelo menos, metade dos casos, devido a alta prevalência da população. Em um AVE há uma zona central de tecido encefálico que fica irreversivelmente perdida. Ao redor desta zona morta, há uma área de tecido que pode ser salva. Este deve ser o foco de tratamento inicial. O controle da hipertensão e da pressão intracraniana é fundamental. Em relação ao AVEH, a abordagem terapêutica mais comumente empregada é o tratamento cirúrgico de hematomas intracranianas e a clipagem ou embolização de aneurismas cerebrais. O AVE é uma patologia que deixa ao paciente alguns déficits neurológicos importantes para interferir na manutenção da saúde e na qualidade de vida, por esse motivo torna-se fundamental o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para implementar medidas que promovam a qualidade de vida a pessoas acometidos por AVE. SAE é um método organizado de trabalho que proporciona uma estrutura lógica na qual a assistência de Enfermagem se fundamenta e tem por objetivo melhorar a qualidade do cuidado ao cliente, de modo que suas necessidades sejam trabalhadas de forma individualizada e integral tanto a nível preventivo quanto curativo. O processo de enfermagem, implica numa implementação de cuidados de enfermagem de modo que o trabalho seja executado dentro de um protocolo direcionado para todos os diagnósticos avaliados pelo Enfermeiro. Estudos relacionam para um paciente acometido por um AVE os principais diagnósticos e

#### Trabalho 14 - 3/5

prescrições de enfermagem: 1- Mobilidade física prejudicada relacionada com hemiparesia, perda de equilíbrio e coordenação, espasticidade e lesão cerebral- Melhorando a mobilidade e evitando as deformidades articulares. 2- Dor aguda (ombro dolorido) relacionado com a hemiplegia e desuso- posicionar e movimentar de forma adequado o ombro, utilizar os exercícios de amplitude de movimento previne o ombro doloroso. 3- Déficits de autocuidado (higiene, uso de instalações sanitárias, arrumação pessoal e alimentação) relacionados com as seqüelas - Estimulando o autocuidado. 4- Percepção sensorial comprometida relacionada com a recepção, transmissão e /ou integração sensorial alterada- Tratando as dificuldades sensório-perceptuais. 5- Deglutição prejudicada-tratando a disfagia. 6- Incontinência relacionada à bexiga flácida, instabilidade do detrusor, confusão ou incapacidade na comunicação- Atingindo o controle intestinal e vesical. 7-Processo de raciocínio comprometido relacionado com a lesão cerebral, confusão ou incapacidade para seguir as instruções- Melhorando os processos de raciocínio. 8- Comunicação verbal prejudicada relacionada com a lesão cerebral- Melhorando a comunicação. 9- Risco de integridade cutânea prejudicada relacionada com a hemiparesia/hemiplegia ou mobilidade diminuída. Mantendo a integridade da pele. 10- Processos familiares interrompidos relacionados com a doença catastrófica e sobrecarga de cuidados- Melhorando o enfrentamento familiar. 11- Disfunção sexual relacionada com déficits neurológicos ou medo de falha- Ajudando o paciente a lidar com a disfunção sexual. 12- Perfusão ineficaz do tecido cerebral relacionada com sangramento- Otimizando a perfusão tecidual cerebral. 13- Ansiedade relacionada com a doença e/ ou restrições impostas clinicamente impostas - Aliviando a ansiedade. **Considerações finais :** O AVE continua a ser um problema de saúde pública, responsável por uma grande parte de distúrbios neurológicos sendo mais incapacitante que fatal, acarretando grandes gastos com internações e também para Previdência Social frente a incapacidade e perda da produtividade. Neste estudo procurou destacar a importância de se identificar as complicações do AVE, para uma possível prevenção como também os principais cuidados relacionados a cada uma delas, considerando essencial para a manutenção da saúde e melhorando a qualidade de vida. Diante dessas complicações ocorrem mudanças no estilo de vida dos pacientes e dos familiares. Essas mudanças requerem ações individuais importantes e exigem conhecimento profissional incluindo as relações interpessoais e os avanços da ciência, para o desenvolvimento de atividade simples até mesmo as mais complexas. O paciente demanda cuidados de alta complexidade e exige dos profissionais embasamento técnico

#### Trabalho 14 - 4/5

científico para garantir a manutenção de sua saúde , visando também o processo de reabilitação. O estudo destacou a importância do conhecimento e da participação dos profissionais sobre o AVE em todos os seus aspectos, é relevante para o tratamento dos pacientes o trabalho de equipe multiprofissional, pois o paciente será assistido de uma forma completa reduzido assim suas complicações. Em relação ao profissional enfermeiro a aplicação de um processo de enfermagem visando um plano de assistência completo para um melhor prognóstico e reabilitação do paciente. Referências: 1- Smeltzer SC, Bare BG . Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 10.ed.v.4 Rio de Janeiro: Guanabara,2005. 2- Carpenito M, Lynda J. Diagnósticos de enfermagem:Aplicação à prática clínica.11. Ed. Porto Alegre: Artmed,2009.3- Radanovic M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. Arq. Neuro-Psiquiatr, São Paulo, v. 58, n. 1, [Internet]. 2000 Mar [citado 2001 jan 11]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 06 Mar. 2010. 4- Raffin CN. Revascularização clínica e intervencionista no acidente vascular cerebral isquêmico agudo opiniao nacional. Revista arquivo neuropsiquiatria, São Paulo, 64(2-A):342-348. [Internet]. 2006 Maio]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 20 Mar. 2010. 5- Bocchi s.C.M.; Angelo M. Interação cuidador familiar pessoa com AVC: autonomia compartilhada. Ciências e Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.729-738, 2005.; Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 20 Mar. 2010.

Descritores: assistência de enfermagem, acidente vascular encefálico, diagnóstico de enfermagem.

#### ÁREA TEMÁTICA

Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

1- Enfermeira – Mestre em Gerontologia – Especialista em Educação – especialista em paciente crítico- Docente dos Cursos de Graduação e pós graduação em Enfermagem. Universidade Anhanguera S/A. Águas Claras- Enfermeira da Secretaria do Estado de Saúde do DF- SES - DF- Brasília-DF –[lindalva\\_farias@yahoo.com.br](mailto:lindalva_farias@yahoo.com.br).

2- Enfermeiro – Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Docente dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Universidade Anhanguera S/A. Águas Claras - Brasília-DF – [vaugrand@yahoo.com.br](mailto:vaugrand@yahoo.com.br).

3- Enfermeira – Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Docente dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Universidade Anhanguera S/A. Águas Claras - Brasília-DF – [enyla13@gmail.com](mailto:enyla13@gmail.com)

Trabalho 14 - 5/5

**Trabalho 15 - 1/5****PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO A UM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Ludmila Lima e Costa<sup>i</sup>

Kalyane Kelly Duarte de Oliveira<sup>ii</sup>

Maria Goreti de Lima<sup>iii</sup>

**INTRODUÇÃO:** É um estudo descritivo que trata de um relato de experiência sobre o atendimento a um paciente com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). Apresenta uma análise da história clínica do usuário, obtida por meio das anotações do prontuário e em situação da prática de estágio assistencial desenvolvido em um hospital público na cidade de Mossoró, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande Norte, em outubro de 2009, numa unidade de clínica médica - elaborado pela supervisora da disciplina Enfermagem Clínica da Universidade Potiguar. Esse delineamento objetivou promover uma assistência de qualidade, sistematizada e humanizada, além de ser uma forma de aumentar os conhecimentos sobre a fisiopatologia e as manifestações clínicas e tratamento da patologia em questão. A insuficiência cardíaca congestiva, também chamada de insuficiência ventricular esquerda ou simplesmente insuficiência cardíaca, acontece quando o coração enfraquece e falha ao bombear o sangue corretamente. Como consequência, o envio de sangue para os tecidos do corpo diminui, enfraquecendo a oferta de oxigênio nos tecidos. Com a circulação deficiente, os rins falham na sua função de remover o excesso de água, de sal e de impurezas do sangue. Além disso, os rins, devido ao baixo fluxo sanguíneo, retêm ainda mais o sal e a água possibilitando aumentar o volume de sangue. Esse volume elevado de sangue dá mais trabalho ao coração, que já se encontra sobrecarregado,

---

<sup>i</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Potiguar - RN.

e-mail: [ludmila\\_lc@hotmail.com](mailto:ludmila_lc@hotmail.com)

<sup>ii</sup> Professora de Enfermagem. Universidade Potiguar - RN.

e-mail: [ludmila\\_lc@hotmail.com](mailto:ludmila_lc@hotmail.com)

<sup>iii</sup> Enfermeira. SES/DF – Mestre em Ciências da Saúde- Universidade de Brasília.

e-mail: [mglima2@yahoo.com.br](mailto:mglima2@yahoo.com.br)

### Trabalho 15 - 2/5

podendo aumentar o seu tamanho e bater mais rápido para tentar satisfazer as necessidades do corpo em buscar um sangue suficientemente rico em oxigênio. Nesses casos, as veias incham com o líquido, e o equilíbrio das pressões entre os líquidos de dentro e de fora das veias se alteram o que faz o líquido, que normalmente está na corrente sanguínea, vazar para o tecido vizinho<sup>(1)</sup>. Esse vazamento, a redução do fluxo sanguíneo contínuo e o fluxo reverso de sangue são os principais fatores responsáveis pelo edema pulmonar (acúmulo de líquido nos pulmões) e pelo inchaço do abdome e das pernas que geralmente acompanha essa doença. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a ICC é considerada atualmente um grande problema de Saúde Pública, visto que a prevalência dessa doença ocorre de forma significativa nas últimas cinco décadas. E, ainda hoje, existe uma expectativa de que a mortalidade pode aumentar 50% em apenas cinco anos. Segundo os dados do Sistema Único de Saúde, por exemplo, tivemos cerca de 398 mil internações por ICC no ano de 2000 com 26 mil mortes<sup>(2)</sup>. **OBJETIVOS:** O presente estudo de caso tem como objetivo relatar a ação do profissional de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem na assistência a um paciente com insuficiência cardíaca congestiva (ICC). **METODOLOGIA:** Nesta proposta, o processo foi assim dividido: *histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição e evolução de enfermagem*. Por meio do histórico de enfermagem, foi feito o diagnóstico de enfermagem, dentre esses, foi diagnosticado o aumento de líquidos caracterizado por edema em membros inferiores; perfusão tissular alterada caracterizada por cianose de extremidades; intolerância à atividade caracterizada por fraqueza e tontura; fadiga evidenciada por queixa de cansaço ao deambular; padrão de sono perturbado caracterizado por queixa de insônia; débito cardíaco diminuído evidenciado por edema e ganho de peso e retenção urinária caracterizada por distensão vesical. O plano assistencial foi traçado a partir da avaliação do caso, do diagnóstico de enfermagem e considerando a intervenção de cada um, de modo, a tratar deste usuário com total segurança. Após os exames necessários para avaliar a evolução da doença. foram realizados para o tratamento as medicações, as atividades físicas, orientações sobre cada cuidado prestado conforme o diagnóstico de enfermagem, bem como orientação relativa a nutrição adequada e educação em saúde a serem desenvolvidos em um tempo determinado para que o paciente pudesse alcançar os resultados esperados e desejados. A prescrição de enfermagem, a qual implementa o plano assistencial diário, foi elaborada de acordo com a evolução diária do paciente, norteando a equipe de enfermagem na execução dos cuidados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do usuário. Para tanto, utilizou uma linguagem própria para descrever os problemas que a enfermagem tem

### Trabalho 15 - 3/5

competência para resolver, desenvolver, facilitando a sistematização do cuidado integral a ser prestado, o que tornou possível objetivar as habilidades de conduta referentes à da enfermagem com relação ao tratamento e os cuidados diários desenvolvidos para que permitissem uma melhor adaptação ao quadro patológico apresentado. Objetivava garantir ao usuário a ausência de complicações frequentes, próprias da ICC, proporcionando-lhe mudanças positivas na sua rotina, bem como melhor adaptação ao seu novo estilo de vida. A evolução de enfermagem foi realizada por meio de uma investigação diária que acompanhou o processo de recuperação de saúde do usuário em questão até a sua alta hospitalar. **RESULTADOS E CONCLUSÃO:** A aplicação do processo realizado pela equipe de enfermagem pautou o seu diagnóstico em conformidade com a definição da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>(3)</sup>, considerando-a enquanto modalidade adequada e eficaz para proporcionar uma assistência de enfermagem que possibilita subsidiar um tratamento considerando as intervenções de enfermagem como um aporte significativo para garantir ao usuário um atendimento de forma segura e humanizado. Segundo HORTA<sup>(4)</sup>, a atenção da enfermagem por meio de um cuidado centrado no seu diagnóstico, além do diagnóstico do médico, revelou-se como um instrumento que contribui para uniformização da linguagem entre os enfermeiros. Visto que direciona a assistência de enfermagem por meio de uma metodologia bem definida demonstrando que a equipe poderá intervir com maior capacidade e assim contribuindo para que a evolução do tratamento atenda as necessidades do usuário com segurança garantindo-lhe sua alta hospitalar mais imediata. Reforça-se que ao final do estudo foi constatado uma ótima evolução na recuperação do usuário por meio da assistência de enfermagem implementada. Ao concluirmos esse estudo, foi possível afirmar que a prática da SAE no tratamento de um usuário com ICC nos possibilitou conhecer uma metodologia que permite ir além do conhecimento teórico. Ou seja, conhecer a SAE enquanto prática do cuidar e como organização do trabalho foi fundamental para compreender a necessidade de uma prática profissional de enfermagem que integre processos reflexivos sobre teorias e práticas. Foi importante também observar a sua aplicabilidade como parte do serviço ofertado nesse caso aqui explicitado como objeto da pesquisa, o usuário portador de cardiopatia hospitalizado para tratamento clínico no Serviço Único de Saúde (SUS), e constatar como a utilização desse instrumento foi importante para sua recuperação, compreensão da patologia, dos cuidados a serem desenvolvidas no cotidiano social, a importância do envolvimento da família no acompanhamento do tratamento, e principalmente para sua alta hospitalar. Por fim, este estudo também apontou a necessidade de maior preparo dos

**Trabalho 15 - 4/5**

profissionais de enfermagem e de maior quantitativo de recursos humanos para desenvolver esse cuidado.

**Palavras Chaves:** Assistência de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Insuficiência Cardíaca Congestiva.

**Trabalho 15 - 5/5**

**Referências**

- 1- Zimmerman LI, Liberman A. Tratamento das arritmias ventriculares em pacientes com insuficiência cardíaca. REBLAMPA Rev. bras. latinoam. marcapasso arritmia 2000; 13(4):219-224.
- 2- Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS [homepage na Internet]. Brasília: DATASUS; [Acesso em 2009 novembro 10]. Disponível em:  
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>
- 3- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre : Artmed; 2008.
- 4- Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo : Editora Pedagógica Universitária; 1979.

Trabalho 16 - 1/5

**NECESSIDADE DE SEGURANÇA E MEIO AMBIENTE:  
DESCRIÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM  
PESSOAS COM HIV/AIDS EM UTI**

Sonciarai Martins Baldin<sup>1</sup>  
Maria Bettina Camargo Bub  
Juliane da Rosa Scheid

Introdução: vivenciamos trinta anos de epidemia por infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, desde a descoberta do primeiro caso de Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) no Brasil, em 1982<sup>(1)</sup>. A Aids é uma doença infecciosa causada por um retrovírus, o HIV, caracterizada pelo comprometimento do sistema imunológico e de outros órgãos, com o aparecimento de múltiplos agentes oportunistas e de neoplasias. As manifestações clínicas conseqüentes a infecção pelo HIV podem variar desde a forma assintomática a um conjunto de sinais e sintomas que caracterizarão a aids, estágio que a pessoa passa a apresentar mínimas condições de defesa orgânica. Ainda sem controle e possibilidade de cura, a epidemia de Aids tornou-se um problema de saúde pública no país e no mundo. Hoje são 33,4 milhões de infectados vivendo com o vírus do HIV e por ano 2 milhões de pessoas morrem em decorrência da doença<sup>(2)</sup>. A distribuição gratuita das terapias anti-retrovirais combinadas (que atuam diretamente sobre os mecanismos de multiplicação do HIV) desde o ano de 1996, o melhor controle dos efeitos colaterais e assim maior adesão ao tratamento vêm aumentando a sobrevida das pessoas infectadas, conferindo *status* de doença crônica à Aids. Contudo a doença tem graves implicações clínicas, sociais e psíquicas para a pessoa que a vivencia, o que torna o cuidado deste grupo de pessoas objeto de estudo de enfermeiros, enfermeiras e dos profissionais das áreas afins. Em uma breve busca na produção científica em bases de dados nacionais e internacionais, constatamos que pouco se produz sobre o cuidado de enfermagem as pessoas com HIV/Aids na UTI de modo sistematizado, ou seja, aplicando um modelo de cuidado com bases teórico-filosóficas. Desde o ano de 1986, quando foi regulamentada a lei do exercício profissional da enfermagem, nº 7.498 de junho de 1986, que existe uma base para

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista CNPq. Membro do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde - NEFIS. Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 940, apto 131, Vila Olímpia, São Paulo/SP. CEP 04547-003. E-mail: sonciarai@hotmail.com

### Trabalho 16 - 2/5

sustentar e apoiar as ações de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem no país como um todo. Em 2009, houve um avanço neste sentido, quando foi publicada a Resolução do COFEN nº 358/2009 que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e em especial sobre a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado de enfermagem, considerando a SAE e o processo de enfermagem atividades privativas do enfermeiro, enfermeira <sup>(3)</sup>. O estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem é uma das etapas do processo de enfermagem, segue o levantamento e coleta de dados. O diagnóstico de enfermagem figura como o início da tomada de decisões frente às necessidades humanas afetadas, assim, dentro do processo, a partir dos diagnósticos identificados, existe a organização e elegibilidade das intervenções de cuidado de enfermagem necessárias às pessoas de acordo com suas condições de saúde naquele momento <sup>(3)</sup>. As pessoas infectadas pelo HIV possuem uma fragilidade no sistema imune e estão claramente expostas ao risco de infecções. Particularizando este fato àquelas que estão internadas em UTI, este quadro ganha agravantes, uma vez que consiste num meio onde, com frequência, diversos procedimentos invasivos acontecem, há a presença constante de dispositivos invasivos instalados, existe a mobilidade física prejudicada pela restrição ao leito, além de outras situações que propiciam o aumento da exposição a riscos que prejudicam a integridade psicobiológica neste grupo de pessoas. Cabe assim, conhecermos o perfil destas pessoas para que se possam eleger ações de enfermagem individualizadas, estabelecendo bases para protocolos de atendimento específicos. Assim o objetivo desta pesquisa foi descrever os diagnósticos de enfermagem da necessidade de segurança e meio ambiente, da classificação diagnóstica da NANDA, nas pessoas com HIV/Aids na UTI. Metodologia: pesquisa quantitativa, do tipo observacional e descritiva. Foi realizada na UTI do Hospital Nereu Ramos, de setembro a dezembro de 2009. A seleção dos sujeitos foi realizada por amostragem não probabilística, sendo feito um corte no tempo de quatro meses e todos os pacientes com HIV/Aids internados na UTI eram sujeitos de pesquisa, se concordassem e estivessem dentro dos critérios de seleção estabelecidos. Os critérios de inclusão utilizados foram: adultos, com diagnóstico confirmado de HIV/Aids. O projeto foi aprovado no comitê de ética em pesquisa com seres humanos da UFSC e todos os participantes foram esclarecidos sobre o termo de consentimento

**Trabalho 16 - 3/5**

livre e esclarecido e depois o assinavam. A coleta de dados foi realizada através de instrumento estruturado construído pela pesquisadora para o registro dos diagnósticos de enfermagem levantados e um instrumento de histórico de enfermagem baseado na Teoria das Necessidades Humanas de Wanda Horta para os dados da história da pessoa. Também era realizado exame físico, utilizados dados de exames laboratoriais e do prontuário. Na análise dos dados foi utilizada a frequência absoluta e relativa. Resultados: Foram levantadas as necessidades mais frequentes nestas pessoas e houve destaque para a necessidade de segurança e meio ambiente com 100% de ocorrência. As características definidoras de um diagnóstico de enfermagem constituem critérios clínicos que se agrupam como manifestações do diagnóstico. Os fatores relacionados são as condições que podem causar ou contribuir para o surgimento de um diagnóstico. A necessidade de segurança física e meio ambiente é a necessidade de manter um meio ambiente livre de agentes agressores a vida com o objetivo de preservar a integridade psicobiológica <sup>(4)</sup>. Nesta pesquisa destacamos dois diagnósticos de enfermagem mais frequentes dentro desta necessidade: Proteção alterada e Risco para infecção. O diagnóstico de Proteção alterada é definido como o estado em que a pessoa apresenta uma diminuição de sua capacidade para defender-se de ameaças externas ou internas, como doenças ou lesões <sup>(5)</sup>. Na pesquisa foi encontrado o diagnóstico de Proteção alterada relacionado com maior frequência a distúrbios imunológicos, anemia, tratamento com corticosteróides e trombocitopenia caracterizados, com maior frequência, pela imunidade alterada, imobilidade, fraqueza e alteração na coagulação. O Risco para infecção pode ser definido como o estado em que a pessoa está com o risco aumentado para ser invadido por microorganismos patogênicos <sup>(5)</sup>. O diagnóstico de Risco para infecção apareceu na pesquisa, com maior frequência, relacionado aos procedimentos invasivos, presença de dispositivos invasivos, imunossupressão, defesa inadequada e imunidade adquirida inadequada. Após análise das características definidoras, fatores relacionados e de risco mais frequentes nos diagnósticos apresentados, que ocorreram em todas as pessoas internadas na UTI, foi realizada a descrição dos mesmos. Como exemplo de descrição, de fator relacionado da Proteção alterada: anemia - “estado no qual há uma redução do número de hemácias circulantes, da quantidade de hemoglobina e/ou do volume de hemácias (hematócrito). Pode-se manifestar por diversos sintomas: palidez da pele e mucosas, síncope, vertigens,

#### Trabalho 16 - 4/5

taquicardia, distúrbios digestivos entre outros. No entanto, as manifestações clínicas em pessoas com infecção pelo HIV, podem ser mascaradas e/ou ampliadas por outras doenças concomitantes, apesar de não serem diferentes daquelas encontradas em quem não possui a infecção pelo vírus HIV/Aids. Pode ser causada por mecanismos usuais das doenças crônicas, efeitos diretos do vírus, sangramentos, infecções da medula por patógenos oportunistas, deficiências nutricionais, neoplasias ou efeitos colaterais de drogas, principalmente os anti-retrovirais. É identificada através de exame laboratorial de sangue. O tratamento da anemia em pessoas com HIV/Aids está relacionado as suas causas. Valores de concentração de hemoglobina no sangue inferior a 13g/dl no homem e 12g/dl na mulher; hematócrito < 36% nas mulheres e < 39% nos homens, caracterizam anemia”. A apresentação dos dados foi feita em um quadro e as descrições foram realizadas com base em busca na literatura. Conclusão: A descrição das características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem que ocorrem com maior frequência nas pessoas com HIV/Aids pretende contribuir para a melhoria da prática clínica e tecer esclarecimentos acerca do tema, além de vir a ser uma ferramenta para o ensino-aprendizagem. Sugere-se sedimentar as definições apresentadas com mais estudos na área favorecendo o entendimento da nomenclatura utilizada nos diagnósticos e realizar a descrição operacional das mesmas.

**Palavras-chave:** diagnóstico de enfermagem, HIV/Aids, UTI.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

#### Referências

1. Basilio-de-Oliveira CA. Introdução. In: ATLAIDS: Atlas de Patologia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. São Paulo: Atheneu; 2005. p 1-14.
2. UNAIDS. Aids Epidemic update: November 2009. Switzerland. [citado em: 25 novembro 2009]. Disponível em: [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
3. COFEN. 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. Resolução n. 348, de 15 de outubro de 2009. Brasília/DF. [citado em: 03 novembro 2009]. Disponível em: <http://www.cofensp.org.br/resoluções.html>

**Trabalho 16 - 5/5**

4. Benedet SA, Bub MBC. Manual de Diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2ª. ed. Florianópolis: Bernúncia; 2001.
5. NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Trabalho 17 - 1/6

**ANÁLISE DOS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM  
EM IDOSOS HOSPITALIZADOS SEGUNDO A TAXONOMIA II DA  
NANDA**

Amanda Manuella Dantas Nobre<sup>1</sup>  
Ály Caroliny Vicente Diniz<sup>2</sup>  
Iza Carla Dutra de Menezes<sup>3</sup>  
Izamara dos Santos Nogueira Martins<sup>4</sup>  
Natália Fonseca de Araújo<sup>5</sup>  
Rossana Lucena de Medeiros<sup>6</sup>

**INTRODUÇÃO:** O envelhecimento populacional vem se tornando um fenômeno global e, conseqüentemente, fonte de preocupação de profissionais e estudiosos de várias áreas de conhecimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que em 2025 o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de idosos. O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que podem determinar perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente<sup>1</sup>. As alterações funcionais, decorrentes do envelhecimento como a predisposição às doenças crônicas, dependência e quedas, constituem fatores de risco para hospitalização de idosos fragilizados. Isto reflete nos custos do sistema de saúde, uma vez que 16% da população idosa consome quase 30% dos gastos com internações hospitalares no Brasil, devido à longa permanência no leito<sup>2</sup>. Ressoando diretamente no setor saúde, pois será preciso maior suporte e auxílio orientado por profissionais especializados. Aqui, destaca-se o papel da Enfermagem como ciência comprometida com o cuidado do ser humano em todo o processo de viver e morrer, incluindo a velhice, e, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem se mostrado uma das principais ferramentas para o desempenho da prática assistencial especializada. A SAE é embasada nas seguintes fases: histórico de enfermagem, exame físico, Diagnóstico de Enfermagem (DE), prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e relatório de enfermagem. A etapa do Diagnóstico de Enfermagem (DE) tem sido objeto de investigação por

1 Enfermeira Especialista em Saúde da Família. Professora Substituta da Universidade Estadual da Paraíba. Residente a Rua Abel Costa, 35. Bodocongó. Campina Grande – PB. e-mail: [amandamanuella@hotmail.com](mailto:amandamanuella@hotmail.com)

2 Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela FCM-CG. e-mail: [alydiniz@hotmail.com](mailto:alydiniz@hotmail.com)

3 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [iza\\_dmenezes@hotmail.com](mailto:iza_dmenezes@hotmail.com)

4 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Alcides Carneiro. e-mail: [izamara\\_santos@hotmail.com](mailto:izamara_santos@hotmail.com)

5 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [tatally@hotmail.com](mailto:tatally@hotmail.com)

6 Enfermeira graduada pela Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [rossana\\_rlm@hotmail.com](mailto:rossana_rlm@hotmail.com)

### Trabalho 17 - 2/6

contribuir para a identificação dos problemas do cliente e posterior formulação das intervenções de enfermagem, facilitando a conduta de enfermagem e mantendo a assistência individualizada e holística. O conhecimento destes diagnósticos fornece subsídios para a implementação das intervenções de enfermagem adequadas, identificando problemas e necessidades humanas básicas afetadas. Para afirmação da inferência diagnóstica, a Enfermagem dispõe de diferentes taxonomias, entre as mais conhecidas destaca-se a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association-NANDA. A definição oficial de DE aprovada pela NANDA é: um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde, processos vitais reais ou potenciais. Os DEs devem estar embasados na informação clínica obtida durante o histórico de enfermagem do paciente, proporcionando a base para seleção de intervenções de enfermagem visando ao alcance dos resultados esperados. Assim, os DEs são elementos fundamentais para a realização da SAE, pois a precisão e a relevância de toda a prescrição de cuidados dependem de sua capacidade de identificar, de forma clara e específica, tanto os problemas quanto suas causas. **OBJETIVOS:** Frente ao exposto, delimitamos como objetivo de estudo identificar e analisar os Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes no cliente idoso internado visto a necessidade de uma uniformização da SAE para facilitar, viabilizar e prestar de forma mais adequada o cuidado ao cliente idoso, a partir da Taxonomia II da NANDA. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo bibliográfico realizado nas bases de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE. Critérios adotados: artigo científico sobre o tema identificado através dos descritores Idoso, Enfermagem e Diagnóstico de enfermagem, indexado nas referidas bases e publicados no período de 2005 a 2009. A coleta de dados foi realizada no período de maio a junho de 2010. Após a análise, somente oito estudos faziam referência ao tema, os quais foram estudados criteriosamente para atender aos objetivos propostos. **RESULTADOS:** o diagnóstico de enfermagem mais prevalente nas literaturas foi Risco de integridade da pele prejudicada. O elevado número de pacientes identificados com esse diagnóstico se deve ao fato dos idosos apresentarem alterações decorrentes do próprio envelhecimento

1 Enfermeira Especialista em Saúde da Família. Professora Substituta da Universidade Estadual da Paraíba. Residente a Rua Abel Costa, 35. Bodocongó. Campina Grande – PB. e-mail: [amandamanuella@hotmail.com](mailto:amandamanuella@hotmail.com)

2 Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela FCM-CG. e-mail: [alydiniz@hotmail.com](mailto:alydiniz@hotmail.com)

3 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [iza\\_dmenezes@hotmail.com](mailto:iza_dmenezes@hotmail.com)

4 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Alcides Carneiro. e-mail: [izamara\\_santos@hotmail.com](mailto:izamara_santos@hotmail.com)

5 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [tatally@hotmail.com](mailto:tatally@hotmail.com)

6 Enfermeira graduada pela Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [rossana\\_rlm@hotmail.com](mailto:rossana_rlm@hotmail.com)

### Trabalho 17 - 3/6

como: ressecamento da pele, diminuição das fibras elásticas e do tecido adiposo subcutâneo, e enrijecimento do colágeno. A importância da identificação desse DE e as intervenções para evitá-lo é evidenciada pela taxa de prevalência de úlceras de pressão, que são consideradas um indicador do cuidado à saúde nos hospitais. Em seguida, apresenta-se o diagnóstico Risco para infecção definido pela NANDA como estado no qual um indivíduo corre um risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos. As alterações fisiológicas do envelhecimento, principalmente no sistema imunológico, e o retardamento no processo de cicatrização tecidual foram características que fundamentaram esse diagnóstico. A hospitalização expõe o idoso a procedimentos invasivos, como sondagens e venopunções, isto é, o risco de adquirir infecções é muito grande. O terceiro diagnóstico mais encontrado foi Mobilidade física prejudicada, definido como uma limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades caracterizado por instabilidade postural durante a execução de atividades da vida diária e amplitude limitada de movimento, relacionado à medicações, prejuízos sensorio-perceptivos, neuromusculares e músculo-esqueléticos, prejuízo cognitivo, nutricional, enrijecimento das articulações ou contraturas, perda da integridade de estruturas ósseas e presença de doenças crônicas degenerativas ou agudas. Conseqüente, o DE Déficit no autocuidado esteve presente na maioria das pesquisas estudadas, definido como uma incapacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação, de banho/higiene por si mesmo, de vestir-se e arrumar-se, usar o vaso sanitário e usar instrumentos. O DE Risco de quedas também foi bastante indicado. A queda constitui a principal causa de trauma nos idosos e freqüentemente ameaça a saúde e a qualidade de vida<sup>3</sup>. Consecutivo, foi encontrado o DE Nutrição alterada, cuja definição é o estado no qual um indivíduo não ingere nutrientes o suficiente para satisfazer as necessidades metabólicas, as características marcantes no idoso são: fraqueza dos músculos necessários; evidência de falta ou de ingestão inadequada de comida; perda de peso com ingestão adequada de comida e relato de sensação de sabor alterado. O órgão que mais denuncia os sinais de envelhecimento é a pele: a perda do tecido de sustentação; gordura subcutânea;

1 Enfermeira Especialista em Saúde da Família. Professora Substituta da Universidade Estadual da Paraíba. Residente a Rua Abel Costa, 35. Bodocongó. Campina Grande – PB. e-mail: [amandamanuella@hotmail.com](mailto:amandamanuella@hotmail.com)

2 Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela FCM-CG. e-mail: [alydiniz@hotmail.com](mailto:alydiniz@hotmail.com)

3 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [iza\\_dmenezes@hotmail.com](mailto:iza_dmenezes@hotmail.com)

4 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Alcides Carneiro. e-mail: [izamara\\_santos@hotmail.com](mailto:izamara_santos@hotmail.com)

5 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [tatally@hotmail.com](mailto:tatally@hotmail.com)

6 Enfermeira graduada pela Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [rossana\\_rlm@hotmail.com](mailto:rossana_rlm@hotmail.com)

#### Trabalho 17 - 4/6

diminuição de pêlos e glândulas sudoríparas e sebáceas; fisiologicamente o idoso possui uma pele mais frágil<sup>4</sup>. De tal modo que, muitas publicações possuíam o DE Integridade da pele prejudicada, dada as alterações deste órgão aliadas aos fatores mobilidade física e nutrição. Na função gastrointestinal ressalta-se o diagnóstico de Constipação e o Risco para constipação, mais frequentes do que a diarreia, pela diminuída ingestão de fibras e líquidos, falta de atividade física, da diminuição do tônus da musculatura abdominal, da motilidade intestinal e do tônus do esfíncter anal. Observou-se também o DE Padrão de sono perturbado. Os distúrbios do sono ocorrem com maior frequência nas pessoas idosas, afetando a qualidade de sono à noite, levando à necessidade de repouso durante o dia. Após este os DEs Percepção sensorial perturbada, Memória Prejudicada e Processos do pensamento perturbados foram identificados. A cognição pode ser afetada por muitas variáveis, incluindo o comprometimento sensorial, saúde fisiológica, ambiente e influências psicossociais. Destaca-se também o Risco de solidão e Desesperança. Estudos descrevem que existe uma perda crescente de recursos físicos, mentais e sociais, podendo gerar sentimentos de desespero, desesperança e solidão. Foi evidenciado também o DE Dor crônica e aguda. Independente de sua natureza, padrão ou causa, a dor inadequadamente tratada apresenta efeitos lesivos, além do sofrimento que causa. A dor não avaliada pode resultar em depressão, incapacidade, distúrbios do sono, reabilitação tardia, desnutrição e disfunção cognitiva. Alguns diagnósticos foram encontrados em uma minoria nas bibliografias, aqueles atribuídos na alta hospitalar, como a categoria diagnóstica Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico e Disposição para nutrição melhorada. Autores observam que os idosos têm demonstrado maior preocupação com a qualidade de sua saúde. Ainda na alta hospitalar, o diagnóstico mais prevalente foi Controle ineficaz do regime terapêutico. Este é conceituado como padrão de regulação e integração na vida diária de um programa de tratamento de doenças e seqüelas insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde. É mencionado o déficit de conhecimento como justificativa para a ineficácia do controle do regime terapêutico, por possuírem baixa escolaridade e as dificuldades dos sujeitos e profissionais estabelecerem vínculos apropriados para superarem com bem-

1 Enfermeira Especialista em Saúde da Família. Professora Substituta da Universidade Estadual da Paraíba. Residente a Rua Abel Costa, 35. Bodocongó. Campina Grande – PB. e-mail: [amandamanuella@hotmail.com](mailto:amandamanuella@hotmail.com)

2 Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela FCM-CG. e-mail: [alydiniz@hotmail.com](mailto:alydiniz@hotmail.com)

3 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [iza\\_dmenezes@hotmail.com](mailto:iza_dmenezes@hotmail.com)

4 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Alcides Carneiro. e-mail: [izamara\\_santos@hotmail.com](mailto:izamara_santos@hotmail.com)

5 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [tatally@hotmail.com](mailto:tatally@hotmail.com)

6 Enfermeira graduada pela Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [rossana\\_rlm@hotmail.com](mailto:rossana_rlm@hotmail.com)

### Trabalho 17 - 5/6

estar a complexidade do regime terapêutico. **CONCLUSÃO:** Verificou-se que as alterações fisiológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento e as decorrências de doenças crônicas são possíveis fatores relacionados à grande parte dos DEs e o processo de hospitalização implica que os idosos concebem um grupo específico que exige do enfermeiro habilidades de avaliação gerontológica para o correto diagnóstico dos indivíduos<sup>5</sup>. Entende-se que, a partir desse estudo, a avaliação de enfermagem poderá ser qualificada e novos estudos poderão auxiliar para uma verificação mais acurada acerca dos DEs e os fatores relacionados para o delineamento da sistematização da assistência de enfermagem ao idoso. Assim, esse estudo trouxe valiosa contribuição ao meio acadêmico e assistencial, pois demonstrou a importância do conhecimento dos DEs mais prevalentes como forma de garantir uma assistência de qualidade, possibilitando a elaboração de intervenções de enfermagem para os idosos hospitalizados. Com a SAE, o binômio enfermeiro/ser humano idoso poderá estreitar-se, pois o idoso exige maior envolvimento do profissional e presença efetiva ao lado dele. Assim, o planejamento e a implementação de ações adequadas ao idoso, a partir do conhecimento de suas necessidades básicas afetadas, juntamente com a formulação dos DEs podem contribuir para a redução do tempo de internação, além de diminuir o número de reinternações hospitalares.

**Palavras-chave:** Idoso. Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

### Referências

1 Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcante ACD, Sá SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. Rev Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1):141-9.

1 Enfermeira Especialista em Saúde da Família. Professora Substituta da Universidade Estadual da Paraíba. Residente a Rua Abel Costa, 35. Bodocongó. Campina Grande – PB. e-mail: [amandamanuella@hotmail.com](mailto:amandamanuella@hotmail.com)

2 Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela FCM-CG. e-mail: [alydiniz@hotmail.com](mailto:alydiniz@hotmail.com)

3 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [iza\\_dmenezes@hotmail.com](mailto:iza_dmenezes@hotmail.com)

4 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Alcides Carneiro. e-mail: [izamara\\_santos@hotmail.com](mailto:izamara_santos@hotmail.com)

5 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [tatally@hotmail.com](mailto:tatally@hotmail.com)

6 Enfermeira graduada pela Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [rossana\\_rlm@hotmail.com](mailto:rossana_rlm@hotmail.com)

**Trabalho 17 - 6/6**

2 Santos WL, Nakatani AYK, Santana RF, Bachion MM. Diagnósticos de enfermagem identificados na alta hospitalar de idosos. *Cogitare Enferm* 2009 Abr/Jun; 14(2):304-10.

3 Coqueiro KRR, Mota P, Bertolucci R. Avaliação da mobilidade orientada pelo desempenho em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Rev Varia Scientia Artigos & Ensaios*, 2009; 7(14):45-53.

4 Sakano LM, Yoshitome AY. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. *Acta Paul Enferm*, 2007; 20(4):495-8.

5 Daniel NO, Gorreis TF, Creutzberg M, Santos BRL. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. *Rev Ciência & Saúde, Porto Alegre*, 2008 jul/dez, 1(2):57-63.

1 Enfermeira Especialista em Saúde da Família. Professora Substituta da Universidade Estadual da Paraíba. Residente a Rua Abel Costa, 35. Bodocongó. Campina Grande – PB. e-mail: [amandamanuella@hotmail.com](mailto:amandamanuella@hotmail.com)

2 Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela FCM-CG. e-mail: [alydiniz@hotmail.com](mailto:alydiniz@hotmail.com)

3 Graduada de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [iza\\_dmenezes@hotmail.com](mailto:iza_dmenezes@hotmail.com)

4 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Alcides Carneiro. e-mail: [izamara\\_santos@hotmail.com](mailto:izamara_santos@hotmail.com)

5 Graduada de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [tatally@hotmail.com](mailto:tatally@hotmail.com)

6 Enfermeira graduada pela Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [rossana\\_rlm@hotmail.com](mailto:rossana_rlm@hotmail.com)

Trabalho 18 - 1/3

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO  
SUBMETIDO A AUTOCATETERISMO VESICAL INTERMINENTE:  
UM ESTUDO DE CASO**

BITENCOURT, Grazielle Ribeiro<sup>1</sup>  
CARVALHO, Juliana Antunes de<sup>2</sup>  
LOPES, Elaine Cristina da Silva<sup>3</sup>

**(I) Introdução:** Com a mudança do perfil demográfico, o índice de idosos aumentou para 11,2 milhões tornando-se 6,10 % da população e em 2030 serão 28,9 milhões de idosos. <sup>1</sup> Esse novo panorama também trouxe a transformação no perfil epidemiológico com determinadas doenças oriundas das especificidades do processo de envelhecimento. Algumas dessas alterações podem acometer o trato urinário inferior. A força de contração da musculatura detrusora, a capacidade vesical e a habilidade de adiar a micção podem diminuir no homem e na mulher. Contrações involuntárias da musculatura vesical e o volume residual pós-miccional progridem com a idade em ambos os sexos. Além das alterações decorrentes da senilidade dos tecidos, doenças próprias do idoso também contribuem para o desenvolvimento de incontinência urinária. A hiperplasia prostática benigna, presente em aproximadamente 50% dos homens aos 50 anos de idade, em metade dos quais causa obstrução ao fluxo urinário e acarreta alterações significativas do trato urinário inferior, acarreta a instabilidade do músculo detrusor. Trata-se de uma patologia caracterizada pelo aumento do tamanho da próstata, responsável pela compressão uretral. <sup>2</sup> Com isso, há os sintomas urinários obstrutivos, como polaciúria hesitação, disúria, gotejamento pós-miccional, noctúria, diminuição do calibre e da força do jacto, interrupção do jacto urinário, incontinência de urgência e sensação de esvaziamento incompleto. Uma das terapia de alívio desses sintomas obstrutivos é o autocateterismo vesical. Com a cronicidade desta patologia e da conseqüentemente terapêutica associada, cabe a enfermagem esforços para a

---

<sup>1</sup>Enfermeira Especialista em Enfermagem Gerontológica formada pela EEAAC/UFF. Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/Souza Aguiar. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Universidade Federal Fluminense. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Gerontológica - NEPEG e do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense - GESAE-UFF E-mail: gra\_uff@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Relatora e autora principal. Enfermeira sócia da ABEn. Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/Souza Aguiar e Pós-Graduanda em Enfermagem do Trabalho pela Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ, Rio de Janeiro/BR. Tel. cel. (21) 82833193 E-mail: julianasantunes@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/ Souza Aguiar, Rio de Janeiro/BR. E-mail: nanerjhse@ibest.com.br

### Trabalho 18 - 2/3

continuidade da assistência e seguimento coerente do regime de tratamento proposto. A prevenção das complicações é de responsabilidade da enfermagem, na qual o cuidado físico assume grande relevância.<sup>3</sup> A higiene e o conforto físico, mudança de decúbito e a reeducação vesical são considerados focos da assistência na elaboração do plano de cuidados na prevenção de seqüelas ou no comprometimento da saúde no paciente com lesão medular. O autocateterismo vesical intermitente permite alguma distensão da bexiga, o que representa o estímulo fisiológico para a micção e emite impulsos apropriados para o núcleo espinhal de controle vesical, promovendo desta forma o retorno da atividade do músculo detrusor. Este procedimento propicia a drenagem periódica da urina a partir da bexiga. Ao promover a drenagem e eliminar a urina residual excessiva, o cateterismo intermitente protege os rins, reduz a incidência de infecções do trato urinário e melhora a incontinência. Além de promover a independência, o autocaterismo vesical resulta em menos complicações e melhora a auto-estima e a qualidade de vida.<sup>4</sup> Destarte, lidar com o paciente idoso portador de infecção do trato urinário inferior requer conhecimentos e cuidados específicos. Assim, propõe-se o estudo do objeto a elaboração de um plano assistencial ao paciente idoso na realização do autocateterismo vesical intermitente. Deste modo, pretende-se contribuir à prática de enfermagem especializada sobre o cuidado a essa clientela por meio da sistematização da assistência ao paciente em autocateterismo intermitente.

(II)**Objetivos:** Geral: elaborar um plano de cuidados ao paciente idoso portador de infecção do trato urinário inferior em autocateterismo intermitente. Específicos: listar os principais diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) 2009/2011 ao paciente em estudo; estabelecer as intervenções a partir dos diagnósticos determinados por meio do NIC (Nursing Intervention Classification); avaliar os resultados esperados após as intervenções estabelecidas, conforme o NOC (Nursing Outcomes Classification).

(III)**Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso realizado com paciente idoso de 69 anos, sexo masculino, internado num Hospital geral do município do Rio de Janeiro, no período de 11/01/2010 a 08/03/2010. Para tanto, utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada baseada em Carpenito e levantamento documental em prontuário. A análise precedeu segundo raciocínio clínico de Risner.

(IV)**Resultados:** Foram levantados os diagnósticos segundo NANDA, sendo os principais: Déficit no autocuidado para banho/higiene; Eliminação urinária

### Trabalho 18 - 3/3

prejudicada; Risco de infecção e Ansiedade. Em seguida, foi elaborado um plano de intervenções com base nas propostas do NIC, dentre as quais se destacam: explicar todo o procedimento, inclusive sensações que provavelmente o paciente terá durante e após o mesmo; oferecer assistência até que o paciente seja capaz de assumir totalmente o autocuidado; promover a drenagem da urina através autocaterismo vesical intermitente conforme prescrição. Posteriormente, estabeleceu-se a avaliação dos resultados de acordo com o NOC, cujos principais progressos obtidos foram: busca de informação; reconhecimento da realidade da situação da saúde; autocuidado melhorado para higiene; detecção de riscos, controle de riscos e controle dos sintomas; controle da eliminação urinária. (V)**Conclusão:** Portanto, por meio da aplicação da assistência de enfermagem baseada no NANDA, NIC e NOC, foi possível a realização de atenção integral ao paciente idoso portador de infecção do trato urinário inferior em autocateterismo intermitente. A sistematização neste estudo proporcionou uma linguagem uniformizada e maior organização das atividades por meio de uma assistência diversificada e direcionada, proporcionando o cuidado contínuo, atualizado e individualizado. Focalizado na manutenção da qualidade de vida do paciente, o olhar às especificidades do idoso foi inerente ao levantamento dos problemas, priorização e na implementação das prescrições, bem como no estabelecimento dos resultados.

**Palavras-chaves:** Autocuidado, Idoso, Processo de enfermagem.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

#### Referências:

1. Franzen E et al. Adultos e idosos com mudanças com doenças crônicas: implicações PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM. REV HCPA. 2007. 27(2):28-31.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Vol1. 10ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
3. Alves C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. Cad. Saúde Pública. 2007. 23(8):1924-1930.
4. Moroóka M, Faro ACM. A técnica limpa do autocateterismo vesical intermitente: descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(4): 324-31.

**Trabalho 19 - 1/4**

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: UM DESAFIO NA  
PREMATURIDADE**

CASANDRA G. R. M. PONCE DE LEON<sup>1</sup>, ANA PATRÍCIA DA SILVA DOS  
SANTOS<sup>2</sup>, TÂNIA LEAL DA SILVA<sup>2</sup>

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A principal atividade da enfermagem é prestar assistência humanizada, tanto ao neonato, criança, adolescente, adultos e seus familiares de forma que mantenham, melhorem ou recuperem a saúde. O grande desafio dos prestadores de serviços neonatais é desenvolver intervenções e criar um ambiente que contribua para uma assistência a essa população, ainda em desenvolvimento e totalmente dependente de terceiros. Em virtude dos inúmeros problemas e/ou complicações apresentados pelos prematuros no período neonatal, serão abordados neste estudo os mais frequentes em recém-nascidos abaixo de 33 semanas de gestação, devidos ao maior risco de morte neonatal. **OBJETIVO:** Diante do exposto este estudo tem como objetivos: identificar os diagnósticos de enfermagem presentes em uma UTI Neonatal do Distrito Federal para recém-nascidos abaixo de 33 semanas, listar as intervenções de enfermagem para cada diagnóstico e as complicações decorrentes da prematuridade. Para isso utilizou-se a taxonomia da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC, para propor as intervenções de enfermagem através da análise de prontuários. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo documental, do tipo quantitativo e exploratório. Foram consultados os prontuários dos recém-nascidos abaixo de 33 semanas de gestação internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Público de Brasília - DF, sendo que somente 13 se encaixaram no propósito da pesquisa. Foi utilizado como critério de inclusão: recém nascidos abaixo de 33 semanas de gestação nascidos no referido hospital ou transferidos para o mesmo até o terceiro dia do nascimento, para garantir segurança nos dados avaliados. A coleta de dados iniciou-se após parecer favorável do

<sup>1</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem Fundamental pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Professora na Universidade de Brasília – UnB. Endereço: Av. Parque das Águas Claras, Lote 3.740, Bloco B, apto. 1006. Águas Claras – DF. E-mail: casandrapleon@gmail.com

<sup>2</sup> Acadêmicas do 8º Semestre do Curso de Enfermagem de uma Faculdade Privada do Distrito Federal, Brasília-DF paty.tania@gmail.com

#### Trabalho 19 - 2/4

Comitê de Ética em Pesquisa SES/DF sob o protocolo nº 139/08, respeitando a legislação de pesquisa com seres humanos (lei 196/96). Dos prontuários selecionados, foram analisados registros médicos, evolução clínica e anotações de enfermagem, além do exame físico. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Ao analisarmos os prontuários verificamos que as principais complicações maternas que levaram ao parto prematuro encontradas foram: Descolamento Prematuro de Placenta (DPP), Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), Infecções, Diabetes Mellitus (DM), Síndrome HELP e Hemorragia. Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, utilizando a taxonomia da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem –NANDA foram coletados nos prontuários todas as alterações dos Recém-Nascidos Prematuros - RNPT, buscando levantar os problemas e necessidades dos mesmos, traçar o plano de assistência de enfermagem que se constituem nas atividades necessárias para o cuidado a cada paciente. Foram encontrados 16 diagnósticos de Enfermagem, com 60 fatores relacionados e 71 características definidoras. Os diagnósticos mais frequentes na UTI neonatal do referido Hospital, que foram: padrão respiratório ineficaz, troca de gazes prejudicada e risco de infecção. No entanto também foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Comportamento desorganizado do bebê, Desobstrução ineficaz de vias aéreas, Dor aguda, Eliminação urinária prejudicada, Hipotermia, Integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Resposta disfuncional ao desmame ventilatório, Risco de aspiração, Risco de integridade da pele prejudicada, Termorregulação ineficaz, Volume de líquidos deficiente e Volume excessivo de líquidos. As intervenções de enfermagem apresentadas no estudo foram propostas de acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem-NIC, que revela a padronização das intervenções realizadas pelos enfermeiros. Possui uma linguagem clara e consistente. Porém, para os diagnósticos termorregulação ineficaz, hipotermia, risco para integridade da pele prejudicada, integridade da pele prejudicada, integridade tissular prejudicada também foram utilizadas intervenções propostas por outros autores que mostraram evidências do benefício de intervenções de enfermagem que não foram encontradas na NIC. CONCLUSÃO: Apesar de avanços na área de saúde, as complicações em RNPT ainda são muito frequentes. É necessário que tanto os profissionais envolvidos, quanto a estrutura física da unidade esteja adequada a atender aos avanços tecnológicos para que possam proporcionar uma assistência centrada ao

### Trabalho 19 - 3/4

neonato prematuro. Pesquisar sobre a prematuridade e relacionar os diagnósticos pertinentes aos prematuros se mostrou um grande desafio, pois na unidade pesquisada não esta implantada a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE. No entanto foi importante para as autoras, uma vez que permitiu observar, que apesar de toda a especificidade que o RNPT possui, também tem as alterações clínicas, modificações em seu estado geral e todas as patologias envolvidas, assim como a criança, o adulto e o idoso. O que permitiu levantar os diagnósticos e sugerir as intervenções, buscando sempre uma melhor recuperação do paciente, o RNPT. Podemos concluir que os objetivos propostos foram alcançados, levando em consideração que a população escolhida é bastante específica quanto aos cuidados a serem dispensados por todos os profissionais envolvidos na sua recuperação. Que a assistência de enfermagem proposta ajudaria na recuperação, melhoria da qualidade de vida, contribuiria para a diminuição dos índices de infecção, bem como em uma interação entre a equipe médica e de enfermagem, buscando uma sobrevida maior para os prematuros que ainda hoje possuem um alto índice de mortalidade no Brasil e no mundo. O conhecimento dos diagnósticos de enfermagem é de suma importância para os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados dos RNPT, pois favorecem para intervenções precoces induzindo a uma terapêutica específica que visa à redução da morbi-mortalidade perinatal. O presente estudo poderá ser utilizado como fonte de dados para elaboração de um sistema informatizado, utilizando as classificações de diagnósticos e intervenções de enfermagem (NANDA-NIC) para auxiliar na inserção dos dados da SAE. O desenvolvimento do sistema possibilitará a documentação dos processos, planejamento e implementação da SAE na unidade pesquisada e ainda, fornecer subsídios que proporcionem melhoria na assistência de enfermagem prestada na UTINeo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diagnósticos e intervenções de enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Sistematização da Assistência de Enfermagem.

### REFERENCIAS:

1. Aquino DR, Lunardi Filho WD, Construção da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI, Cogitare Enfermagem, v.9, n.1, Paraná, 2004. Disponível em < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/issue/view/193>>, acessado em 10 de Nov de 2008.

**Trabalho 19 - 4/4**

2. Ministério da Saúde. (BR) Secretaria de Políticas de Saúde. Gestação de alto risco. [homepage na internet] Brasília: SPS; 2000. [acesso em 13 Out 2008] Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/25gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/25gestacao_alto_risco.pdf)
3. Ministério da Saúde. (BR) Manual Técnico pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada. [homepage na internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2006 . [acesso em 13 Out 2008] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual%20Puerperio%202006.pdf>
4. North American Nursing Diagnosis Association, NANDA. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações. Porto Alegre: Artmed, 2006
5. Mccloskey JC, Buleckek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Porto Alegre: Artmed, 2004.

Trabalho 20 - 1/4

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ATENÇÃO BÁSICA: REORGANIZAÇÃO DE UMA NOMENCLATURA**

Lêda Maria Albuquerque<sup>1</sup>

Marcia Regina Cubas<sup>2</sup>

Soriane Kieski Martins<sup>3</sup>

**Introdução:** Desde 1980, a equipe de enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Curitiba-PR construiu diferentes estratégias para organizar seu processo de trabalho e, dentre elas, a incorporação de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem com base na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem – CIPE® e na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC®. A partir de 2004, a nomenclatura construída vem sendo utilizada nas Unidades Básicas e do Programa Saúde da Família para o atendimento a mulheres e crianças<sup>1</sup>. No entanto, alguns fatores limitam o uso abrangente da classificação, dentre eles, a reduzida abrangência dos diagnósticos e intervenções em face da totalidade da assistência prestada pela enfermagem na atenção básica<sup>1</sup> e a estrutura da nomenclatura estar defasada em relação à hierarquia da CIPE®. Neste contexto, foi necessária a reordenação da nomenclatura, objeto do presente trabalho. **Objetivo:** Apresentar a reorganização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem para a assistência na Atenção Básica de Saúde. **Metodologia:** A base para reestruturação é formada: pelas sugestões para modificações da nomenclatura apresentadas pelas enfermeiras da SMS, pelas três últimas versões da CIPE®, pelo inventário da CIPESC® e por um rol de necessidades humanas, adaptadas de Wanda Horta. Num primeiro momento, os diagnósticos e referentes intervenções já existentes foram classificados dentro das

---

1<sup>1</sup> Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde, Curitiba-PR. Mestre em Enfermagem. .  
ledaenf@gmail.com

2<sup>1</sup> Enfermeira. Professora adjunta da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Doutora em Enfermagem.

3<sup>1</sup> Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde, Curitiba-PR. Mestre em Enfermagem.

#### Trabalho 20 - 2/4

seguintes necessidades: oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; autonomia e auto cuidado; sono e repouso; exercício e atividades físicas; sexualidade; motilidade; cuidado corporal; integridade cutâneo mucosa; regulação vascular; regulação imunológica; percepção; ambiente; terapêutica; reprodução; crescimento e desenvolvimento; segurança; liberdade; aprendizagem; gregária; recreação; auto estima; participação; e auto imagem. No segundo momento os diagnósticos foram confrontados com os termos da CIPE® 1.0 (última versão em português), do inventário CIPESC®, e posteriormente, com os da CIPE® 1.1 e 2.0 (versões em língua inglesa, disponíveis somente em formato eletrônico, <[www.icn.ch](http://www.icn.ch)>). O terceiro passo constitui-se da revisão das intervenções, dividindo-as entre as realizadas pelo enfermeiro e as prescritas para o usuário. O quarto momento foi a inclusão de novos diagnósticos. O quinto passo foi adequação das intervenções aos novos protocolos e as atualizações científicas. O último passo foi a construção de resultados de enfermagem. Este conjunto de passos foi operacionalizado no decorrer dos anos de 2009 e 2010, por um grupo reduzido de enfermeiras da SMS um conjunto com uma professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, inserida em linha de pesquisa sobre sistemas classificatórios. **Resultados:** Durante a classificação dos diagnósticos nas diferentes necessidades humanas surgiu o imperativo de inclusão de novas necessidades que não estavam contempladas na classificação utilizada. Neste momento, lançou-se mão da Taxonomia de Necessidades em Saúde<sup>2</sup>, a saber: Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença; Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha no modo de “andar a vida” (construção do sujeito). A adaptação dos diagnósticos aos termos da CIPE® resultou em diferentes decisões: a) termos substituídos, entre eles “ingesta” por “ingestão”; b) termos mantidos, porém com conceito semelhante a um termo presente na CIPE®, entre eles “adesão” – “aderência” (CIPE®) e “atividade sexual” – “intercurso sexual” (CIPE®); c) termos presentes no inventário CIPESC®, dentre eles, “tabagismo” e “estado vacinal”; d) termos utilizados pela prática curitibana: “apoio familiar”, “edema postural”, “retorno venoso”; “acidente doméstico”, “desnutrição”, “sensibilidade periférica”, “prevenção de CA de colo de útero e mama” e “introdução de novos alimentos”. Em relação às intervenções de enfermagem, quando pertinentes, foram estabelecidas prescrições para o usuário, à exemplo: “Orientar sobre a guarda da insulina” com a prescrição “Guardar o frasco de

#### Trabalho 20 - 3/4

insulina na porta da geladeira, dentro de um pote”. Novos diagnósticos foram construídos, dentre eles: “Habilidade inadequada para auto-aplicação de insulina”, “Risco para comportamento agressivo” e “Adesão inadequada do hipertenso ao regime terapêutico”. Algumas intervenções foram corrigidas em consonância com evidências recentes, principalmente, as relativas ao processo de amamentação, preparo das mamas e introdução de novos alimentos ao lactente. Neste contexto, o preparo das mamas durante a gestação, que fazia parte das intervenções anteriormente aplicadas, foi suprimido. Ao finalizar esta revisão, houve a discussão de que alguns diagnósticos propostos poderiam configurar-se em resultados de enfermagem. Desta forma, foram elencados resultados de enfermagem esperados para alguns dos diagnósticos elaborados, entre eles, para o diagnóstico: “Risco para comunicação comprometida” poder-se-ia ter os resultados positivos “Potencial para melhorar a comunicação” e “Comunicação melhorada” ou negativo como “Comunicação comprometida”. O constructo final é composto por 153 diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções e prescrições, sendo que deste total, oito são oriundos de termos exclusivos do inventário vocabular CIPESC® e nove são diagnósticos cujos termos não são encontrados nas classificações utilizadas como base. A elaboração seguiu a estrutura recomendada pela norma ISO 18.104 de 2003 e pela orientação de construção de catálogos do Conselho Internacional de Enfermeiros – CIE. **Conclusões:** O processo de revisão de nomenclatura é moroso e cercado de fatores como: adequação a normas e classificações existentes, conhecimento científico, adaptação à prática e realidade local, amplitude de atividades na atenção básica, além dos fatores próprios do processo de raciocínio clínico, terapêutico e epidemiológico necessários para a formulação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem capazes de representar a prática da enfermagem em diferentes cenários de cuidado. Esta nomenclatura revisada ainda não está implantada na rede municipal de saúde de Curitiba, no entanto, permite visualizar o potencial para ser utilizada em espaços de trabalho da enfermagem na atenção básica. Outro aspecto importante a ser considerado é a incapacidade de um único sistema classificatório representar a amplitude das práticas de enfermagem. Os termos novos propostos pela nomenclatura construída, muito embora sejam consonantes com as sugestões oferecidas pelos enfermeiros da rede municipal de Curitiba, deverão sofrer

**Trabalho 20 - 4/4**

um processo de validação, primeiramente, a partir do seu uso no cotidiano da prestação de cuidados.

**Referências**

- 1- Cubas MR, Albuquerque LM, Martins SK, Peruzzo SA. Aplicação do inventário vocabular resultante do projeto CIPESC CIE-ABEN nas unidades básicas de saúde do município de Curitiba-PR. In: Garcia TR, Egry EY e colaboradores. Integralidade da atenção no SUS e a sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 318-23.
- 2- Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In: Campos GWS e colaboradores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, Hucitec, 2003. p.15-36.

**Palavras chaves:** atenção básica à saúde; sistematização da assistência de enfermagem; terminologia

**ÁREA TEMÁTICA:**

- 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

**Trabalho 21 - 1/4**

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS**

ALBUQUERQUE, Leda Maria<sup>1</sup>;

HILDEBRAND, Cacilda Rocha<sup>2</sup>;

NEVES, Fabiane Marques<sup>3</sup>;

CALVO, Rosamaria S<sup>4</sup>

**Introdução:** A implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE nos serviços de saúde é um grande desafio que objetiva principalmente melhorar a qualidade do cuidado prestado. Desde o ano de 2002, por força da Resolução 272 do COFEn, tornou-se obrigatória a implantação da SAE em todos os serviços de saúde, seja ele público ou privado. Vale lembrar que a resolução supracitada foi substituída pela Resolução do COFEn 358/2009, reiterando a obrigatoriedade dos serviços em sua implantação. No município de Campo Grande/MS, desde junho de 2008 estão sendo desenvolvidas ações que visam a implantação da SAE na Rede Municipal de Saúde - REMUS. Atualmente o município de Campo Grande encontra-se dividido em 04 Distritos Sanitários, tendo no total 37 unidades básicas de saúde, 19 unidades com equipe da Estratégia Saúde da Família e 09 Centros Regionais de Saúde que funcionam 24 horas. Conta com uma equipe de Enfermagem composta por 243 enfermeiros e 605 profissionais de nível médio, entre auxiliares e técnicos de Enfermagem. Em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde a rede municipal desempenha importante papel na formação de novos profissionais de saúde, sendo campo de estágio para muitos cursos de graduação da área da saúde. A presença dos acadêmicos nas unidades de saúde impulsiona duplamente a implantação da SAE. Se por um lado o aluno traz consigo o conteúdo teórico recente, dispõe de tempo, disposição, orientação, dentre outros aspectos que favorecem a sistematização da assistência prestada aos

<sup>1</sup> Enfermeira da SMS de Curitiba/PR. Mestre em Enfermagem pelo programa de pós-graduação do Curso de Enfermagem da UFPR. Assessora da SMS de Campo Grande para implantação da SAE.

[ledaenf@gmail.com](mailto:ledaenf@gmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira Intensivista da Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS; Membro da Comissão de Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem;

<sup>3</sup> Enfermeira da Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS; Membro da Comissão de Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem;

<sup>4</sup> Enfermeira da Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS; Membro da Comissão de Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem;

#### Trabalho 21 - 2/4

usuários do serviço, por outro lado é preciso que o cenário de prática acadêmica faça o papel de reforçar os ensinamentos acadêmicos então é fundamental que a SAE esteja presente no cotidiano do serviço. Portanto, a parceria entre o serviço de saúde e os centros formadores é fundamental para contribuição mútua. A preocupação com a exigência legal profissional, com a qualidade da assistência prestada pelos profissionais da enfermagem, com a participação na formação dos profissionais, dentre outras, foi a propulsora para constituição de um grupo de trabalho interno que iniciou a discussão de estratégias para implantação da SAE. **Objetivos:** relatar a experiência vivenciada durante o processo de implantação da SAE na rede municipal de saúde e discutir fatores facilitadores e dificultadores do processo. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência realizado pelas enfermeiras da Comissão de Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem da rede municipal de saúde do município de Campo Grande/MS. O processo de implantação da SAE iniciou-se no ano de 2008, com a articulação de enfermeiros interessados na implantação da SAE na rede municipal e o estabelecimento de parceria com o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS através do Programa Pró-Saúde. Com a parceria firmada, houve a participação de uma das integrantes da comissão no Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem/SINADEN de 2008, com o início de troca de experiências acerca de implantação da SAE em outras instituições, quando foi tida a oportunidade de conhecer a realidade de trabalho da Secretaria de Saúde do município de Curitiba<sup>1</sup>, onde já existe a SAE implantada por meio de sistema informatizado, como nomenclatura CIPESC® - Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva. Com apoio financeiro do programa Pró-Saúde, foi contratada assessoria técnica e adquiridos materiais didáticos. A assessoria foi realizada por meio de encontros presenciais periódicos e contatos à distância por meio da internet. Em janeiro de 2009 o serviço de enfermagem criou a Comissão de Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem/SAE na REMUS, composta por 07 enfermeiros. Esta comissão vem realizando o trabalho de articulação interna – com os enfermeiros em seus locais de trabalho, externa – com as instituições de ensino envolvidas e assessoria e, ainda, a construção dos diagnósticos e intervenções de enfermagem à luz da CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, utilizando o vocabulário CIPESC® e o material produzido por Curitiba<sup>2</sup>. Em fevereiro de 2009 foi realizada uma

### Trabalho 21 - 3/4

oficina sobre a SAE e uso de sistemas de classificação em enfermagem, especialmente, CIPE® e CIPESC® com a participação de cerca de 160 enfermeiros, dos diferentes espaços institucionais (US básica, ESF, distritos, vigilâncias, professores do curso de enfermagem da UFMS). A partir da comissão estruturou-se grupos de trabalho que reúnem-se periodicamente para formulação e revisão dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, o material produzido tem sido revisado pelos docentes da UFMS e pela assessora. **Resultados:** Até o presente momento foram formulados 84 diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções, estes estão sendo apreciados pela assessora e pelos docentes. A comissão de implantação da SAE sofreu algumas alterações de integrantes no grupo, com a formação de dois grupos de apoio para elaboração de um catálogo de diagnósticos e intervenções de Enfermagem segundo a classificação CIPE®, com reuniões semanais. No decorrer do desenvolvimento das atividades tivemos alguns fatores dificultadores como saída de alguns membros da comissão, bem como sobrecarga de tarefas uma vez que os membros da comissão desenvolviam as atividades inerentes à SAE paralelamente ao desenvolvimento de todas as demais atribuições do cargo que ocupavam. Como pontos facilitadores encontramos a parceria entre o serviço de trabalho e o grupo de docentes da universidade envolvida; a assessoria por uma profissional já experiente na área e que lida diariamente com o processo de Enfermagem na prática, e o apoio e interesse do Serviço de Enfermagem na implantação da SAE no município de Campo Grande. **Conclusões:** Ainda temos muito caminho a percorrer para a efetiva implantação da SAE na rede municipal de saúde, dentre as tarefas é preciso desenvolver as telas para incorporação no sistema informatizado e prever os formatos de relatórios necessários; prosseguir com a formulação de diagnósticos e intervenções; disponibilizar os mesmos na rede municipal e, por fim, estabelecer mecanismo de aperfeiçoamento contínuo, para tanto o uso pelos enfermeiros assistenciais em seu cotidiano de prestação de cuidados será fundamental. Mas, acreditamos que a implantação da SAE nos serviços de saúde é possível desde que haja o comprometimento profissional e incentivo e envolvimento das chefias competentes no processo, bem como o estabelecimento de parcerias de trabalho, em especial, o envolvimento com a comunidade acadêmica.

### Referências:

**Trabalho 21 - 4/4**

1. Albuquerque LM, Perotta SM, Rover TM. Construção da nomenclatura das práticas de enfermagem em Curitiba. In: Albuquerque LM, Cubas, MR. Cipescando em Curitiba: a construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn-PR. 2005, p.51-62.
2. Albuquerque LM, Cubas, MR, Martins, SK. Nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem da rede básica de saúde do município de Curitiba. In: Albuquerque LM, Cubas, MR. Cipescando em Curitiba: a construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn-PR. 2005, p.63-120.

**Palavras Chaves:** Sistematização da Assistência de Enfermagem; Classificação; Atenção Básica de Saúde

**ÁREA TEMÁTICA**

- 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

Trabalho 22 - 1/6

**COMBINAÇÃO ENTRE TERMOS DA CIPE® PARA COMPOR  
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO FOCO  
PROCESSO DO APARELHO REPRODUTOR**

**INTRODUÇÃO**

Diversos termos são utilizados pelos profissionais de enfermagem ao descreverem, na prática, cada fase do processo de enfermagem e inúmeras são as classificações que surgiram com o intuito de padronizá-los. O presente estudo apresenta resultados de uma dissertação de mestrado, que integra o projeto de pesquisa intitulado “Compondo uma Nova Geração de Sistemas Classificatórios para as Práticas de Enfermagem”, incluído no Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde (PPGTS), da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). O projeto foi registrado no Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), com o título “*Composing a New Generation of Nursing*”. São objetos deste estudo, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e sua contribuição brasileira, um inventário vocabular organizado com base na versão *beta*, a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®). A CIPE®, que se encontra na versão 2.0, é uma taxonomia combinatória com sete eixos, composta por 2.438 termos utilizados para compor Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem. O número de termos da classificação permite uma grande quantidade de combinações entre eles. De acordo com Olsen<sup>1</sup>, a versão *beta-2* permitia  $1,9 \times 10^{27}$  diferentes formações entre os termos, o que na prática torna-se impraticável sem auxílio de um recurso computacional. Tal fato, acrescido do limite de conhecimento técnico-específico de enfermeiros não especialistas em sistemas classificatórios, pode resultar na elaboração de declarações de enfermagem incoerentes, inconsistentes ou ambíguas. A partir da versão 1.0 da CIPE®, a ontologia foi eleita como o recurso computacional capaz de organizar formalmente os termos em uma taxonomia e possibilitar a representação do conhecimento. A ontologia possui, entre outros qualitativos, o potencial de restringir combinações inconsistentes, fruto do consenso de um grupo sobre um determinado conhecimento. Porém, para isso ser possível, é preciso que estas

## Trabalho 22 - 2/6

combinações sejam estabelecidas. Face ao grande número de termos e, conseqüentemente, suas combinações, o estudo delimitou como área para estabelecer as primeiras regras a serem construídas, os termos do eixo “Foco”, classe “Processo corporal”, subclasse “Processo do sistema reprodutor”, que compõe a CIPE®. A escolha por esta área justifica-se pela enfermagem possuir um papel importante e autônomo no cuidado à mulher durante seus anos reprodutivos, estabelecendo uma interface entre assistência à saúde reprodutiva e a saúde coletiva<sup>2</sup>, que pode ser visualizada pela inserção de ações de enfermagem nas políticas públicas de assistência à mulher<sup>3</sup>.

### OBJETIVOS

O objetivo geral foi elaborar regras para a composição de Diagnósticos e Resultados de Enfermagem entre os termos do eixo “Foco” limitado ao “Processo do sistema reprodutor” e os outros termos dos eixos que compõem a CIPE®. Os objetivos específicos foram classificar os termos dos eixos “Meios”, “Ação”, “Tempo”, “Localização” e “Cliente” quanto à equivalência semântica entre as classificações CIPE® Versões *Beta 2*; 1.0; 1.1 e a CIPESC®, construir árvores de decisão para a representação das regras entre termos da CIPE®, e identificar Diagnósticos e Resultados de Enfermagem a partir das regras representadas.

### MÉTODO:

O método utilizado está incluso nas cinco (5) fases metodológicas propostas na Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva de Egry<sup>4</sup>. Foram operacionalizadas nesta pesquisa parte da Captação da Realidade Objetiva e da Construção do projeto de intervenção na Realidade Objetiva. Durante a primeira fase foram estabelecidas equivalências entre os 808 termos da CIPE®, em suas diferentes versões, e os 426 termos da CIPESC®, organizados conforme o eixo e classificados pela igualdade, semelhança, ausência, redução, ampliação e inclusão, tanto do próprio termo, quanto de seu significado. A segunda fase foi desenvolvida em sete etapas e envolveu a construção e a representação das regras, por meio de árvores de decisão utilizando o *software SmartDraw*.

### RESULTADOS:

## Trabalho 22 - 3/6

Realizou-se o mapeamento entre as versões 1.1, 1.0 e beta-2 da CIPE® e CIPESC®, referente aos eixos meio, ação, tempo, localização e cliente. Referente ao eixo meio foram analisados 269 termos, 30,8% (n=83) foram considerados novos, e responderam ao objetivo de reduzir ambiguidades, como: “vestuário/avental” que passou a ser denominado apenas “vestuário”. Sete termos foram considerados ampliados ou reduzidos, diminuindo redundâncias e especificando melhor o meio. Termos identificados como diferentes, porém com conceito igual ou com o mesmo sentido representaram 11,5% do total. Por fim, 26,7% dos termos contidos na versão *beta-2* não foram encontrados no eixo meio da CIPE® versão 1.0. No entanto, 12 termos foram encontrados em outros eixos. No eixo ação da CIPE® versão 1.0 em relação à versão *Beta-2* foram analisados 214 termos. Apenas o termo “Estabelecer ligação” não teve equivalência na versão 1.1.. Foram considerados novos 22% dos termos e 141 idênticos. Termos iguais, com conceito diferente, mas de mesmo sentido, possuíam alterações sutis dificultando a visualização das mesmas, as diferenças foram percebidas, em sua maioria, na forma de escrita do verbo (exemplo: “descobrir” e “encontrar”). Termos idênticos, mas com conceito diferente representam 12,61% do total (n=214). As alterações mais significativas dizem respeito a palavras incluídas ou retiradas que fornecem ao conceito uma nova acepção, à exemplo: “Limpar completamente alguma coisa,” e “Agir como um antisséptico”. Em relação à CIPESC®, foram mapeados 294 termos contidos na listagem das intervenções de enfermagem. Dos 214 termos da CIPE® versão 1.0, 51% (n=58) não foram encontrados na CIPESC®, sendo que destes, 38% (n=22) são relativos à sub-classe “desempenhar”, que foi a de menor representação no inventário. Por outro lado 65% dos 294 verbos da CIPESC® não foram contemplados na CIPE®. Alguns deles poderiam ser representados pelo significado de outros, por exemplo: “Apoiar” e “Incentivar”; “Facilitar” e “Assessorar” e “Reforçar” por “Enfatizar”, no entanto, este processo carece de validação. O eixo tempo da CIPE® teve 60 termos analisados entre as versões 1.0 e *Beta-2*, destes 80% (n=60) foram considerados novos. A CIPESC® possui apenas quatro termos do eixo tempo em seu inventário vocabular, todos eles presentes na CIPE® versão 1.0. No entanto, 95% (n=60) dos termos presentes versão 1.0., não foram identificados no eixo “tempo” da CIPESC®. Chama a atenção que alguns destes termos podem ser encontrados nas ações de enfermagem descritas no inventário vocabular da CIPESC®, a exemplo o termo “visita

## Trabalho 22 - 4/6

domiciliária” em “Fazer visita domiciliar a crianças”. No eixo Localização da CIPE® versão 1.0 em relação à versão *Beta-2* foram analisados 238 termos. Dos termos analisados 35,2% foram identificados como idênticos e de mesmo conceito. O termo “intraperineal” não foi identificado na CIPE® versão 1.1., no entanto há similaridade conceitual deste termo quando comparado ao termo “períneo”, presente na CIPE® versão 1.1. Na CIPESC® foram mapeados 35 termos dos quais 37,1% foram considerados idênticos e 16 como próprios da realidade da prática de enfermagem na atenção básica no Brasil a exemplo “Favela” e “Distrito Sanitário”. Por fim, o mapeamento de 27 termos do eixo cliente contidos na versão 1.0., identificou como idênticos 59,2% dos termos e 37% como novos. Após este mapeamento foram construídas regras referentes a dez termos do eixo “Foco” e a totalidade dos termos contidos nos outros eixos, à exceção do eixo “Ação”. A construção utilizou os termos do eixo foco: “Aborto”, “Aborto Espontâneo”, “Contração Uterina”, “Expulsão Uterina”, “Gravidez”, “Menstruação”, “Fogacho”, “Impotência”, “Processo Sexual” e “Processo do Sistema Reprodutivo”. Totalizando 1.135 possíveis Diagnósticos e Resultados de Enfermagem.

### CONCLUSÃO:

Este trabalho apresentou uma equivalência de termos relativos à contribuição brasileira à CIPE®, de forma a permitir que os termos da CIPESC® também sejam contemplados nas regras construídas. O mapeamento realizado configurou a execução de um trabalho minucioso, que demandou, além da estruturação metodológica descrita, reuniões, seminários e discussões com o grupo pesquisador acerca de termos ambíguos e, principalmente, a verificação de falhas no processo de tradução e editoração das versões para o português Brasil. Falhas que levam o usuário da classificação a uma aplicação inadequada ou incoerente dos termos ou das combinações entre eles. As regras de combinação resultaram em 1.135 composições de Diagnósticos e Resultados de Enfermagem em sua forma mais específica, ou seja, com a utilização de todos os eixos possíveis e não apenas com a inclusão de um termo do “Foco” acrescido do “Julgamento”. A este montante poderá ser somado os diagnósticos mais abrangentes, que usam os dois eixos obrigatórios, totalizando 50 Diagnósticos e Resultados, além das possíveis combinações intermediárias. Este fato confirmou a possibilidade da existência de inúmeras composições e o risco da incoerência, inconsistência e ambiguidade ao

**Trabalho 22 - 5/6**

serem elaboradas. Portanto, a efetiva utilização da potencialidade da ontologia para especificar formalmente uma conceitualização compartilhada<sup>5</sup> é condição para a qualidade do uso de uma terminologia combinatória como a CIPE<sup>®</sup>, reforçando a importância de diferentes saberes de domínio multiprofissional. As composições criadas neste estudo, após a inclusão das regras em recurso ontológico, poderão facilitar a atuação e o aprendizado de enfermeiros e estudantes de enfermagem, proporcionando diagnósticos corretamente elaborados. Este estudo abrangeu apenas dez termos do eixo foco da CIPE<sup>®</sup>, no entanto, mais de mil termos estão disponíveis para a elaboração de regras e suas validações para a composição de diagnósticos, resultados e ações de enfermagem. Tornando-se inesgotáveis as possibilidades de trabalhos futuros envolvendo composições de declarações de enfermagem, bem como a avaliação da possibilidade de interoperabilidade com outras classificações de enfermagem.

**Palavras-chaves:** Diagnóstico de enfermagem. Vocabulário controlado. Representação do conhecimento.

**REFERÊNCIAS**

- [1] Olsen PS. Classificatory Review of ICNP prepared for Danish Nurses' Organization. 19 mar. 2001.
- [2] Berninio LMH, Kohlrausch SC. Conhecimento, Percepções e Assistência à Saúde da Mulher no Climatério. Rev Bras Enferm, 2007; 60(3):299-306.
- [3] Silva LR, Christoffel MM, Souza KV. História, Conquistas e Perspectivas no Cuidado à Mulher e à Criança. Texto & contexto enferm. 2005; 14(4):585-593.
- [4] Egry EY. Saúde Coletiva: Construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

**Trabalho 22 - 6/6**

[5] Gruber TR. Toward Principles for the Design of Ontologies Used for Knowledge Sharing. Stanford University, Knowledge Systems Laboratory Technical; 1993. [citado em: 10 mai 2009] Disponível em:  
[http://www.itee.uq.edu.au/~infs3101/\\_Readings/OntoEng.pdf](http://www.itee.uq.edu.au/~infs3101/_Readings/OntoEng.pdf)

Trabalho 23 - 1/5

**VALIDAÇÃO NA LITERATURA DE RELACIONAMENTOS  
ENTRE TERMOS DA CIPE® 2.0 PARA DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMAGEM RELACIONADOS AOS FOCOS DO SISTEMA  
CIRCULATÓRIO<sup>1</sup>**

ARIANNY DE MACEDO BRONDANI<sup>2</sup>

MARCIA REGINA CUBAS<sup>3</sup>

**INTRODUÇÃO:** O diagnóstico de enfermagem pode ser definido de várias maneiras, como uma fase do processo de enfermagem, um processo de pensamento ou uma palavra ou expressão que serve para expressar idéia – uma categoria nominal ou o nome do diagnóstico. Neste estudo, ele é abordado como uma categoria nominal, que constrói uma expressão capaz de representar as situações de saúde que podem ser influenciadas por ações de enfermagem<sup>1</sup>.

Para elaborar um DE é necessário um processo de raciocínio, que inclui um processo intelectual complexo, com habilidades cognitivas, experiências e conhecimento científico para que o profissional possa julgar e interpretar os dados coletados<sup>2</sup>. A enfermagem necessita de sistemas classificatórios para definir uma linguagem, padronizar o registro e sistematizar a assistência prestada, um exemplo é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) composta de sete eixos: “Foco”; “Julgamento”; “Cliente”; “Ação”; “Meios”; “Localização”; “Tempo”. Para compor os diagnósticos utilizando a CIPE® deve-se realizar combinações entre os eixos<sup>3,4</sup>.

Existem inúmeras combinações possíveis. Este estudo foi delimitado aos termos do eixo “Foco”, subclasse “Processo do sistema circulatório”, tendo à vista que as doenças cardiovasculares representam 31,9% das causas de mortalidade e ocorre em quase todas as regiões do país<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Pesquisa financiada pelo Edital Universal nº 14/2009, do CNPq.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde da PUCPR. email: annybron@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde da PUCPR. email: m.cubas@pucpr.br

**Trabalho 23 - 2/5**

**OBJETIVO:** Apresentar os possíveis títulos de Diagnósticos de Enfermagem elaborados a partir do relacionamento entre os termos do eixo foco “Processo do Sistema Circulatório” com os outros eixos da CIPE 2.0 validados na literatura.

**METODOLOGIA:** Caracteriza-se como pesquisa exploratória descritiva documental, utilizando a versão 2.0 da CIPE®, limitada a 17 termos do eixo “Foco”, subclasse “Processo do Sistema Circulatório” (“Arritmia”, “Bradycardia”, “Taquicardia”, “Hipertensão”, “Hipotensão”, “Sangramento”, “Hematoma”, “Hemorragia”, “Menorragia”, “Trombose Venosa Profunda”, “Choque”, “Choque Anafilático”, “Choque Cardiogênico”, “Choque Hipovolêmico”, “Choque Neurogênico”, “Choque Séptico” e “Choque Vasogênico”). Realizado as seguintes etapas:

- a) busca dos conceitos dos termos em bases empíricas;
- b) identificado o limite de atuação da enfermagem;
- c) relacionado o termo “Foco” com os outros eixos: “Julgamento” (Presente, Iniciado, Risco, Potencial para aumento, Normal), “Meio”; (Administração de droga e Técnica de diálise) e “Tempo” (Duração da cirurgia, Crônico e Agudo).

Os outros eixos que compõem a CIPE® não foram utilizados, tais como a “Localização” visto que é sistêmica; “Cliente”, pois todos os clientes podem ter os Diagnósticos elaborados, devendo o profissional somente especificar quando for necessário, sendo estes considerados como redundantes; e “Ação” por ser eixo não utilizado na elaboração de diagnósticos.

**RESULTADOS:** Foi elaborado um conjunto de 120 títulos de Diagnósticos cuja validação de conteúdo conceitual foi realizada pela literatura, sendo as etapas: a) relacionado o conceito dos 17 termos do eixo Foco com bases empíricas; b) identificados os limites da atuação da enfermagem para cada um destes termos; c) os termos do eixo “Foco” foram relacionados com os termos do eixo “Julgamento” para formação inicial dos DE e d) combinação do relacionamento inicial “Foco e Julgamento” com outros eixos, para composição final dos DE. A seguir serão apresentados os principais títulos possíveis dos Diagnósticos elaborados:

Para o termo “Arritmia” os possíveis títulos de diagnósticos são: Arritmia iniciada devido administração de droga; Arritmia presente devido administração de droga; Arritmia iniciada devido duração da cirurgia; Arritmia presente devido duração da cirurgia; Arritmia iniciada devido técnica de diálise; Arritmia presente devido técnica de

### Trabalho 23 - 3/5

diálise; Risco para arritmia devido técnica de diálise; Risco para arritmia devido duração da cirurgia; Risco para arritmia devido administração de droga; Arritmia normal crônica; Arritmia iniciada devido técnica de diálise; Arritmia presente devido técnica de diálise; Risco para arritmia devido técnica de diálise;

Já para o termo “Bradicardia” podem ser utilizados: Risco para bradicardia devido administração de droga; Bradicardia iniciada devido administração de droga; Bradicardia iniciada devido duração da cirurgia; Bradicardia presente devido administração de droga; Bradicardia presente devido duração da cirurgia; Risco para bradicardia devido administração de droga; Risco para bradicardia devido duração da cirurgia;

Para termo “Taquicardia” os títulos adequados são: Taquicardia com potencial para aumento devido administração de droga; Taquicardia com potencial para aumento devido duração da cirurgia; Taquicardia iniciada devido administração de droga; Risco para taquicardia devido administração de droga; Risco para taquicardia devido duração da cirurgia; Taquicardia iniciada devido duração da cirurgia; Taquicardia presente devido administração de droga; Taquicardia presente devido duração da cirurgia;

Com relação a “Hipertensão” os títulos aceitáveis são: Risco para Hipertensão devido duração da cirurgia; Risco para Hipertensão devido administração de droga; Hipertensão iniciada devido administração de droga; Hipertensão iniciada devido duração da cirurgia; Hipertensão aguda devido à administração de droga; Hipertensão aguda devido à duração da cirurgia; Hipertensão presente devido administração de droga; Hipertensão presente devido duração da cirurgia;

No termo “Hipotensão” os títulos cabíveis são: Hipotensão iniciada devido duração da cirurgia; Hipotensão presente devido duração da cirurgia; Risco para Hipotensão devido duração da cirurgia; Hipotensão iniciada devido administração de droga; Risco para Hipotensão devido administração de droga; Hipotensão presente devido administração de droga; Hipotensão iniciada devido técnica de diálise; Hipotensão presente devido técnica de diálise; Risco para Hipotensão devido técnica de diálise;

Já no termo “Sangramento” os diagnósticos plausíveis são: Sangramento iniciado devido administração de droga; Sangramento iniciado devido duração da cirurgia; Risco para Sangramento devido administração de droga; Risco para Sangramento devido

**Trabalho 23 - 4/5**

duração da cirurgia; Sangramento presente devido administração de droga; Sangramento presente devido duração da cirurgia;

Para o termo “Hemorragia” os títulos prováveis são: Hemorragia presente devido administração de droga; Hemorragia presente devido duração da cirurgia; Hemorragia presente devido técnica de diálise; Risco para Hemorragia devido administração de droga; Risco para Hemorragia devido duração da cirurgia; Risco de Hemorragia devido à técnica de diálise; Hemorragia iniciada devido técnica de diálise; Hemorragia iniciada devido administração de droga; Hemorragia iniciada devido duração da cirurgia;

No termo “Hematoma” os diagnósticos admissíveis são: Hematoma presente devido administração de droga; Risco para Hematoma devido administração de droga; Hematoma iniciado devido administração de droga;

O termo “Menorragia” os títulos oportunos são: Menorragia iniciada devido administração de droga; Menorragia presente devido administração de droga; Risco para Menorragia devido administração de droga;

Para o termo “Trombose Venosa Profunda” podem ser compostos os seguintes títulos: Trombose venosa profunda presente devido administração de droga; Trombose venosa profunda presente devido duração da cirurgia; Risco para Trombose venosa profunda devido à duração da cirurgia; Risco para Trombose venosa profunda devido à administração de droga;

Sobre o termo “Choque” os diagnósticos possíveis são: Choque presente devido administração de droga; Choque iniciado devido administração de droga; Risco para choque devido duração da cirurgia; Risco para choque devido administração de droga;

O termo “Choque anafilático” os títulos aceitáveis são: Choque anafilático presente devido administração de droga; Choque anafilático iniciado devido administração de droga; Choque anafilático presente devido técnica de diálise; Choque anafilático iniciado devido técnica de diálise; Risco para Choque anafilático devido administração de droga;

Com relação os termos “Choque cardiogênico”, “Choque hipovolêmico”, “Choque neurogênico”, “Choque Séptico” poucos títulos de diagnósticos podem ser utilizados como: Choque Cardiogênico presente; Risco para Choque Cardiogênico; Choque Cardiogênico iniciado; Choque hipovolêmico presente; Risco para choque hipovolêmico devido duração da cirurgia; Choque hipovolêmico iniciado; Choque

**Trabalho 23 - 5/5**

neurogênico presente; Risco para choque neurogênico; Choque neurogênico iniciado; Choque Séptico presente; Choque Séptico presente devido administração de droga; Choque séptico iniciado; Choque séptico iniciado devido administração de droga; Risco para choque séptico devido administração de droga; Choque vasogênico presente; Risco para choque vasogênico; Choque vasogênico iniciado.

**CONCLUSÃO:** Além de um sistema classificatório com uma linguagem padronizada que ajuda no registro e na sistematização da assistência, para o enfermeiro compor diagnósticos deve-se compreender o conceito de cada termo definido pela CIPE; analisar a fisiopatologia; conhecer a ação das drogas administradas de forma a estabelecer relação entre as mesmas; e saber possíveis efeitos adversos. Portanto, se faz necessário para a elaboração dos Diagnósticos um raciocínio clínico complexo, que inclui processo intelectual, experiências e conhecimento científico.

**Palavras-chave:** Diagnóstico, CIPE®, Sistema Circulatório

**Referências:**

- 1 - Cruz DALM. Diagnóstico de Enfermagem. In: Garcia TR, Egry EY e col. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed. 2010, p. 111-7.
- 2- Nóbrega MML, Silva KL. Fundamentos do cuidar em enfermagem. João Pessoa: Imprima, 2007.
- 3 - Beserra PJF, Bitterncurt GKGD, Nóbrega MML, Garcia TR. Ações de enfermagem identificadas na linguagem dos componentes da equipe de enfermagem da clínica médica de um hospital-escola. Rev. Rene; 2004; 5:41-8, 2004.
- 4 - INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. ICN Advancing Nursing and Health World Wide. 1899 – 2010 Disponível em: < <http://icnp.clinicaltemplates.org/info/v2/>>. 1899 – 2009. Acesso em: 02 maio. 2010.
- 5 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_2004.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2004.pdf)> Acesso em: 01 mai. 2010.

Trabalho 24 - 1/5

**AÇÕES DE ENFERMAGEM PRESCRITAS PARA PACIENTES  
INTERNADOS EM UMA UTI DE ADULTOS**

Patrícia de Oliveira Salgado

Tânia Couto Machado Chianca

**INTRODUÇÃO**

O cuidado de enfermagem é considerado essencial para o tratamento da maioria dos pacientes, entretanto, ainda não é muito visível ou reconhecido. Na prática assistencial percebe-se a necessidade de se instrumentalizar os enfermeiros para implementar o processo de enfermagem de uma forma mais efetiva e com ações sistematizadas. Essa realidade tem maior impacto, sobretudo, quando nos remetemos às Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). Neste ambiente os clientes precisam de avaliações críticas e rápidas, planos de cuidados abrangentes, serviços bem coordenados com outros profissionais da saúde, além de um efetivo e conveniente planejamento para a alta.

Assim, a padronização da linguagem de problemas e tratamentos de enfermagem tem sido desenvolvida para esclarecer e comunicar algumas regras essenciais na implementação dos cuidados<sup>1</sup>. Apesar deste esforço, ainda existem muitos problemas e tratamentos de enfermagem ainda não padronizados. Nestas situações são requeridos do enfermeiro habilidades técnicas e conhecimentos adquiridos com a experiência para examinar as tendências de sua prática, implementar os procedimentos e avaliar a qualidade de cuidados prestados aos pacientes. Contudo, estes precisam ser descritos, pesquisados e divulgados.

A descrição das ações de enfermagem prescritas para pacientes internados em unidades de terapia intensiva fornece um perfil das necessidades de cuidados desses doentes, possibilita a organização do conhecimento sobre esses cuidados, além de permitir comparações entre populações específicas de doentes. Assim, visando colaborar com a descrição da demanda de cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva o presente estudo teve por objetivo identificar as ações de enfermagem prescritas por enfermeiros nos prontuários de pacientes internados em uma UTI de adultos de Belo

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda da EE/ UFMG. Coordenadora de Especialidades e Ensino de Enfermagem do Hospital Municipal Odilon Behrens, MG. Endereço: Rua Carlos Sá, 641, casa 1. B. Jardim Atlântico, Belo Horizonte, MG. E-mail: patriciaoliveirasalgado@gmail.com

#### **Trabalho 24 - 2/5**

Horizonte (MG), os termos empregados, sua frequência e mapeá-los à Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) e às intervenções NIC.

Justifica-se este estudo por considerar-se que a utilização de um conjunto de ações de enfermagem pode representar importante instrumento para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas unidades onde a enfermagem presta assistência, em especial na UTI.

#### **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido em uma UTI de adultos de Belo Horizonte (MG), com 10 leitos destinados à internação particular e/ ou por convênios.

A população foi constituída por todos os prontuários dos pacientes internados na UTI no período de 1 de setembro de 2008 a 30 setembro de 2009, totalizando 494 prontuários. A opção por este período de coleta se deu porque foi a partir de setembro de 2008 que todas as etapas do PE foram implementadas na unidade.

Para o cálculo da amostra utilizou-se o método de reamostragem por permutação<sup>2</sup>, determinando-se um total de 60 prontuários. Contudo, entre os 60 prontuários que compuseram a amostra 16 não apresentavam o registros das prescrições de enfermagem, sendo os mesmos excluídos. Assim, a amostra foi constituída por 44 prontuários.

Os dados foram coletados diretamente no prontuário do paciente e foram transcritos individualmente para uma planilha do programa *Excell for Windows*, para identificação das informações necessárias à investigação e exclusão das repetições.

Nos 44 prontuários foram coletadas 2975 ações de enfermagem, sendo muitas repetidas e, portanto, excluídas. As ações obtidas após a exclusão das repetições foram submetidas a correções de ortografia, análise de sinonímia, adequação de tempos verbais, uniformização de gênero e de número. Dessa forma, ao final desse processo obteve-se 124 ações de enfermagem diferentes entre si.

O estudo foi autorizado pela direção da instituição e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer COEP nº 315/09), sendo seguidas as recomendações da resolução 196/96.

#### **RESULTADOS**

#### Trabalho 24 - 3/5

Para os 44 pacientes foram prescritas 2975 ações de enfermagem, com uma média de 67 cuidados de enfermagem prescritos por paciente durante toda a internação na unidade. Após o processo de normalização do conteúdo obteve-se 124 diferentes ações de enfermagem.

Verificou-se que entre as 124 ações de enfermagem prescritas 19 (15%) apresentaram frequência maior que 50%. As de maior prevalência foram: realizar hidratação cutânea com Saniskin após o banho; realizar higiene oral de 8/8 horas e quando necessário; manter cabeceira elevada se o estado hemodinâmico permitir e datar os equipos e trocálos a cada 72 h, todas prescritas para 100% dos pacientes cujos prontuários foram analisados. Observa-se que a maioria das ações de enfermagem identificadas 64 (52%) foram prescritas para, no máximo, 9% dos pacientes.

As ações de enfermagem prescritas para os pacientes foram mapeadas às necessidades humanas básicas (NHB), sendo 100% mapeadas às necessidades psicobiológicas. Observa-se que à NHB Segurança Física e Meio Ambiente foram mapeadas o maior número de diferentes ações de enfermagem (32-26%) abrangendo, também, o maior número de ações de enfermagem prescritas por prontuários (799-27%).

As ações de enfermagem identificadas também foram mapeadas às intervenções propostas pela NIC, sendo que todas puderam ser ligadas. Entretanto, as ações foram relacionadas a apenas 42 (8%) intervenções NIC, entre as 514 disponíveis. Cento e setenta e duas intervenções NIC foram utilizadas no mapeamento das 124 ações de enfermagem da amostra.

#### DISCUSSÃO

Entre as ações de enfermagem identificadas constatou-se que 5 (4%) foram prescritas para todos os pacientes.

As ações de enfermagem foram mapeadas às NHB previstas na Teoria de Horta<sup>3</sup> e por Benedet & Bub<sup>4</sup>. Todas as ações identificadas (124) foram mapeadas às necessidades psicobiológicas. Compreende-se que em função da gravidade do estado de saúde física dos pacientes internados em uma UTI que a equipe de enfermagem ao prestar os cuidados a este tipo de paciente priorize a assistência às necessidades psicobiológicas afetadas. Contudo, Horta<sup>3</sup> ressalta que as necessidades são inter-relacionadas e fazem parte de um todo indivisível do ser humano de tal forma que, quando uma se manifesta

#### Trabalho 24 - 4/5

todas elas sofrem algum grau de alteração. Assim, as prioridades para a assistência de enfermagem têm de ser ajustadas sistematicamente.

As ações de enfermagem também foram mapeadas às intervenções propostas pela NIC, sendo encontrado que todas foram mapeadas. Entende-se, portanto, que as ações de enfermagem prescritas estão contempladas nas intervenções NIC. Assim, pode-se dizer que a NIC pode representar a prática de enfermagem no contexto de uma UTI brasileira, pois é mais abrangente do que as prescrições atualmente prescritas e executadas pelos membros da equipe de enfermagem com pacientes internados em UTI. Entre as 124 ações de enfermagem, 37 (30%) foram mapeadas a mais de uma intervenção NIC. Tal fato pode ser explicado face a diferenças na terminologia usada nas prescrições e no elenco de atividades para cada intervenção NIC e à própria classificação que contém atividades semelhantes para diferentes intervenções<sup>5</sup>.

#### CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar as ações enfermagem mais frequentes prescritas e executadas com os pacientes internados em uma UTI de Adultos. Para os 44 pacientes cujos prontuários foram analisados encontrou-se 124 diferentes ações de enfermagem. Dessas, apenas 5 foram prescritas para 100% dos pacientes.

Todas as ações de enfermagem identificadas foram mapeadas às necessidades humanas básicas psicobiológicas. Quanto ao processo de mapeamento às intervenções NIC executado, foi possível fazer a ligação de 100% das ações às intervenções sugeridas na NIC.

Como a enfermagem tem buscado pela integralidade no cuidado que presta, sugere-se que estudos semelhantes em UTI de outras localidades e diferentes contextos/especialidades sejam conduzidos no sentido de acompanhar a evolução das prescrições de enfermagem em relação a identificação e atendimento a outras necessidades humanas para além das necessidades psicobiológicas, além da incorporação da grande possibilidade que a classificação NIC pode oferecer no sentido de abrangência dos planos de ações de enfermagem, visando favorecer a documentação e a comunicação entre os profissionais e contribuir para o desenvolvimento da área.

**Palavras-chave:** processos de enfermagem; cuidados de enfermagem; classificações de enfermagem.

**Trabalho 24 - 5/5**

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

**REFERÊNCIAS**

1. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
2. Good PI. Permutation Tests:a practical guide to resampling methods for testing hypotheses. New York: Springer-Verlag, (Springer series in statistics); 1994.
3. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
4. Benedet AS, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2.ed. ver. Florianópolis: Bernúncia, 2001.
5. Lucena AF. Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma unidade de terapia intensive [dissertação]. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006.

**Trabalho 25 - 1/4**

TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR DE PACIENTES ACOMETIDOS  
POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO<sup>1</sup>

RODRIGUES, Rebeca Cordeiro<sup>2</sup>

OLIVEIRA, Talita Ferreira<sup>3</sup>

OLIVEIRA, Ana Railka de Souza<sup>4</sup>

CHAVES, Daniel Bruno Resende<sup>5</sup>

SILVA, Viviane Martins da<sup>6</sup>

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira<sup>7</sup>

**INTRODUÇÃO:** Geralmente, quando ocorre um declínio funcional em decorrência de algum processo patológico, a família se envolve em aspectos da assistência, na supervisão das responsabilidades e na provisão direta dos cuidados<sup>1</sup>. Dentro desse contexto o paciente que sofreu acidente vascular encefálico (AVE), após o período de internação hospitalar, pode retornar ao lar com seqüelas físicas e emocionais, comprometedoras da capacidade funcional, da independência e da autonomia e com repercussões sobre a vida social e econômico<sup>2</sup>. Portanto, por ser o AVE uma doença crônica-degenerativa, que além de representar a terceira causa de morte em países industrializados, é também a primeira causa de incapacidade entre adultos, urge a necessidade da figura do cuidador, foco do presente estudo. O cuidador em questão, ou seja, o cuidador informal é qualquer pessoa adulta e capaz, membro da família ou da comunidade, cuja principal função é cuidar de alguém que, por sua faixa etária ou condição física e mental, é incapaz, total ou parcialmente, de se cuidar sozinho, provisório ou

<sup>1</sup> Trabalho extraído da dissertação em andamento: DESAFIO DO CUIDADO DOMICILIAR: avaliação da sobrecarga de cuidadores de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico”, desenvolvida no Projeto Integrado Cuidado em Saúde Cardiovascular, Financiado pelo CNPq, MCT/CNPq 14/2009 – Universal, processo 472570/2009-9. Universidade Federal do Ceará.

<sup>2</sup> Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

<sup>3</sup> Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista de IC/CNPq.

<sup>4</sup> Enfermeira. Aluna do Mestrado da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES.

<sup>5</sup> Enfermeiro. Aluno do Mestrado da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES. E-mail: dbresende@yahoo.com.br

<sup>6</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

<sup>7</sup> Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora CNPq.

#### Trabalho 25 - 2/4

parcialmente<sup>3</sup>. Logo, é papel do enfermeiro elaborar intervenções mais acuradas, mas é necessária uma investigação eficaz, fazer um levantamento dos dados e identificar os diagnósticos. O diagnóstico de enfermagem (DE) é a conclusão do levantamento dos dados, uma vez que o propósito primordial é a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem a serem prestados aos pacientes<sup>4</sup>. Visa melhorar com isto a assistência de enfermagem, tornando-a mais individualizada e específica, como no caso do AVE que traz repercussões diferentes para os cuidadores. **OBJETIVOS:** Investigar a prevalência do diagnóstico de enfermagem “Tensão do papel do cuidador (TPC) nos cuidadores familiares de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico; avaliar a acurácia das características definidoras (CD) do diagnóstico de enfermagem TPC e verificar a relação entre as características definidoras e a presença do DE Tensão do papel de cuidador. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, com natureza transversal, desenvolvido junto ao Programa de Assistência Domiciliar desenvolvido por um hospital do nível secundário, na cidade de Fortaleza, Ceará. O estudo foi realizado com os cuidadores de pacientes acometidos por AVE. Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2010. Foi utilizado para a coleta um instrumento construído no formato de um formulário, baseado nas características definidoras do diagnóstico de enfermagem TPC da NANDA<sup>5</sup>. O instrumento de coleta de dados foi constituído por variáveis independentes (sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação atual e anterior e relação cuidador/paciente). A variável dependente foi o diagnóstico em estudo. Para determiná-lo utilizou-se do julgamento de seis especialistas baseado na presença das características definidoras. De posse dos dados, estes foram organizados em planilhas do programa Excel 8.0 e analisados pelo programa SPSS versão 15.0. O nível de significância adotado foi de 5% Foram cumpridas as recomendações da resolução 196/96 referentes às pesquisas desenvolvidas com seres humanos. **RESULTADOS:** No estudo participaram 42 cuidadores de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico, sendo que a maioria era do sexo feminino (90,5%), casadas (57,1%), seguidas por solteiras (28,6%). Na relação cuidador/paciente a prevalência foi das filhas (45,2%) e das esposas (19%). **Quanto à situação ocupacional, 83,3% dos cuidadores não trabalhavam, principalmente, pelo fato de a maioria ter deixado de trabalhar para ser**

Trabalho 25 - 3/4

cuidador (40%). Dos que trabalhavam, 33,3% eram vendedores. As variáveis idade e escolaridade apresentaram distribuição simétrica ( $p>0,05$ ), indicando que, em média, os cuidadores apresentaram 46,39 anos ( $\pm 15,60$ ) e a escolaridade foi de 10 anos ( $\pm 4,39$ ). Em relação a como aprenderam a cuidar, 81% dos cuidadores relataram ter recebido orientações de profissionais, seja na alta hospitalar ou não. As características definidoras que se mostraram mais prevalentes, com frequência maior que 50% da população e com associação estatisticamente significativa com o DE “Tensão do papel do cuidador” ( $p<0,05$ ) foram: “Afastamento da vida social” (81,0%,  $p=0,002$ ), “Mudanças nas atividades de lazer” (81,0%,  $p=0,002$ ), “Dificuldade para realizar as tarefas necessárias” (73,8%,  $p=0,021$ ), “Nervosismo aumentado” (73,8%,  $p=0,021$ ), “Sono perturbado” (64,3%,  $p=0,034$ ), “Preocupações com relação aos membros da família” (64,3%,  $p=0,034$ ), “Falta de tempo para satisfazer às necessidades pessoais” (61,9%,  $p=0,011$ ) e “Labilidade emocional aumentada” (61,9%,  $p=0,001$ ). Em relação ao diagnóstico de enfermagem, em questão, os avaliadores julgaram que 73,8% dos cuidadores de pacientes acometidos por AVE apresentaram tal fenômeno de enfermagem. Apesar de não apresentar associação estatística com o DE, a CD “Apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à saúde do receptor de cuidados” esteve presente em todos os cuidadores (100%). No que concerne às características definidoras “Afastamento da vida social” e “Mudanças nas atividades de lazer” houve aumento de três vezes ( $RP= 3,412$ ) na probabilidade, respectivamente, de os indivíduos apresentarem o diagnóstico TPC. As características definidoras mais sensíveis para o diagnóstico de enfermagem Tensão do papel de cuidador foram: “Afastamento da vida social” (93,55%), “Mudanças nas atividades de lazer” (93,55%), e ambas demonstraram maior valor preditivo negativo, com 75,00%, respectivamente. As características que se mostraram mais específicas foram: “Apreensão quanto aos cuidados que o receptor deve ter caso o cuidador seja incapaz de oferecê-los está presente”, “Apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à capacidade do cuidador para oferecer cuidados”, “Fadiga”, “Baixa produtividade no trabalho”, “Hipertensão”, “Raiva”, todas com 90,91%. A característica definidora “Labilidade emocional aumentada” apresentou maior valor preditivo positivo, com 92,31%. **CONCLUSÃO:** Essa realidade demonstra a necessidade de se implementar ações de enfermagem durante todo o

**Trabalho 25 - 4/4**

tempo de permanência do paciente no ambiente hospitalar, para que os familiares possam adquirir todos os conhecimentos necessários para dar continuidade aos cuidados no domicílio. Diante desta circunstância, acredita-se que o cuidador familiar contribui de maneira fundamental para o bem-estar da população que cuida pela grande quantidade de atividades de proteção, ajuda e cuidado que desenvolve de maneira contínua, o que acaba por levá-lo a sobrecarga. Nesta situação, cabe ao profissional enfermeiro contribuir para mudanças no estilo de vida, propiciar, também, o aprendizado de novas formas de cuidar, ampliando as oportunidades para resgatar seu bem-estar físico e emocional.

**Palavras-chave:** Acidente cerebral vascular; Diagnóstico de enfermagem; Cuidadores.

**REFERÊNCIAS:**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006.
2. Maturana HR. Biology of Language: The Epistemology of Reality. In: MILLER, G; LENNEBERG, E editors. Psychology and Biology of Language and Thought. New York (NY): Academic Press; 1978.
3. Duarte YAO. O cuidador no cenário assistencial. O mundo da saúde, 2006; 30(1): 37-44.
4. Lima AFC, Kurcgant P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Rev. Esc. Enferm. USP, 2006; 40(1): 111-116.
5. NANDA International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificações 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

**Área temática do trabalho:** 1- Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

Trabalho 26 - 1/4

COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA E AVE – UM ESTUDO EXPLORATÓRIO.

Chaves, Daniel Bruno Resende<sup>1</sup>  
Beltrão, Beatriz Amorim<sup>2</sup>  
Oliveira, Ana Railka de Souza<sup>3</sup>  
Costa, Alice Gabrielle de Sousa<sup>4</sup>  
Silva, Viviane Martins da<sup>5</sup>  
Araujo, Thelma Leite de<sup>6</sup>

**Introdução:** As afecções do aparelho cardiovascular são a principal causa de morte em nosso país, atingindo a porcentagem de 32,5% do total de óbitos. Dentre estas perdas, estão as relacionadas com doenças cerebrovasculares que assumem a liderança desta categoria, alcançando a porcentagem de 10% de óbitos. A principal alteração dentre as doenças cerebrovasculares é o acidente vascular encefálico (AVE), por ser a mais comum e por seu poder de incapacitação e letalidade nos indivíduos acometidos. Esta afirmativa é comprovada pelas estatísticas do ano 2001 em que houve aproximadamente 20,5 milhões de AVE no mundo, dos quais 5,5 milhões foram fatais<sup>1</sup>. Uma das seqüelas mais freqüentes e que interferem sobremaneira na qualidade de vida dos pacientes é a alteração na comunicação. Esta pode ser verbal, por comprometimentos na área cerebral responsável pela compreensão de sinais e símbolos ou por perda do movimento normal do aparelho motor da fala, ou pode ser do tipo não-verbal por comprometimento muscular facial e motor fino dos membros<sup>2</sup>. Problemas de comunicação, principalmente da comunicação verbal, constituem uma situação que demanda atenção especial da enfermagem, com ações de cuidado que levam em conta a dificuldade ou impossibilidade da pessoa para manifestar suas necessidades<sup>3</sup>. Desde 1983, foi incluído na Taxonomia da NANDA-I o diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada compreendida como a habilidade diminuída, retardada ou ausente para perceber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos. Este Diagnóstico foi revisto em 1996 e 1998<sup>4</sup>. Desta forma, entre as diversas demandas de cuidado apresentadas pelo portador de seqüelas de um AVE, incluem-se aquelas decorrentes do comprometimento na fala<sup>3</sup>. **Objetivo:** Investigar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Comunicação Verbal Prejudicada em pacientes com acidente vascular encefálico na fase de reabilitação. **Metodologia:** Estudo transversal com abordagem exploratória realizado em duas sedes da Associação Cearense Beneficente de Reabilitação (ABCR), ambas situadas na cidade de Fortaleza-CE. Adotou-se como

#### Trabalho 26 - 2/4

critérios de inclusão: a) ser cadastrado na ABCR; b) ter apresentado pelo menos um episódio de acidente vascular encefálico, com diagnóstico confirmado por médico; c) ter idade acima de 18 anos; d) ter condições mínimas para estabelecer comunicação e responder às questões elaboradas e/ou estar acompanhado por pessoa que tivesse condições de responder de forma adequada às questões. Quanto ao instrumento de coleta de dados, tendo em vista o objetivo traçado para o estudo, e a finalidade de subsidiar a consulta de enfermagem, o instrumento foi organizado em duas partes. A primeira foi relacionada aos dados socioeconômicos (idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar) e fatores relativos ao processo saúde-doença: tempo de ocorrência e número de episódios de AVE. A segunda parte do instrumento contemplava questões específicas sobre a avaliação de sinais e sintomas (características definidoras) relacionados à comunicação verbal, que serviram de subsídios para confirmação do diagnóstico estudado. Os dados foram coletados com a fonte de tipo primária, diretamente com o cliente, ou quando este não pôde fornecer as informações, com um familiar que se denominou de cuidador e que conhecia os comportamentos de saúde e as necessidades de cuidado do paciente. Considerou-se que o diagnóstico estava presente, sempre que o processo de comunicação verbal ou não verbal encontrava-se prejudicado, independente do número de características presentes. O processo de inferência diagnóstica foi realizado, adotando-se as etapas do raciocínio diagnóstico preconizadas por Gordon<sup>(2)</sup>. Os dados quantitativos foram organizados em planilhas do software Excel, e para análise estatística foi utilizado o software SPSS versão 17.0. Foram discutidas com base na literatura as características definidoras apresentadas por 50% ou mais dos participantes e outras que mesmo tendo frequência inferior a 50% são consideradas pela literatura, importantes para o processo de comunicação. Foram utilizadas tabelas e/ou quadros para apresentação dos achados. Para a determinação do diagnóstico de enfermagem Comunicação Verbal prejudicada foi utilizada a taxonomia II da NANDA<sup>(1)</sup>. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Os pacientes e familiares que participaram do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos do mesmo e manifestaram aceitação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Foram avaliados 40 indivíduos que apresentaram média de idade de 61,33 anos; 57,5% dos participantes eram do sexo masculino; quanto ao estado civil, a maioria (45%) referiu ser casado; em relação à renda familiar, 42,5% dos indivíduos referiram possuir renda entre 1 e 3 salários mínimos; o tempo médio de escolaridade foi 6,76 anos. O

#### Trabalho 26 - 3/4

diagnóstico de Enfermagem Comunicação Verbal prejudicada foi encontrado em (37,5%) dos participantes. As características definidoras mais freqüentes foram: Verbaliza com dificuldade (93,3%); Dificuldade para formar palavras ou sentenças (86,7 %); Dificuldade de usar a expressão corporal (73,3 %); Dificuldade de usar a expressão facial (73,3%); Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos (73,3%); Fala com dificuldade (73,3%); Dificuldade para formar frases (60,0%) e Desorientação no tempo (53,3%). Embora não se tenha encontrado diferenças estatisticamente significantes, indivíduos com o diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada apresentaram um tempo menor de escolaridade ( $p=0,12$ ) e um menor tempo decorrido entre a avaliação e o AVE ( $p=0,16$ ). Já o número médio de AVE foi maior nesta mesma população ( $p=0,01$ ). Outras variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa foram Desorientação quanto ao mês ( $p=0,001$ ) e Desorientação quanto à cidade e bairro de residência, ambos com  $p=0,02$ .

**Conclusão:** Comparando as características sócio-econômicas entre os dois grupos (participantes com o diagnóstico e participantes sem o diagnóstico), foram encontradas diferenças no tempo de escolaridade, número médio de AVE e tempo decorrido após o AVE. Aqueles com a presença do diagnóstico de enfermagem apresentaram menor tempo de escolaridade, maior número médio de AVE e menor tempo transcorrido desde o acidente até a avaliação. Portanto, conclui-se que a alteração da fala traduzida na forma do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada é uma alteração presente no perfil dos pacientes acometidos por AVE. Este diagnóstico mostra-se como uma seqüela importante no contexto social destes clientes merecendo, maior atenção do profissional de enfermagem seja na abordagem terapêutica da pessoa com esta alteração, seja como ações de prevenção da ocorrência de novos episódios de AVE, procurando-se evitar principalmente a sua recorrência e conseqüentemente o acúmulo de seqüelas.

**Palavras-chave:** Acidente cerebral vascular; Diagnóstico de enfermagem; Comunicação.

01-ANDRÉ, C. **Manual de AVC**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

02- ORDAHI, L. F. B.; PADILHA, M. I. C. S.; SOUZA, L. N. A.; Comunicação entre a Enfermagem e os Clientes Impossibilitados de Comunicação Verbal. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 15, n. 5, 2007.

**Trabalho 26 - 4/4**

03- MERCEDES, G. M.; NIURKA, A. H. Alteraciones del lenguaje postaccidente vascular encefálico en el adulto mayor. **Rev Mex Neuroci.** v. 7, n. 6, p. 545-49, 2006.

04- North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008.** Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 396.

05- GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application.** 3ed. St. Louis: Mosby, 1994.

Autores:

\*Desenvolvido no projeto Cuidado em saúde cardiovascular, CNPq n° 306149/2006-0.

<sup>1</sup>Chaves Daniel Bruno Resende. Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Endereço: Rua Guarani, 638. Henrique Jorge, Fortaleza- Ceará. CEP: 60520-660. Telefone: (85) 32901082. E-mail: [dbresende@yahoo.com.br](mailto:dbresende@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Beatriz Amorim Beltrão. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

<sup>3</sup>Ana Railka de Souza Oliveira. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

<sup>4</sup>Alice Gabrielle de Sousa Costa. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

<sup>5</sup>Viviane Martins da Silva. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. E-mail: [vivianemartinsdasilva@hotmail.com](mailto:vivianemartinsdasilva@hotmail.com)

<sup>6</sup>Thelma Leite de Araújo. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora CNPq.

Trabalho 27 - 1/4

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE VIDA DE  
IDOSOS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE GERIATRIA**

**Drielle Souza Cavalcante**

**Daniele Gomes Barreto**

**Julisse Marcela Nepomuceno Aragão**

**Kamilla Grasielle Nunes da Silva**

**Cris Renata Grou Volpe**

**RESUMO**

**Introdução** Nos últimos anos a população brasileira vem envelhecendo e de maneira acelerada devido à transição demográfica vivenciada pelo país, a diminuição das taxas de natalidade e mortalidade além do brusco aumento da expectativa de vida. Envelhecer traz consigo inúmeras conseqüências tanto físicas quanto psicológicas e é importante que se passe a enxergar a velhice como processo natural da vida e não como algo negativo; para tanto, as pessoas devem ter garantia de que serão bem assistidas nessa fase obtendo assim um envelhecimento saudável. A enfermagem, buscando afirmar que todas as necessidades de cuidado sejam atendidas, acredita que a identificação dos diagnósticos de enfermagem nesse grupo possa contribuir para uma assistência integral e de qualidade. **Objetivos** O presente estudo propôs analisar o perfil sócio demográfico e de condições de vida de idosos ambulatoriais, além de posteriormente identificar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes num grupo de idosos atendidos no ambulatório de geriatria do Hospital Regional do Guará - DF (HRGU). **Metodologia** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, observacional. A coleta dados foi realizada no período de Novembro de 2009 a Março de 2010 nas terças e quintas feiras pela manhã. Participaram do estudo idosos que, após receber os esclarecimentos, estavam de acordo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Distrito Federal segundo resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Foram abordados 40 pacientes na sala de espera do ambulatório de geriatria do referido hospital, para participar deveriam obedecer aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais e assinar consentimento, pós informado. Na consulta de enfermagem utilizou-se um instrumento de coleta semi-estruturado, padronizado e previamente testado, composto de questões abertas e fechadas que continham os seguintes temas:

#### Trabalho 27 - 2/4

perfil socioeconômico, os hábitos de vida do entrevistado, uso de medicamentos em geral, grau de informação sobre doença e tratamento. Bem como dados do exame físico. Também foram aplicadas: a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) descrita por Yesavage et al<sup>1</sup>, com o objetivo de detectar estados depressivos em idosos; essa é formada por 15 itens e considerado normal um escore de  $3 \pm 2$  (1-5); depressão média  $7 \pm 3$  (4-10); depressão maior  $12 \pm 3$  (10-14); a Escala de Lawton e Brody<sup>2</sup> para avaliar as atividades Instrumentais da vida Diária (AIVD); essa expressa a plena independência do indivíduo para uma aquisição de 21 pontos, dependência parcial  $>5 < 21$  pontos e máxima dependência para a aquisição de  $\leq 5$  ponto; o Mini-exame do estado mental<sup>3</sup>, que fornece o índice de cognição do indivíduo idoso, esse tem pontuação máxima igual a 30 e o estado mental é considerado comprometido quando se atinge menos de 24 pontos; e a Escala de Morisky e Green<sup>4</sup> para mensurar adesão individual dos pacientes ao tratamento farmacológico, relaciona aspectos como esquecimento, falta de cuidado quanto ao horário, interrupção do uso quando se sente bem ou interrupção do tratamento quando se sente mal. **Resultados** Dos idosos atendidos 62,5% eram do sexo feminino, 75% tinham entre 60 e 80 anos, em sua maioria eram aposentados e 65,0% deles tinha nível de escolaridade inferior ao ensino fundamental completo. Mais de 90,0% vivem em casa de alvenaria e em área urbana e 85% possuem casa própria ainda que com ônus. Quanto a renda, 62,5 % informaram ser essa igual ou inferior a três salários mínimos e 60,0% a considera suficiente. Em relação aos hábitos cotidianos e doenças, 70,0% não praticavam exercício físico, muitas vezes porque sentiam dor ou possuíam alguma limitação física e 57,5% não tinha nenhum hábito de lazer, todos pertenciam a alguma religião. O tabagismo foi encontrado em 27,5% dos entrevistados e o etilismo em 10,0%. A respeito do sono 17,5% relataram insônia e 17,5% sonolência durante o dia. 27,5% descreveram acordar varias vezes à noite, 27,5% acordam cansados e 27,5% dormem durante o dia. Quanto aos diagnósticos apresentados 42,5% eram hipertensos, 22,5% cardiopatas, 17,5% diabéticos e 10% possuíam alguma doença respiratória e/ou alergias. Destaca-se que 55,0% fizeram algum tipo de cirurgia, 10,0% têm historia de câncer e 25,0% hipertriglicéridos. Com relação aos hábitos de vida 82,5% faziam de 2 a 5 refeições; a carne mais consumida era a de ave citada por 60,0% dos pacientes; legumes e verduras eram consumidos por 72,5%, frutas por 85,0%, massas por 25%, laticínios por 20%, frituras por 17,5 por cento, cereais por 20% e sucos por 57,5%. A

### Trabalho 27 - 3/4

ingestão de água foi menor de 500 a 1000 ml por dia em 70,0% dos entrevistados. A restrição alimentar mais referida foi a de gordura levantada por 20% dos idosos. De todos os medicamentos mencionados 60% eram antihipertensivos, 20% antidiabéticos e 18% anticoagulantes, foram os mais encontrados. Quanto às atividades Instrumentais da vida Diária 80% dos idosos foram classificados como dependência parcial e os outros como independentes, 60% dos idosos apresentavam déficit cognitivo segundo o Mini-exame do estado mental<sup>4</sup>. Estados depressivos graves foram detectados pela EDG em 15% dos idosos. O Teste Morisky e Green foi utilizado para avaliar a adesão individual ao tratamento farmacológico, destacando uma adesão de 22%. A não adesão representou-se por 35% que se esquecia de tomar seus medicamentos; 47,5 % que se descuidavam do horário, 20 % que não tomavam quando se sentiam bem e, 37,5 % que deixavam de tomar, caso os medicamentos fizessem mal. A adesão aos antiparkinsonianos prevaleceu seguida dos cardiotônicos e diuréticos. Dos títulos diagnósticos presentes sobressaíram-se: Percepção sensorial perturbada (visão) 92,5%; Percepção sensorial perturbada (audição) 40%; Débito cardíaco diminuído 40%; Dentição prejudicada 37,5%; Memória prejudicada 35%; Risco de quedas 32,5%; Constipação 32,5%; Conhecimento deficiente 30%; Mucosa oral prejudicada 30%; Deambulação prejudicada 27,5%; Perfusão tissular periférica ineficaz 27,5% e Insônia 25%. **Conclusão** Diante dos resultados apresentados observa-se que a população compõe um grupo de idosos de baixa renda e baixo nível de escolaridade. Esses por sua vez vivem em ambientes que oferecem boas condições vida e garantem ter renda suficiente para sanar suas necessidades de saúde. Muitos se alimentam poucas vezes ao dia apesar de comporem um cardápio variado, e a ingesta hídrica é baixa, o que contribuiu para a aquisição de alguns dos títulos diagnósticos. Os diagnósticos de enfermagem encontrados não diferem de forma expressiva dos detectados em estudos anteriores, comprovando que os problemas são típicos da terceira idade. Constatou-se também que a baixa adesão aos medicamentos pode estar relacionada ao baixo grau de instrução dos entrevistados e também as alterações cognitivas que esses detêm; em diversos casos outras pessoas controlam a medicação. Avaliações como esta contribuem para direcionar os cuidados promovendo a saúde dos idosos e a melhoria de sua qualidade de vida.

**Trabalho 27 - 4/4**

**Palavras-chave:** saúde do idoso, tratamento farmacológico, diagnósticos de enfermagem.

**Área temática:** 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Referências Bibliográficas**

- 1 Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983;17(1):37-49.
- 2 Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9:179-186.
- 3 Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov;12(3):189-98.
- 4 Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986 Jan;24(1):67-74.

Trabalho 28 - 1/4

**TAXONOMIA II DA NANDA-I NA AVALIAÇÃO DO PERÍODO PÓS-  
PARTO NO CONTEXTO DOMICILIAR**

FLAVIANA VIEIRA<sup>1</sup>

MARIA MÁRCIA BACHION<sup>2</sup>

TAÍSA CRISTINA BARCELOS ANDRADE<sup>3</sup>

POLLYANNE SANTOS MARTINS<sup>4</sup>

GISELE OLIVEIRA MARTINS<sup>5</sup>

O cuidado é a essência da assistência da enfermagem e vem há tempos tendo sua prática incorporada à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e, pode variar desde a abordagem puramente tecnicista até a individualizada e humanizada, centrada na totalidade do ser humano. Durante a assistência de enfermagem é preciso abordar não somente as manifestações clínicas da gravidez e do puerpério, mas também os sentimentos e experiências, para que estes sejam momentos simples, naturais, agradáveis para a puérpera<sup>1</sup>. É fundamental a atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto, tanto para a saúde materna quanto neonatal. Deve-se incentivar o retorno da mulher e do RN ao serviço de saúde depois do parto, desde o pré-natal e na maternidade<sup>2</sup>. Ao retornar a comunidade a puérpera necessita de um atendimento de enfermagem sistematizado e é com este intuito optou-se pela utilização dos diagnósticos de enfermagem (DE), que são componentes essenciais para a sistematização, por meio de planejamento, intervenção e evolução de enfermagem com as puérperas, no contexto em que se encontram. OBJETIVO: Analisar os DE apresentados por puérperas no período imediato e tardio, no contexto da comunidade. METODOLOGIA: Estudo descritivo de abordagem quantitativa realizado na área de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário Leste de Goiânia – GO, de fevereiro a maio de 2008. A amostra foi constituída por 40 puérperas que atenderam aos critérios de inclusão: estar no período

<sup>1</sup>Enfermeira Obstetra. Doutoranda pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da FEN/UFG. Pesquisadora do Grupo de Estudo em Saúde da Mulher do Adolescente e da Criança – GESMAC e membro do NUTADIES. Rua 227 Qd 68, S/N - Setor Leste Universitário. Goiânia. Goiás. Brasil. CEP: 74605-080 - Telefone: (62) 3209-6280. [flavianamori@gmail.com](mailto:flavianamori@gmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da FEN/UFG. Pesquisadora do NUTADIES.

<sup>3</sup> Discente do curso de Enfermagem da FEN/UFG.

<sup>4</sup> Discente do curso de Enfermagem da FEN/UFG.

<sup>5</sup> Discente do curso de Enfermagem da FEN/UFG.

**Trabalho 28 - 2/4**

imediate ou tardio, com criança viva, e pertencer à área de cobertura da ESF da região leste de Goiânia - GO, independente da escolaridade, da renda, do estado civil, do tipo de parto e da paridade. Excluíram-se as de idade inferior a dezoito anos, com presença do diagnóstico médico de transtorno cognitivo ou psiquiátrico que comprometesse a capacidade de autodeterminação. Foram utilizados entrevista, exame físico e observação como meios de busca e aquisição de dados. A avaliação dos DE foi baseada na Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I)<sup>3</sup>. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, protocolo 185/07. RESULTADOS: O DE Conhecimento deficiente esteve presente em 100% das puérperas, envolvendo diferentes tópicos: armazenamento do leite materno (97,5%); cuidados prestados a sua criança (90%); ordenha do leite materno (87,5%); amamentação (85%); alimentação materna no pós-parto (75%); cuidados com as mamas (45%); cuidados com incisão cirúrgica abdominal ou perineal ou laceração (10%). O fator relacionado para este diagnóstico esteve ligado à falta de exposição à informação profissional e fator cultural. As participantes alegaram não terem recebido orientações sobre estes assuntos no pré-natal ou que receberam informações superficiais. Em relação ao conceito amamentação estiveram presentes os diagnósticos: *Risco de amamentação interrompida* identificado em 97,5% das puérperas; Amamentação eficaz em 87,5%; *Risco de amamentação ineficaz* em 75,0%; Amamentação ineficaz em 12,5%; sendo evidenciado que apesar da maioria das participantes no momento da entrevista apresentavam amamentação satisfatória, elas tiveram fatores de risco para diagnósticos que podem levar quebra da continuidade do processo de amamentação, consequentemente ao desmame precoce, se não for assistido estes fatores de risco, como oferecimento de chá. O Risco para infecção esteve presente em 92,5%, localizado nas regiões topográficas de mamas, vagina, pele, abdômen e períneo. A Integridade tissular prejudicada esteve presente em 90,0%; Risco pra integridade da pele prejudicada em mais da metade das puérperas (57,5%); Integridade da pele prejudicada em 40% das puérperas; estes diagnósticos relacionados principalmente a fatores mecânicos (incisões cirúrgicas do parto cesáreo ou normal, pega incorreta da criança na amamentação). Além das modificações biológicas, neste período ocorrem também as modificações e adaptações psicossocioculturais que podem gerar Ansiedade, verificada em 80% das puérperas; Medo

**Trabalho 28 - 3/4**

em 27,5%. Foi marcante a fala das participantes, relativa um temor vago e impreciso, de algo de ruim poderia acontecer com a criança. No pós-parto, a alimentação materna foi modificada em função de conselhos dados por membros da família, em especial, de mulheres que já vivenciaram o puerpério. Estes levaram a adoção de comportamentos inapropriados, como restrição de alimentos, com isso o DE Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais identificado em 72,5%; e 5% das puérperas tiveram o DE Nutrição alterada para mais que as necessidades corporais, relacionada predominantemente ao fator cultural. O DE risco de constipação em 47,5% e constipação em 45% devido à ingestão de fibras e líquidos insuficientes. A Dor aguda apresentou-se em 47,5% das puérperas, devido a agentes lesivos biológicos (incisão cirúrgica por parto cesáreo ou episiotomia no parto normal, e/ou posição inadequada durante a amamentação). Com a chegada de um novo membro a família sofre modificações no pós-parto, que, nestas puérperas significou movimento de apoio, contribuindo para o diagnóstico de Disposição para processos familiares melhorados em 60%, no entanto, 40% apresentaram Processos familiares interrompidos. A Insônia esteve presente em 52,5% devido ao acordar para prestar cuidados a criança. Em relação à maternidade 47,5% apresentaram Disposição para a maternidade melhorada; 32,5% apresentaram Risco para maternidade prejudicada e 20% Maternidade prejudicada. A Baixa autoestima presente em 30% e Risco de baixa autoestima em 17,5% relacionada à falta de reconhecimento do companheiro e distúrbio na imagem. Estes resultados mostram que a abordagem e orientação realizada pelos profissionais que atenderam essa mulher no pré-natal, precisam ser melhoradas e continuadas no período pós-parto. Percebe-se que crenças, hábitos e apoio dos familiares influenciam nas respostas humanas das puérperas. As informações que elas recebiam por parte dos profissionais remetem a reflexões sobre o papel e a importância da enfermagem no pré-natal e no período puerperal, pois conhecimentos simples sobre esta fase apoiariam para que ela enfrentasse essa fase da vida com mais segurança. Diagnósticos frequentes, que foram apresentados neste estudo, revelam o quanto uma abordagem sistematizada utilizando uma linguagem padronizada é necessária em todas as fases do período gestacional e no puerpério. **CONCLUSÃO:** Os DE acima apresentados pelas puérperas mostram que elas convivem com aspectos positivos, negativos e de risco no cotidiano do bem-estar/alterações de saúde do binômio mãe e filho, e familiares. Isto indica a necessidade de uma reflexão

**Trabalho 28 - 4/4**

profunda acerca da responsabilidade da enfermagem sobre sua atuação tanto no puerpério como no pré-natal, sugerindo a necessidade de um acompanhamento mais próximo, através de uma abordagem individualizada e específica da enfermagem, identificando as prioridades de assistência e direcionando as intervenções de enfermagem para estas puérperas, o que beneficia todos os profissionais e serviços envolvidos com a saúde materna infantil. A enfermagem pode e deve contribuir para a melhoria dos resultados de saúde da população de forma geral e para tanto seria necessário substituir a abordagem fragmentada, biologicista e hospitalar atual, por uma visão integral da puérpera no seu contexto sociocultural e familiar. A Taxonomia da NANDA favorece essa abordagem integral da população, pois ele aborda não somente o biológico, como aspectos psicossocioculturais, em especial quando utilizada no contexto em que o cliente está inserido.

**REFERÊNCIAS**

1. Rodrigues DP, Fernandes AFC, Silva RM, Rodrigues MSP. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006. 277-86p.
2. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico. Brasília (DF): 2005. 158p.
3. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009/2011*. NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2010.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de enfermagem, puerpério, comunidade.

**Área Temática:** 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

Trabalho 29 - 1/4

**AVALIAÇÃO DE PUÉRPERAS NA COMUNIDADE:  
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ENVOLVENDO O  
CONCEITO AMAMENTAÇÃO**

Flaviana Vieira<sup>1</sup>

Maria Márcia Bachion<sup>2</sup>

Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante<sup>3</sup>

Os profissionais de saúde da área materno-infantil buscam apoiar e desenvolver a amamentação eficaz pela sua importância, para a saúde da mulher e da criança. O ato de amamentar é de escolha individual, recebe influência dos aspectos biológicos e psicológicos do binômio mãe-criança, e, das crenças construídas por influência da cultura social e familiar<sup>1</sup>. As ações de enfermagem têm papel orientador neste processo de amamentar, e devem ser positivamente efetivas para esta clientela. Nesse contexto é necessário avaliar as respostas humanas das puérperas, relacionadas ao conceito amamentação, em especial no contexto domiciliar, quando a puérpera está inserida num ambiente em que pode ocorrer conflitos de saberes, entre os familiares e dos profissionais de saúde. Com isso propôs este estudo tendo como **objetivo**: Analisar a ocorrência de diagnósticos de enfermagem do conceito amamentação no puerpério imediato e tardio, no contexto da comunidade. **Metodologia**: estudo descritivo transversal, de abordagem quantitativa, realizado no Distrito Sanitário Leste de Goiânia - GO, onde atuam as equipes de Saúde da Família. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo 185/07). A amostra de 40 puérperas que atenderam aos critérios de inclusão: estar no puerpério imediato ou tardio, com criança viva, 18 anos, residir na área de cobertura da equipe de saúde da família da região estudada, independente da escolaridade, da renda, do estado civil, do tipo de parto e da paridade. Foram excluídas as puérperas com capacidade de autodeterminação não

---

<sup>1</sup>Enfermeira Obstetra. Doutoranda pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da FEN/UFG. Pesquisadora do Grupo de Estudo em Saúde da Mulher do Adolescente e da Criança – GESMAC e membro do NUTADIES. Rua 227 Qd 68, S/N - Setor Leste Universitário. Goiânia. Goiás. Brasil. CEP: 74605-080 - Telefone: (62) 3209-6280. [flavianamori@gmail.com](mailto:flavianamori@gmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do NUTADIES. Professora Titular da FEN/UFG.

<sup>3</sup>Enfermeira do Hospital das Clínicas UFG/GO. Mestre em Enfermagem. Pesquisadora do NUTADIES. Professora da UNIEVANGÉLICA.

#### Trabalho 29 - 2/4

preservada. O instrumento de coleta de dados foi elaborado a partir dos fatores relacionados e características definidoras dos diagnósticos estudados (amamentação eficaz, amamentação ineficaz e amamentação interrompida), segundo a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association – Internacional* (NANDA-I)<sup>2</sup>. Realizou-se ainda busca na literatura acerca dos parâmetros de avaliação de cada item e consultaram-se três profissionais experientes da área, duas com experiência em obstetrícia e uma em diagnóstico de enfermagem, chegando a um roteiro final, que contém modificações ou acréscimos de termos à Taxonomia, destacados em itálico. A coleta de dados foi iniciada somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo utilizados procedimentos de entrevista, exame físico e observação no domicílio da puérpera, entre os meses de fevereiro e maio de 2008, por meio de um encontro com duração de duas horas. Realizado o raciocínio diagnóstico, que culminou com o julgamento clínico da presença ou não do diagnóstico. Adotou-se a Taxonomia II da NANDA-I para afirmação diagnóstica, e, quando necessário, realizaram-se modificações ou acréscimos de termos, destacados em itálico. A análise de dados foi feita mediante procedimentos de estatística descritiva (frequências simples e percentual). **Resultados:** A maioria das puérperas (85%) apresentou amamentação eficaz, relacionado à idade gestacional da criança >34 semanas (100%), estrutura oral da criança normal (100%), confiança materna (97,0%), Fonte de apoio (88,2%) e estrutura mamária normal (64,7%), somente 17,2% apresentaram o fator relacionado conhecimento básico sobre amamentação. As condições da criança e das mamas que não apresentavam intercorrências que demandassem manejo de maior complexidade e o desejo materno de amamentar, naquele momento, pareciam ser suficientes para que a amamentação transcorresse sem maiores problemas. Sendo apoiadas pelos familiares, que as ajudavam nos afazeres domésticos e cuidados com a criança, havia disponibilidade das puérperas para a amamentação. A amamentação ineficaz esteve presente em 12,5%. Embora elas apresentassem desejo em amamentar, alguns fatores influenciaram para que tal acontecesse de forma ineficaz, como: a ansiedade materna (100,0%), a oferta de alimentação suplementar com mamadeira (100,0%), o conhecimento deficiente (100,0%) e a história de fracasso anterior na amamentação (40%). Em relação à ansiedade materna, a literatura indica que baixa ansiedade parece favorecer a galactia normal, os estados de ansiedade e os indicadores de hipogalactia

### Trabalho 29 - 3/4

apresentados pela mãe ou filho, tiveram associação entre bom volume de leite drenado e baixa ansiedade, no 10º dia pós-parto<sup>3</sup>. Apesar da maioria das puérperas, no momento da investigação, apresentar amamentação eficaz, elas relataram fatores de risco que poderiam levar a amamentação ineficaz, configurando o diagnóstico de enfermagem evidenciado em 75% puérperas, de *risco para amamentação ineficaz*. O fator de risco que mais se destacou foi déficit de conhecimento sobre amamentação (86,6%), além de oferecimento de alimento complementar (chá) em mamadeira (60%) e ansiedade materna (30%). Segundo os motivos apresentados pelas puérperas ao introduzir outro tipo de alimento, no caso o leite de vaca, foi devido à quantidade e à qualidade do leite materno e a necessidade da criança. Outros fatores como o uso de chupeta e relato de dificuldade com a amamentação podem favorecer o desmame, antes do 6º mês de vida da criança. O déficit de conhecimento e introdução de outros alimentos põe em risco a amamentação exclusiva. Evidenciou-se a necessidade de mais informações às puérperas, por parte de profissionais, no pré-natal e puerpério, para que as crianças possam receber o leite materno de forma exclusiva e pelo tempo adequado. Outra área que demanda intervenção é a ansiedade materna, pois carece de técnicas de apoio e presença mais constante dos profissionais. No contexto identificado, se não houver uma intervenção no tempo necessário o diagnóstico que até então é de risco, pode se tornar real, passando a amamentação ineficaz, que pode acelerar o desmame. O diagnóstico de amamentação interrompida esteve presente em 2,5% das puérperas, relacionado a dor mamilar durante a sucção, levando ao processo de amamentação insatisfatório, contudo a puérpera apresentava desejo de retornar a amamentar. Em 97,5% das puérperas foram identificados um ou mais fatores de risco que poderiam levar à interrupção da amamentação. Esta situação foi interpretada como *risco de amamentação interrompida*. A falta de conhecimento sobre armazenamento do leite materno (94,9%), falta de conhecimento com relação à ordenha (82,1%) e o emprego materno (15,4%) foram os fatores de risco para este diagnóstico. Além disso, a falta de conhecimento sobre ordenha pode levar a complicações na mama, principalmente nas primeiras semanas, como o ingurgitamento mamário, devido a não-expressão do leite represado e, conseqüentemente, ocasionar traumas mamilares e até mesmo mastites, o que poderia acarretar em outros diagnósticos como, risco de infecção e dor aguda. **Conclusão:** A avaliação dos diagnósticos de enfermagem, relacionados ao conceito amamentação do

**Trabalho 29 - 4/4**

grupo populacional de puérperas, pode contribuir na promoção da autonomia do enfermeiro, no julgamento do cuidado a cliente, proporcionou um conhecimento mais profundo sobre a amamentação no âmbito domiciliar da puérpera para a Enfermagem e direcionar outros estudos sobre cuidado de enfermagem. A aplicação do diagnóstico de enfermagem enquanto processo de julgamento clínico, utilizado no período de pós-parto pôde representar as respostas das puérperas e padronizar a linguagem da enfermagem neste processo ou fase na vida da mulher, favorecendo o sistema de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde da atenção primária e secundária, em especial, os envolvidos no atendimento a saúde materna e infantil. Pode ainda, ser evidenciado dois novos diagnósticos o *risco de amamentação eficaz* e *risco de amamentação ineficaz*. Com este trabalho vislumbra-se a necessidade dos programas de incentivo ao aleitamento materno terem continuidade junto ao contexto das puérperas, na comunidade, não sendo reduzido ao biológico e econômico, mas com uma visão integral, em que se vinculem os conhecimentos destas puérperas e seus valores sociais e culturais ao processo de amamentar.

**Referências**

1. Silva MBC, Moura MEB, Silva AO. Desmame precoce: representações sociais de mães. Rev Eletr Enf 2007; 9(1):31-50.
2. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009/2011. NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2010.
3. Aragaki IMM, Silva IA, Santos LF. Traço e estado de ansiedade de nutrizes com indicadores de hipogalactia e nutrizes com galactia normal. Rev Esc Enf USP 2006; 40(3):396-403.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem. Período de pós-parto. Enfermagem Obstétrica.

Área temática: 1. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Trabalho 30 - 1/5**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES EM PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

Lidiany Galdino Felix<sup>1</sup>

Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares<sup>2</sup>

Atualmente a Cirurgia bariátrica se tornou um dos principais tratamentos para a obesidade mórbida. O número de procedimentos cirúrgicos vem aumentando consideravelmente em todo o mundo, o que demanda não somente esforço e investimento do paciente e seus familiares, mas um suporte de qualidade e efetivo da equipe de enfermagem, pois o paciente obeso mórbido que se submete ao ato cirúrgico requer cuidados específicos de enfermagem, principalmente pela dificuldade de adesão ao tratamento, bem como pelos riscos pré e pós-operatórios que o acompanham. O gerenciamento clínico do paciente envolve um preparo meticuloso. Um histórico de enfermagem detalhado e a avaliação minuciosa pré-operatória do paciente, bem como orientações sobre as complicações pós-operatórias são fundamentais nessa abordagem para, assim, assegurar a qualidade do cuidado prestado<sup>1</sup>. Mas apesar da importância do tema pesquisado e do interesse de vários países neste assunto, a atuação da enfermagem

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente I do curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Endereço: Rua João Francisco da Mota 450, apt. 403, Catolé, Campina Grande, Paraíba, Brasil. Cep: 58410-253. E-mail: lidiany\_felix@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração. Diretora da Comissão de Pesquisa em Enfermagem da ABEN-PB. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: mmjulieg@yahoo.com.br

### Trabalho 30 - 2/5

nessa área ainda está voltada para as diretrizes médicas, haja vista, o pequeno número de trabalhos encontrados na literatura do nosso país, voltados especificamente para a assistência de enfermagem ao paciente submetido à Cirurgia Bariátrica<sup>2</sup>. Assim, sabendo que o Processo de Enfermagem, como forma sistemática e humanizada de prestação de cuidados, pode contribuir de forma significativa para melhorar a prática assistencial, este trabalho tem por objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, baseados na Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I)<sup>3</sup>. Este estudo constitui parte de uma dissertação de mestrado intitulada “*Protocolo de orientação para o autocuidado de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: atuação do enfermeiro*”. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório e descritiva de abordagem quanti-qualitativa, realizada no Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), da cidade de João Pessoa, Paraíba. A amostra foi constituída por acessibilidade e composta por 31 pacientes atendidos pelo grupo de Cirurgia Bariátrica do referido ambulatório, em condições físicas e emocionais para responder às perguntas e que se dispuseram, após serem convidados, a participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para operacionalização da pesquisa, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), do HULW, sob o parecer nº 003/2009. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, realizadas no período de abril a junho de 2009. Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento, baseado na Teoria do Autocuidado de Orem. O uso do referencial teórico de Orem, justifica-se pelo fato da teoria enfatizar a importância do engajamento do cliente para o autocuidado, estimulando-o a participar de forma ativa na sua recuperação. Além de ser um dos modelos que pode direcionar as ações assistenciais

### Trabalho 30 - 3/5

do enfermeiro e responder as necessidades de portadores de doenças crônicas como a obesidade, facilitando o planejamento da assistência de enfermagem a esses pacientes<sup>4</sup>. Dos 31 participantes da pesquisa, 25 (80,6%) eram candidatos à realização da cirurgia bariátrica e 06 (19,4%) estavam em pós-operatório, destes, 02 pacientes encontravam-se em pós-operatório mediato e 04 em pós-operatório tardio. Com relação ao sexo, 77,4% dos participantes são do gênero feminino e 22,6%, do gênero masculino. A partir dos déficits de autocuidado universais apresentados pelos pacientes, foram identificados os seguintes diagnósticos baseados na Taxonomia da NANDA-I: Conhecimento deficiente sobre complicações relacionadas à obesidade (83,9%); Interação Social prejudicada (67,7%); Padrão respiratório ineficaz (58,1%); Nutrição desequilibrada: maior do que as necessidades corporais (54,8%); Padrão de sono perturbado (54,8%); Constipação (54,5%); Diarréia (45,5%) e Estilo de vida sedentário (45,2%). Quanto aos déficits de autocuidado no desenvolvimento, observou-se que a grande maioria dos entrevistados (90,3%), apresentava o Diagnóstico de Enfermagem Distúrbio da Imagem Corporal. Deve-se ter em vista que as questões referentes à imagem corporal e autoaceitação devem ser trabalhadas durante todo o período de preparação para a cirurgia e, principalmente, no pós-operatório, pois, muitas vezes, o paciente que sempre foi obeso, após a fase de grande perda de peso em decorrência da cirurgia, depara-se com uma nova imagem, o que pode levar a alterações na autoimagem. Com relação às práticas de autocuidado relacionadas às alterações provocadas pela obesidade, pode-se perceber, durante a realização das entrevistas, que muitos são os problemas enfrentados diariamente pelo obeso mórbido, o que acarreta, muitas vezes, consequências para a sua vida, como: limitações físicas, preconceito social, problemas de saúde, de autoestima, de relacionamento e profissionais. Além disso, como a maioria dos participantes

**Trabalho 30 - 4/5**

(83,9%) apresentava alguma patologia associada à obesidade, faz-se necessário que seja feito o acompanhamento dessas patologias a nível ambulatorial, não só por meio da realização de exames, como também através de esclarecimentos e avaliação do comportamento desses pacientes com relação às medidas de autocuidado. É muito importante, também, que as doenças associadas à obesidade estejam sob controle antes da realização da cirurgia. Durante a realização das entrevistas, observou-se que, apesar da importância da cirurgia para o tratamento da obesidade e de todas as esperanças depositadas pelo paciente no procedimento cirúrgico, eles não possuíam muitas informações a respeito dessa intervenção, tendo em vista que, entre os 25 candidatos à cirurgia bariátrica entrevistados, 40,0% consideravam-se saber pouco ou quase nada a respeito da cirurgia, o que levou ao diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente com relação à cirurgia bariátrica. Entre os pacientes em pós-operatório, 33,3% referiram não ter sido informados, sobre nenhuma complicação pós-operatória relacionada à cirurgia. Observou-se também que a maioria dos esclarecimentos a respeito desse procedimento cirúrgico, principalmente entre os pacientes que estavam em pós-operatório, veio através de pesquisas na *Internet*, da observação e relatos de experiências de amigos e familiares que haviam realizado a cirurgia anteriormente. Constitui direito do paciente a precisa informação sobre os detalhes do procedimento cirúrgico a que irá se submeter, com a análise profissional de seus fatores de risco e complicações possíveis de ocorrer, bem como, de total acesso ao cirurgião e sua equipe multidisciplinar durante todas as fases de seu tratamento<sup>5</sup>, para que os pacientes não recebam informações conflitantes ou pouco precisas a respeito dessa intervenção cirúrgica. Diante da predominância dos diagnósticos de enfermagem relacionados ao conhecimento deficiente sobre a cirurgia bariátrica e suas complicações, tem-se a

**Trabalho 30 - 5/5**

convicção sobre a importância que a educação e o preparo pré-operatório representam para a recuperação do paciente e para o alcance do sucesso da cirurgia. Acreditamos, portanto, que a identificação dos diagnósticos de enfermagem ao paciente submetido à gastroplastia, oferece subsídios para a prestação de uma assistência individual e qualificada, constituindo uma base importante para o planejamento de recursos humanos e materiais visando à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada a essa clientela, resultando na implementação de ações rápidas e eficazes para a resolução dos problemas identificados.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Cirurgia Bariátrica.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

1. Abir F, Beli R. Assessment and management of the obese patient. Crit Care Méd 2004; 32(suppl. 4): 87-91.
2. Negrão RJS, Bianchi ERF. A atuação do enfermeiro na assistência prestada ao paciente submetido à cirurgia bariátrica. Prática Hospitalar. 2006; 8(44): 145-148.
3. North American Nursing Diagnosis Association – NANDA International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.
4. Felix LG, Nóbrega MML, Fontes WD, Soares MJGO. Analysis from Theory of the Orem Self Care according to Fawcett criteria. Rev Enferm UFPE On Line 2009; 3(2):173-178.
5. Ferraz EM, Martins Filho EDM. Cirurgia bariátrica: indicação e importância do trabalho multidisciplinar. Einstein 2006; 4(1): S71-S72.

**Trabalho 31 - 1/5**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS  
DOMICILIADOS NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB:  
PROPOSTA DE CATÁLOGO CIPE® - Nota Prévia**

Ana Claudia Torres de Medeiros<sup>1</sup>

Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>2</sup>

**Introdução:** O aumento expressivo da população idosa tem sido visto como um dos fenômenos de maior impacto enfrentado neste início de século. Torna-se importante recorrer à visão do envelhecimento sob o prisma da estreita relação com o tempo, visto que com o decorrer do tempo, são manifestadas alterações físicas, psíquicas ou emocionais. O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo em que ocorrem modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas acompanhando perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, no qual ocasiona maior vulnerabilidade. No Brasil, de acordo com a Lei 8.842/94, é considerada pessoa idosa aquela que se encontra na faixa etária a partir de 60 anos de idade<sup>(1)</sup>. O envelhecimento tornou-se uma preocupação tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, uma vez que a proporção de idosos em ambos vem ocorrendo em ritmo crescente, neste sentido, mundialmente, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais vem crescendo mais rapidamente do que em qualquer outra faixa etária. O envelhecimento humano consiste no processo biológico, cujas alterações determinam mudanças estruturais no corpo e, em decorrência, modificam suas funções. É um processo sequencial, cumulativo, irreversível e não patológico, portanto deve ser enfrentado como uma etapa natural do desenvolvimento. Sua caracterização ocorre essencialmente, devido ao processo degenerativo, progressivo e de natureza irreversível obtendo como produto a redução da capacidade de adaptação homeostática diante das situações de sobrecarga funcional. Ressalta-se que a idade cronológica e a biológica

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Endereço: R. Cel. José Cesarino da Nóbrega, 130, apto 402. Bancários. 58130-051 - João Pessoa/PB. E-mail: [anaclaudia.tm@hotmail.com](mailto:anaclaudia.tm@hotmail.com).

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da UFPB; Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Pesquisadora CNPq. E-mail: [miriam@ccs.ufpb.br](mailto:miriam@ccs.ufpb.br)

**Trabalho 31 - 2/5**

quase sempre não coincidem. Mesmo sendo um fenômeno universal, desenvolve-se em processo individual influenciado pelo estado de saúde, sexo, raça, personalidade, situação socioeconômica. O envelhecimento não possui um marcador biofisiológico do seu início ao contrário do que acontece com as outras fases. Não é possível fixar o início dele, porém pode-se afirmar que sua manifestação ocorre através do declínio das funções dos diversos órgãos, que por vez tende a se linear em função do tempo. As alterações inerentes ao envelhecimento dependem de cada indivíduo, da carga genética de sua espécie e de fatores ambientais, portanto este processo não se inicia subitamente aos 60 anos por consistir no acúmulo e interações de processos sociais, médicos e de comportamento no curso de toda a vida. As questões referentes ao envelhecimento da população é uma realidade e por isso há necessidade de cuidar de pessoas cada vez mais idosas, cuja expectativa de vida é cada vez mais longa em virtude dos avanços científicos e tecnológicos, das melhores condições de higiene e saneamento básico, que, por conseguinte reduziram as mortes por doenças infecto-contagiosas. Isto implica direcionar estudos com foco de atenção para o envelhecimento e velhice, para desta forma, gerar ações nos âmbitos social, econômico e da saúde. O processo do envelhecimento envolve múltiplos fatores individuais, sociais e ambientais, determinantes e modificadores da saúde, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida com a criação de estratégias que promovam modos de viver mais saudáveis em todas as etapas da vida. Aliadas às alterações que atingem os diversos sistemas do organismo, o idoso enfrenta situações de impacto que, por sua vez, podem provocar alteração quanto a organização e o seu estilo de vida, portanto os profissionais da saúde precisam cuidar do idoso integralmente e não simplesmente como um organismo biológico oferecendo-o proteção e um cuidado holístico. Atingir o envelhecimento é uma aspiração natural para muitos na sociedade, mas é necessário associar a isso qualidades ao tempo adicional de vida, para tanto, o homem é um ser biopsicossocial passível de ser influenciado pelo meio ambiente físico, político e cultural em que vive, o qual pode facilitar ou dificultar seu processo de adaptação, acelerando ou retardando o envelhecimento<sup>(2)</sup>. Pensar em assistência de enfermagem ao idoso torna necessário fazer uma abordagem da importância de registrar o cuidado na perspectiva do desenvolvimento do processo de enfermagem viabilizando a melhor qualidade da assistência oferecida. o processo de enfermagem é entendido

**Trabalho 31 - 3/5**

como metodologia baseada na evidência racional para a concessão de cuidados da saúde compreendendo toda tomada de decisão importante além de ações tomadas por enfermeiros na provisão de cuidados a todos os pacientes durante a tomada de decisão clínica. Focaliza as atividades e intervenções de quem provê cuidado de saúde, os serviços prestados ou o processo de cuidado de enfermagem<sup>(3)</sup>. O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos. O uso do processo de enfermagem levou ao desenvolvimento de terminologias de enfermagem para a prática profissional com o objetivo de facilitar a comunicação entre os enfermeiros reduzindo qualquer diversidade desnecessária entre terminologias. Na Enfermagem temos várias terminologias desenvolvidas para algumas das fases do processo de enfermagem. Este fato revela um crescimento de suma importância para o reconhecimento da profissão, pois permite o desenvolvimento de uma linguagem universal, precisa e objetiva que garanta a continuidade dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem. Foi com esse objetivo desenvolvido a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Frente ao crescimento consolidado da população idosa, caracterizado como fato de grande impacto no âmbito mundial, enquanto enfermeira, membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre a Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE), especialista em Saúde Pública e discente da Pós-Graduação em Enfermagem vinculada ao Projeto “*Condição de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado*” que surge a inquietação em identificar a real situação multidimensional dos idosos partindo do modelo em que a família passa a ser o cenário de assistência, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças. Este estudo busca contribuir para uma melhor qualidade no atendimento da pessoa idosa na atenção básica de saúde favorecendo assim, a operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem. Diante do exposto, questiona-se: Qual o perfil de diagnósticos de enfermagem em idosos domiciliados no município de João Pessoa? É possível a partir desses diagnósticos, desenvolver um Catálogo CIPE® utilizando o Modelo de Sete Eixos dessa classificação? **Objetivos:** Estabelecer um perfil de diagnósticos de enfermagem em Idosos domiciliados no município de João Pessoa; e construir a partir dos diagnósticos de enfermagem identificados um Catálogo CIPE®. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratório-

**Trabalho 31 - 4/5**

descritiva que pretende percorrer caminhos dentro de uma perspectiva de descrever o perfil de diagnósticos de enfermagem e da construção do Catálogo CIPE® para idosos domiciliados no município de João Pessoa – PB, tendo como base o Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.1. Este projeto encontra-se vinculado ao Programa Nacional de Coordenação Acadêmica – PROCAD entre as instituições Universidade Federal da Paraíba - UFPB e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP. Antes de sua realização, o projeto da pesquisa será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde, em observância aos aspectos éticos preconizados na Resolução nº. 196/96 do Ministério da Saúde<sup>(4)</sup> e na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº. 311/2007<sup>(5)</sup>. Para a realização do estudo, no que tange ao alcance do primeiro objetivo serão desenvolvidas as seguintes etapas: 1) aplicabilidade de um instrumento de coleta de dados para o idoso na perspectiva multidimensional; 2) identificação dos diagnósticos de enfermagem utilizando a CIPE® Versão 1.1; 3) descrição do perfil de diagnósticos de enfermagem em idosos tendo como base o Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.1. Para atendimento ao segundo objetivo, a construção do Catálogo CIPE® para idosos domiciliados no município de João Pessoa serão desenvolvidas as seguintes etapas preconizadas pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE): 1) identificar a clientela a que se destina e a prioridade de saúde; 2) documentar a significância para a Enfermagem; 3) contactar o CIE para determinar se outros grupos já estão trabalhando com a prioridade de saúde focalizada no Catálogo, de modo a identificar colaboração potencial; 4) usar o Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.1 para compor as afirmativas de resultados e intervenções de enfermagem; 5) identificar afirmativas adicionais por meio da revisão da literatura e de evidências relevantes; 6) desenvolver conteúdo de apoio; 7) testar ou validar as afirmativas do Catálogo em dois estudos clínicos; 8) adicionar, excluir ou revisar as afirmativas do catálogo, segundo a necessidade; 9) trabalhar com o CIE para a elaboração da cópia final do catálogo; 10) auxiliar o CIE na disseminação do catálogo. **Resultados:** Espera-se que o estudo ocorra de modo dinâmico, ao passo que, seja identificada a real situação da pessoa idosa suprimindo a ausência de um instrumento multidimensional que dê suporte ao registro organizado da atividade de enfermagem. Deseja-se contribuir no apoio e na melhora da prática clínica, no processo de tomada de decisão, assim como na pesquisa e nas políticas de saúde com enfoque holístico realizando uma atenção

**Trabalho 31 - 5/5**

sistematizada ao idoso e alcançando suas necessidades multidimensionais, enfim proporcione maior relevância à Enfermagem fortalecendo-a enquanto ciência.

**Palavras-chave:** Idoso. Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Referências:**

- 01 Brasil, Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política nacional do Idoso e a criação do Conselho Nacional do Idoso. Ministério da saúde; Brasília-DF. 1994.
- 02 Rodrigues RAP, Diogo MJD, Barros TR. O envelhecimento do ser humano. In: Rodrigues RAP, Diogo MJD. (org.). Como cuidar dos idosos. Campinas: Papyrus, 1996. p. 11-16.
- 03 Pan American Health Organization. Building Standard-Based Nursing Information Systems. Washington, (DC): PAHO, 2001.
- 04 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução n. 196/96: dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996, 24p.
- 05 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N°. 311/2007. Aprova a reformulação do Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 08 de fev 2007.

**Trabalho 32 - 1/4****ALTERAÇÕES NOS PARÂMETROS HEMODINÂMICOS NA IDENTIFICAÇÃO DE DOR AGUDA EM PACIENTES SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA**

SILVA, Ana Paula Bruno Pena da<sup>1</sup>  
LUDOVICO, Andrea da Silva Gomes<sup>2</sup>  
SÓRIA, Denise de Assis Correa<sup>3</sup>  
COELHO, Fernanda Magalhães<sup>4</sup>  
BITENCOURT, Grazielle Ribeiro<sup>5</sup>  
SOUZA, Monique Braga de<sup>6</sup>

**Introdução:** O diagnóstico de enfermagem dor aguda pode ser definido como experiência sensorial e emocional desagradável, a qual surge com lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve e intensa, com término antecipado ou revisível e duração de menos de seis meses<sup>1</sup>. Os pacientes com dor podem apresentar diminuição na atividade funcional, o que torna necessária a avaliação da função física e o desempenho nas atividades de vida diária. A observação contínua da dor pode ser evidenciada por alterações no estado físico e no acompanhamento de resposta ao tratamento, de modo que se baseia, geralmente, em relatos e na autopercepção do indivíduo<sup>2</sup>. A maneira pela qual um indivíduo expressa a dor está relacionada com inúmeros fatores: sexo, idade, personalidade, herança étnica/cultural, necessidades comportamentais e experiências dolorosas pregressas. A avaliação representa uma síntese das informações derivadas da história do paciente, da entrevista subjetiva, do exame físico objetivo e dos testes especiais. Entretanto, o paciente em ventilação mecânica, principalmente quando em uso de tubo orotraqueal, apresenta diminuição da capacidade de comunicação, fato que dificulta a emissão de relatos verbais<sup>3</sup>. Quando sedado, pode prejudicar ainda mais esse levantamento, graças ao comprometimento do nível de consciência. A partir disso, podem ser utilizadas

<sup>1</sup> Enfermeira Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/Souza Aguiar. E-mail: anapaulabpsenf@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira Mestre pela EEAP/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: andrea.gomes2004@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira Doutorado pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta da EEAP/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: denise@iis.com.br

<sup>4</sup> Enfermeira Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/Lourenço Jorge. E-mail: fernanda.coelho@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Enfermeira especialista em gerontologia. Professora substituta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF Niterói, Rio de Janeiro/BR. Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/Souza Aguiar

<sup>6</sup> Enfermeira Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/Lourenço Jorge. E-mail: monique\_brsz@yahoo.com.br

**Trabalho 32 - 2/4**

medidas fisiológicas de identificação da dor, como frequência cardíaca e/ou respiratória, saturação de oxigênio, pressões parciais de oxigênio e gás carbônico, pressão arterial e intracraniana, sudorese palmar e o tônus vagal, dentre outras. As características definidoras de dor aguda contemplam as alterações de pressão sanguínea, diaforese, dilatação pupilar, mudanças nas frequências cardíacas e respiratórias, além de evidência observada de dor e expressão facial, os quais podem ser identificados em pacientes sob ventilação mecânica<sup>3</sup>. Nenhuma dessas medidas fisiológicas é específica na identificação da dor no paciente sob ventilação mecânica, mas o seu acompanhamento longitudinal, após um estímulo nociceptivo, representa, sem dúvida, uma resposta orgânica objetiva à dor<sup>3</sup>. A partir dos pontos supracitados, propõe-se como objeto deste estudo a identificação do diagnóstico de enfermagem dor aguda em pacientes sob ventilação mecânica. **Objetivos:** Levantar o diagnóstico de enfermagem dor aguda em pacientes sob ventilação mecânica; identificar alterações nos parâmetros pressão arterial, diaforese, dilatação pupilar, mudança na frequência cardíaca e/ou respiratória, bem como a expressão facial em pacientes sob ventilação mecânica. **Metodologia:** Utilizou-se da abordagem quantitativa do tipo descritiva exploratória. Foram utilizados nesse estudo 21 sujeitos de ambos os sexos sob ventilação mecânica internados no Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Municipal do Rio de Janeiro, nos quais levantados os pressão arterial, diaforese, dilatação pupilar, expressão facial, mudança na frequência cardíaca e/ou respiratória, presentes como características definidoras no diagnóstico de enfermagem dor aguda do NANDA 2009/2011. Para tanto, munuiu-se de: observação, busca em prontuários e exame físico. A coleta foi realizada nos meses de maio e junho de 2010, posterior a assinatura de um termo de consentimento pelos responsáveis legais sujeitos da pesquisa, de modo que estão cientes da mesma e de sua utilização neste trabalho. A análise dos dados será apresentada na forma de estatística simples inferencial e descritiva. **Resultados:** Foram selecionados 21 pacientes, dos quais 7 (33,3%) estavam sedados e 14 (66,7%) não. Entretanto, foram excluídos aqueles com Escala de Ramsay igual a VI, uma vez que não respondem a estímulos dolorosos. Dos pacientes alvo deste estudo, 15 (71,4%) são do sexo feminino, dentre as quais: 2 (9,5%) são entre 20 e 29 anos; 4(19%) entre 30 e 39; 5 (23,8%), e 1 (4,8%) de 40 a 49 anos; entre 60-69 anos; 1 (4,8%) de 70 a 79; e 2 (9,5%) acima de 80 anos. O sexo masculino, corresponde a 6 (28,6%), dentre eles: 1 (4,8%%) são entre 20 e

### Trabalho 32 - 3/4

29 anos; 3(14,3%) e 2 (9,5%) de 70 a 79 anos. Com relação à presença de dor aguda, os 21 (100%) pacientes utilizados no estudo, apresentaram pelo menos uma evidência clínica para o diagnóstico de enfermagem em questão, representadas pelas características definidoras: alteração na pressão arterial em 15(71,4%), diaforese em 4(19%); dilatação pupilar em 7 (33,3%); expressão facial em 10 (47,6%), mudança na frequência cardíaca em 12(57,1%); mudança na frequência respiratória 9(42,8%). Dos 7 pacientes sedados, as principais características definidoras identificadas foram: mudança na frequência cardíaca em 6(85,7%) alteração na pressão arterial em 5(71,4%), mudança na frequência respiratória em 3(28,6%) e diaforese em 3(28,6%). Nos 14 não sedados, as evidências clínicas mais observadas foram: alteração de pressão sanguínea em 10 (71,4%), expressão facial 8(57,1%), mudança na frequência cardíaca em 6(42,9%), mudança na frequência respiratória em 6(42,9%), e dilatação pupilar em 5 (35,7%) **Conclusão:** A avaliação da dor é uma tarefa complexa no paciente sob ventilação mecânica, uma vez que pode ser alterada por fatores perceptivos, cognitivos, emocionais e de comportamento, além do comprometimento de sua identificação pelo relato verbal. Destarte, há detrimento dos métodos de levantamento de dor aguda baseados no auto-relato, tornando-se necessária a observação dos comportamentos de dor e em medidas das respostas biológicas. Com isso, a identificação de alterações nos parâmetros hemodinâmicos como pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, presentes como uma das características definidoras do diagnóstico de enfermagem dor aguda, torna-se imprescindível para o acompanhamento da terapêutica e intervenção precoce.

**Palavras chaves:** Diagnóstico de enfermagem; Medição da dor; Monitorização Fisiológica

### Referências

- 1 North American Nursing Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010
- 2 Sousa Fátima Aparecida Emm Faleiros. Dor: o quinto sinal vital. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2002 June [cited 2010 July 11] ; 10(3): 446-447.

**Trabalho 32 - 4/4**

3 Pereira Lilian Varanda, Sousa Fátima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 1998 July [cited 2010 July 11]; 6(3): 77-84.

4 Augusto Ana Cristina Costa, Soares Cristina Pazzini da Silva, Resende Marcos Antonio, Pereira Leani Souza Máximo. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. Textos Envelhecimento [revista en la Internet]. 2004 [citado 2010 Jul 10]; 7(1): 89-104.

**Área temática 1:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

**Trabalho 33 - 1/4**

**AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE EM IDOSOS:  
IMPLICAÇÕES DA MEMÓRIA PREJUDICADA NA ADESÃO AO  
REGIME TERAPEUTICO**

MIRANDA, Gabriela Cristina Oliveira de<sup>1</sup>

MAGALHÃES, Elisa Monteiro <sup>2</sup>

CARVALHO, André da Silva <sup>3</sup>

SANTANA, Rosimere Ferreira <sup>4</sup>

BITENCOURT, Grazielle Ribeiro <sup>5</sup>

**INTRODUÇÃO:** O envelhecimento é visto como um processo associado ao tempo, o qual se inicia no nascimento e perpetua durante todo o ciclo vital<sup>1</sup>. Seguindo essa mesma premissa, trata-se de um fenômeno universal, seqüencial, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira a tornar-se com o tempo incapaz de afrontar o estresse do meio ambiente, possibilitando assim sua possibilidade de morte<sup>2</sup>. Dessa forma novas necessidades emergem a partir do remodelamento do perfil dessa população, haja vista que os serviços que o atendiam anteriormente devem estar preparados e adaptados para essa nova clientela. Esta população vulnerável, sinônimo de pluripatológica vem sendo caracterizando por doenças-crônicas-não transmissíveis/DCNT, as quais com o aumento da expectativa de vida, aumentam verticalmente também a necessidade de atendimento satisfatório aos portadores dessas patologias de modo que seja proporcionado aos mesmos que essa sobrevida aumentada seja vivida com qualidade, fato que muitas vezes não é alcançado. A North American

<sup>1</sup> Relatora. Acadêmica de Enfermagem do 6º Período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gerontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro/BR. Tel cel. (21) 8410-9453. E-mail: gabylorien@gmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem do 6º Período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gerontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro/BR. E-mail: elisamonteiomagalhaes@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Acadêmico de Enfermagem do 6º Período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gerontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro/BR. E-mail: andre-carvalho\_rj@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Orientadora. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta MEM/UFF. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica (NEPEG).

<sup>5</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem Gerontológica. Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/Souza Aguiar. Professora Substituta MEM/UFF. E-mail: gra\_uff@yahoo.com.br

### Trabalho 33 - 2/4

Nursing Diagnosis Association/NANDA 2009-2011 define como “Autocontrole Ineficaz da Saúde” “padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas seqüelas que é insatisfatório para alcançar as metas específicas de saúde”<sup>3</sup>. Esse fato é freqüente entre os idosos de baixa renda que tem dificuldade em conseguir o atendimento de saúde que demandam. Algumas especificidades do processo de envelhecimento podem gerar comprometimento de memória e, conseqüentemente, comprometer o controle das doenças crônicas, além de dificultar a inclusão de regimes terapêuticos e evidenciar o diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde. A partir disso, delimita-se como objeto deste estudo a identificação da memória prejudicada em pacientes com autocontrole ineficaz da saúde. Destarte, a realização deste estudo sob a ótica do profissional de enfermagem expõe a necessidade da realização do mesmo no que diz respeito ao crescimento dos atendimentos da população idosa em nossas unidades de saúde. O atendimento básico nesse ponto é de suma importância para prevenção do surgimento dessas doenças e manutenção do envelhecimento saudável, além de promover atividades de ensino aos idosos já acometidos por doenças crônicas para favorecer a qualidade de vida. **OBJETIVOS:** Levantar o diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde em idosos residentes em comunidade; 2-Identificar o diagnóstico de enfermagem memória prejudicada em idosos residentes em comunidade. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa do tipo exploratória e de caráter longitudinal. O trabalho fora realizado no Morro do Estado e da Chácara, localizado em Niterói, Rio de Janeiro, envolvendo uma amostra de 83 indivíduos idosos com idade entre 60 e 80 anos, residentes da comunidade. O período de coleta de dados consistiu entre Janeiro de 2009 à Maio de 2010, servindo como instrumento de coleta de dados a consulta de enfermagem com abordagem gerontológica. Após a realização desta, identificou-se os diagnósticos de enfermagem Autocontrole Ineficaz da Saúde e Memória prejudicada com base no NANDA 2009/2011 na população alvo. Estes dados foram aglutinados e analisados de modo estatístico simples e inferencial. Quanto aos aspectos éticos, foram atendidos mediante submissão e aprovação do comitê de ética em pesquisa. **RESULTADOS:** Obtivemos um total de 83 sujeitos, nos quais a análise dos dados relevou a prevalência de 36 (43,3%) para o diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde. Contudo encontramos apenas 8 (9,6%) idosos com diagnóstico de

### Trabalho 33 - 3/4

enfermagem memória prejudicada. Para o diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde as características definidoras identificadas foram: Escolhas de vida diária ineficazes para atingir os objetivos de saúde em 16 (44,4 %); Fracasso na inclusão dos regimes de tratamento nas rotinas diárias 10 (27,7%); Dificuldade com o Regime prescrito 4 (11,1 %), Verbalizar desejo de controlar a doença 4 (11,1%); Verbaliza Dificuldade do Regime prescrito 1 (2,7%). O fato remete a dificuldade na assimilação pelos idosos às orientações transmitidas pelos profissionais no esclarecimento do controle das doenças crônicas pelo regime prescrito<sup>3</sup>. Os fatores relacionados encontrados foram: Déficit de conhecimento 8 (8,3%), Complexidade do Regime Terapêutico 8 (22,2%), Dificuldade Econômica 5 (13,8%), Susceptibilidade Percebida 4 (11,1%), Conflito de decisão 3 (8,3%), Barreira percebida 3(8,3%) e Desconfiança quanto regime terapêutico 2 (5,5 %), a falta de informações pode gerar dúvidas e insegurança por parte do paciente. Este fato pode comprometer a adesão deste no processo fundamental do cuidado. A enfermagem pode atuar ativamente no incentivo ao auto-cuidado, a promoção do bem estar e da manutenção da capacidade funcional faz com que estes incorporem o processo do cuidar ao seu dia a dia, mantendo assim melhora em sua qualidade de vida<sup>4</sup>. Quanto diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada apenas 8 sujeitos (9,6%) o apresentaram, dado que já era esperado já que se trata de uma população idosa. Destes os fatores relacionados identificadas foram: Distúrbio Neurológico 6 (7,5%) e Alterações Ambientais Excessivas 2 (25%). As características definidoras encontradas foram: Experiência de Esquecimento 7 (87,5%), Incapacidade de recordar ações Factuais 1 (12,5%), Esquecimento de efetuar uma ação 4 (50%), Incapacidade de Recordar Eventos 3 (37,5%). A avaliação de tais resultados demonstra poucos sujeitos com diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada apresentaram o Autocontrole ineficaz da saúde, contradizendo nesta ao menos nesta população amostral, que o déficit na memória necessariamente prejudica o seguimento do regime terapêutico. Esta questão pode ser justificada pela co-participação de cuidadores e/ou familiares no controle das doenças crônicas dos pacientes em estudo. **CONCLUSÃO:** A presença conjunta dos diagnósticos de enfermagem autocontrole ineficaz de saúde e memória prejudicada foi evidenciada em apenas um paciente. Foi partido do pressuposto de que, os idosos com o diagnóstico de memória prejudicada também apresentariam autocontrole ineficaz da saúde. Entretanto isso não foi evidenciado com a pesquisa. Este

**Trabalho 33 - 4/4**

fato remete a necessidade de novos estudos com para a identificação dos elementos favorecedores do regime terapêutico no idoso, uma vez que a adesão à terapêutica proposta é um processo complexo e multifacetado.

**Referências**

- 1 Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005
- 2 Franzen E et al. Adultos e idosos com mudanças com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. Rev HCPA. 2007. 27(2):28-31.
- 3 North American Nursing Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação (2009-2011). Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 4 Freitas MC; Mendes MRI. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. Revista. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(4):590-597.

**Palavras-chaves:** Diagnóstico de enfermagem, Idoso, Doença crônica.

**Área temática do trabalho:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

## Trabalho 34 - 1/5

**RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Flávia Paula Magalhães Monteiro<sup>1</sup>

Huana Carolina Cândido Morais<sup>2</sup>

Telma Alteniza Leandro<sup>3</sup>

Alice Gabrielle de Sousa Costa<sup>4</sup>

Ana Railka de Souza Oliveira<sup>5</sup>

Thelma Leite de Araujo<sup>6</sup>

**Introdução:** O diagnóstico de enfermagem *Risco de quedas* é comumente encontrado entre idosos acometidos por acidente vascular encefálico (AVE), visto que essa doença crônico-degenerativas e as deficiências físicas provenientes dela contribuem para a ocorrência de quedas nessa clientela. Em face disso, observa-se que o risco de queda aumenta proporcionalmente com o número de alterações entre os idosos<sup>1</sup>. Com o envelhecimento acelerado da população brasileira, evidencia-se a necessidade de cuidados destinados a esse seguimento etário, especificamente para idosos acometidos por AVE. No atual estudo, o episódio de queda foi conceituado como “um evento não intencional que conduz uma pessoa ao repouso no chão ou em um nível mais baixo que o inicial, sem estar relacionado a um evento intrínseco importante ou alguma força extrínseca”<sup>2</sup>. Nesse ensejo, a maioria das quedas apresentadas pelos idosos resulta de uma interação complexa entre fatores intrínsecos e extrínsecos, comprometendo os sistemas envolvidos com a manutenção do equilíbrio. Assim, as quedas constituem a primeira causa de acidentes em pessoas com mais de 60 anos<sup>3</sup>. Estimativas da frequência de queda entre a população acometida por AVE ainda são imprecisas. No entanto, estudos apontam que entre 14% e 39% das pessoas acometidas por um AVE tiveram uma ou mais quedas durante o período de internação hospitalar. Entre essas pessoas, 75% delas caíram nos últimos 6 meses, após a alta hospitalar<sup>4</sup>. Entretanto, é

<sup>1</sup>\*Estudo extraído da monografia de graduação em enfermagem de Huana Carolina Cândido Morais, aluna do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/UFC.

<sup>2</sup> Enfermeira. Aluna do curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

<sup>3</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

<sup>4</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

<sup>5</sup> Enfermeira. Aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

<sup>6</sup> Enfermeira. Aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

<sup>6</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Relatora: Flávia Paula Magalhães Monteiro. Endereço: Rua Raul Pompéia, nº 12, Carlito Pamplona. Fortaleza-CE/Brasil. CEP.: 60335-420. E-mail: [flaviapmm@yahoo.com.br](mailto:flaviapmm@yahoo.com.br)

#### Trabalho 34 - 2/5

relevante perceber que apesar de ser fonte de morbidade e mortalidade entre idosos, especialmente daqueles acometidos por AVE, a queda pode ser evitada. Devido a esta peculiaridade, o enfermeiro deve identificar os fatores de risco para esse evento e tentar diminuir a ocorrência de quedas na população geral. É necessário, portanto, que o enfermeiro conheça o perfil da população vulnerável à ocorrência de quedas com vistas à elaboração de novas estratégias preventivas aliadas às práticas assistenciais.

**Objetivos:** Investigar a presença do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em uma população de idosos acometidos por acidente vascular encefálico. **Metodologia:** Estudo exploratório-descritivo, com análise quantitativa, realizado em três unidades da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR), na cidade de Fortaleza, Ceará. Os dados foram coletados de janeiro a março de 2010, com idosos (maiores de 60 anos) que tiveram pelo menos um episódio de AVE comprovado por diagnóstico médico, cadastrados nas ABCRs. Investigou-se a presença das classes de fatores de risco (ambientais, exclusivos da população adulta, fisiológico e medicamentosos) que compõem o diagnóstico Risco de quedas pertencente à NANDA I<sup>5</sup>. Para avaliação de equilíbrio e marcha foi utilizada a Escala de Tinetti. Esta escala apresenta 16 questões, com pontuação de 0 a 2, contendo informações destinadas para avaliar: (1) equilíbrio sentado e se levantando de uma cadeira sem braços; (2) tentativas de se levantar; (3) equilíbrio em pé; (4) impacto esternal com os olhos abertos e fechados; (5) giro de 360 graus e equilíbrio sentado; (6) início da marcha; comprimento, altura, simetria e continuidade dos passos; (7) direção; (8) oscilação do tronco; (9) desvio da trajetória e distância dos tornozelos. A escala de equilíbrio possui escore máximo de 17 pontos, enquanto que na escala de marcha pode-se atingir até 11 pontos. O escore total é de 28 pontos e obter-se escore inferior a 19 indica risco cinco vezes maior de ocorrer quedas. Para avaliação da acuidade visual usou-se a Escala Optométrica de Snellen, com teste realizado com o indivíduo sentado a uma distância de cinco metros da tabela fixada na parede, de forma que o nível dos olhos do avaliado seja coincidente com as faixas correspondentes aos valores de 0,8 a 1,0 da tabela. O indivíduo deve indicar para qual direção (para cima, para baixo, para a direita ou para a esquerda) aponta a porção aberta da letra "E". A pontuação é realizada conforme a última linha em que o indivíduo conseguiu acertar todos os optótipos. Avaliação da audição pelo Teste do Sussurro, no qual o examinador cobre o ouvido não testado com a palma da mão, e em

**Trabalho 34 - 3/5**

seguida sussurra palavras a uma distância de 30 a 60 cm do ouvido não-ocluído e fora da visão do paciente. O paciente com acuidade normal pode repetir corretamente aquilo que foi sussurrado. Para avaliação mental utilizou-se o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), questionário composto por diversas questões agrupadas em sete categorias, sendo estas capazes de avaliar aspectos cognitivos específicos: orientação para tempo (cinco pontos), orientação para local (cinco pontos), registro de três palavras (três pontos), atenção e cálculo (cinco pontos), lembrança das três palavras (três pontos), linguagem (oito pontos) e capacidade construtiva visual (um ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos, porém sofre influência do nível de escolaridade. Dados coletados por fonte primária, após esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. De posse dos dados, estes foram organizados em planilhas do programa Excel 8.0 e procedeu-se a distribuição das frequências absolutas e relativas das variáveis. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. **Resultados:** Participaram do estudo 37 indivíduos. Todos os entrevistados apresentavam mais de um fator de risco para quedas, portanto possuíam o diagnóstico de enfermagem da NANDA Risco de quedas. Dos participantes 20 (54,1%) eram do sexo feminino, com média de idade de 70,6 anos; 18 (48,6%) participantes viviam com companheiro. Somente dois participantes residiam sozinhos (5,4%), porém oito (21,6%) afirmaram serem responsáveis por seu próprio cuidado. Quanto à escolaridade, obteve-se média de 5,2 anos de estudo e todos eram aposentados. Em relação à constituição familiar observou-se média de 3,72 pessoas por domicílio, o que correspondeu a uma renda *per capita* de 436,3 reais. O fator de risco História de quedas foi relatado por 40,5% dos avaliados; 83,7% tinham idade acima de 65 anos; 20 (54%) participantes afirmaram não utilizar dispositivos auxiliares para locomoção; 21,6% tinham diagnóstico médico de Diabetes e Artrite; Falta de sono foi relatada por 24,3% dos avaliados; 27% (10) citaram apresentar Hipotensão ortostática enquanto doze (32,4%) informaram ter Incontinência urinária. Entre os fatores fisiológicos, aquele que esteve mais presente foi o Déficit proprioceptivo (83,7%). Dos participantes avaliados, 20 (54%) deles apresentaram déficit cognitivo, cuja média do MEEM foi de 23,64 pontos. Quando realizado o Teste do Sussurro, apenas cinco (13,5%) apresentaram alguma alteração. Quanto ao fator Dificuldade visual, esteve presente em 51,4% dos idosos e 13 (35,2%) participantes

**Trabalho 34 - 4/5**

apresentavam alguma alteração nos pés. Os escores do teste de Tinetti permitiram identificar que 16 (43,3%) participantes apresentaram Mobilidade física prejudicada, com uma média de 19,4 pontos. Nenhum participante atingiu o total de pontos da escala de equilíbrio, apresentando alguma alteração. Quando analisadas as Dificuldades na marcha, 29 (78,4%) participantes apresentaram algum tipo de dificuldade relacionada à limitação para locomoção; 29 indivíduos (78,4%) possuíam alteração na força muscular para realizar algum dos movimentos musculares investigados. Os medicamentos mais utilizados foram os agentes anti-hipertensivos e os diuréticos, respectivamente, 51,4% e 46%. A maior parte dos entrevistados (62,2%) afirmou não possuir móveis ou objetos em excesso em casa; 48,6% relataram a ausência de material antiderrapante no banheiro e, especificamente, no local de banho (chuveiro); 14 participantes (37,8%) queixaram-se de pouca iluminação no ambiente e somente um participante (2,7%) relatou ausência de conhecimento acerca da localização dos objetos no ambiente. Entre os fatores de risco identificados neste estudo, nenhuma categoria de fatores de risco se destacou como principal para favorecer o evento queda, o que evidencia sua origem complexa e multifatorial. **Conclusão:** Os idosos acometidos por AVE são vulneráveis à ocorrência de quedas, portanto, investigar os principais fatores de risco determinantes nesta população é essencial para a prevenção do evento. Apesar de fatores fisiológicos não permitirem grandes modificações por parte do indivíduo, observou-se deficiência com relação à prevenção dos fatores ambientais, que devem ser identificados pelos enfermeiros e corrigidos pelo idoso ou seus familiares.

**Palavras-chaves:** Diagnóstico de enfermagem; risco de quedas; acidente vascular encefálico.

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Referências:**

1. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *JAGS* 1986 Feb; 34(2): 119-26.
2. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *NEJM* 1988; 319(26): 1701-7

**Trabalho 34 - 5/5**

3. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2008; 13(4): 1209-18.
4. Ashburn A, Hyndman D, Pickering R, Yardley L, Harris S. Predicting people with stroke at risk of falls. *Age and Ageing* 2008; 37: 270-6.
5. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

## Trabalho 35 - 1/4

**FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM  
AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE ENTRE DIABÉTICOS SEGUNDO  
O SEXO\***

Flávia Paula Monteiro Magalhães<sup>1</sup>

Márcio Flávio Moura de Araújo<sup>2</sup>

Niciane Bandeira Pessoa Marinho<sup>3</sup>

Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas<sup>4</sup>

Thiago Moura de Araújo<sup>5</sup>

Marta Maria Coelho Damasceno<sup>6</sup>

**Introdução:** No panorama do diabetes mellitus do tipo 2 (DM 2), um controle glicêmico agressivo, além de reduzir as complicações vasculares dos diabéticos, ao longo do tempo, é responsável pela queda dos custos clínicos. Isso emerge mediante a aderência ao uso de antidiabéticos orais (AO) desses doentes ao uso de hipoglicemiantes orais e insulina. Contudo, é importante salientar que no fenômeno da aderência estão envolvidos fatores demográficos, automedicação e o conhecimento do paciente diabético<sup>1</sup>. Especialmente, entre os sujeitos com DM 2, atendidos na atenção primária, a identificação de respostas humanas frente a tomada desses medicamentos deve ser contínua a fim de que o enfermeiro possa conhecer os fatores envolvidos no não

<sup>1</sup>\*Trabalho extraído da dissertação de mestrado defendida no programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará em dezembro/2009.

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista do CNPq. Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>2</sup> Mestre em Enfermagem. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES-REUNI. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: [marciofma@yahoo.com.br](mailto:marciofma@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Especialista em Diabetes e Hipertensão. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista da FUNCAP. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: [nicianebpm@yahoo.com.br](mailto:nicianebpm@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> Mestre em Enfermagem. Professor do Curso graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Floriano, Piauí, Brasil. E-mail: [robertowjff@globo.com](mailto:robertowjff@globo.com)

<sup>5</sup> Mestre em Enfermagem. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista da FUNCAP. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: [thiagomouraenf@yahoo.com.br](mailto:thiagomouraenf@yahoo.com.br)

<sup>6</sup> Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do CNPq. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: [martadamasceno@terra.com.br](mailto:martadamasceno@terra.com.br)

**Trabalho 35 - 2/4**

cumprimento medicamentoso e, conseqüentemente, intervir para retardar o surgimento de complicações micro e macrovasculares. Pesquisadores acreditam que é importante realizar estudos de associação entre diagnósticos de enfermagem da NANDA e determinadas características do grupo estudado. Esta crença se fundamenta nos benefícios decorrentes dessas pesquisas como, por exemplo, o aprofundamento do conhecimento sobre os fatores de risco e mesmo sobre os fatores relacionados do problema em questão <sup>2</sup>. Associado a isto, outros autores argumentam existir uma carência de publicações que relacionem gênero e DM <sup>3</sup>. Dessa maneira, o objetivo deste estudo foi investigar os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde em usuários da atenção primária com DM 2 e em uso de AO, segundo o sexo. Trata-se de um estudo suplementar desenvolvido a partir da análise secundária do banco de dados da pesquisa *Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais entre usuários da rede básica de Fortaleza-Ceará*, apoiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento do Brasil (CNPq). A referida pesquisa ocorreu entre janeiro a julho de 2009 em 12 centros de saúde da família situados em Fortaleza - Brasil. As unidades de saúde selecionadas por conveniência eram localizadas em bairros distintos no que diz respeito à infraestrutura, serviços e situação socioeconômica.

**Objetivo:** Identificar os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem da NANDA “*Autocontrole ineficaz da saúde*”. **Métodologia:** A amostra foi constituída pelos dados dos 377 sujeitos classificados como *não cumpridores* do tratamento medicamentoso com AO. Para avaliar a tomada dos hipoglicêmicos foi aplicado o teste Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) no domicílio dos portadores de DM 2. Este método é estruturado a partir da fusão das questões propostas por Morisk, Green e Levine e Delgado & Lima <sup>4</sup>. Para determinar a presença do diagnóstico de enfermagem Autocontrole ineficaz da saúde foi realizada uma analogia entre as questões do MAT e quatro das cinco características definidoras do diagnóstico da NANDA pesquisado, a saber: 1. Alguma vez você esqueceu-se de tomar os comprimidos para DM 2 ? (Expressão de dificuldade com regime prescrito); 2. Alguma vez você foi descuidado com a hora de tomar os comprimidos para DM 2? (Falha em incluir regimes de tratamento à vida diária); 3. Alguma vez você deixou de tomar os comprimidos para DM 2 por ter se sentido melhor? (Falhas em agir para reduzir fatores de risco) e 4. Alguma vez você deixou de tomar os comprimidos para DM 2, por sua iniciativa, por

**Trabalho 35 - 3/4**

ter se sentido pior? 5. Alguma vez você tomou mais de um ou vários comprimidos para DM 2, por iniciativa própria, por ter se sentido pior? (Escolhas na vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde). Na presença de pelo menos uma das características definidoras o diagnóstico de enfermagem supracitado foi pontuado. Os dados sofreram tripla digitação e foram armazenados em um banco no programa Excel. O processamento destas informações ocorreu no software SPSS versão 17.0. O intervalo de confiança adotado foi de 95%. Na análise das associações dos fatores relacionados ao diagnóstico *Autocontrole ineficaz da saúde* com variáveis categóricas foi empregado o Teste exato de Fischer e do Qui-quadrado. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará tendo sido aprovado conforme o protocolo 47/09. A prevalência do diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde foi de 86,3%, sendo 73,1% no sexo feminino ( $p=0,386$ ). Os fatores relacionados investigados predominantes, ou seja, com percentuais superiores a setenta, foram: déficit de conhecimento, gravidade percebida, demanda excessiva, déficit de apoio social, complexidade do sistema de atendimento de saúde e benefícios percebidos. Ao se realizar uma associação da distribuição dos fatores relacionados ao diagnóstico *Autocontrole ineficaz da saúde*, a partir do sexo, ficou evidenciado os seguintes achados: os diabéticos não aderentes do sexo masculino tem um sentimento de impotência maior (30,4%) do que as mulheres (18,4%) diante da terapêutica medicamentosa do DM 2 ( $p=0,034$ ), além disso, eles também possuem um déficit de apoio social ( $p= 0,016$ ) e uma demanda excessiva ( $p= 0,000$ ) sobre eles. Mesmo com a classificação de não aderentes à terapia com AO, as mulheres não aderentes conseguem perceber melhor os benefícios da tomada correta dos medicamentos no controle metabólico do DM 2 ( $p=0,002$ ). Tratamentos crônicos ou de longa duração, caso do DM 2, têm em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessita modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. No caso dos homens, as pesquisas qualitativas apontam várias razões, mas, de um modo geral, é possível agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes, a saber: barreiras sócio-culturais e barreiras institucionais. Dessa maneira, a sensação de “perda” de vigor e a dificuldade de acesso aos serviços podem ilustrar essa situação <sup>5</sup>. O presente estudo apresentou fragilidades no levantamento do diagnóstico de enfermagem estudado *Autocontrole*

#### Trabalho 35 - 4/4

*ineficaz da saúde*. Primeiro não houve a realização de uma consulta de enfermagem e nem o uso de todos os fatores do referido diagnóstico de enfermagem. Segundo, não foi possível realizar uma associação entre a prevalência dos fatores levantados com aspectos importantes do controle metabólico do DM 2 como estado nutricional, prática regular de atividade física, dieta e glicemia venosa. Tais limitações se devem ao caráter secundário do estudo. Conclusão: Com base no exposto, esse estudo foi válido, pois revelou que fatores de caráter socioeconômico importantes no controle das doenças como a *demanda excessiva* e *déficit de apoio social*, foram significativos e predominantes entre os homens. O mesmo se repetiu em questões relativas ao sujeito, como a *impotência* e a falta da *percepção de benefícios*, frente ao tratamento da doença. Além disso, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos a fim de que se conheça a prevalência de todos os fatores do referido diagnóstico entre portadores de DM 2 e suas relações com a adesão medicamentosa.

**Palavras-chaves:** Cooperação do paciente; diabetes mellitus tipo 2; diagnósticos de enfermagem.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

#### Referências

1. Dimatteo MRP. Variations in patient's adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004; 42 (3):200-209.
2. Vasconcelos FF, Araújo TL, Moreira TMM, Lopes MVO. Associação entre diagnósticos de enfermagem e variáveis sociais/clínicas em pacientes hipertensos. *Acta paul enferm* 2007; 20(3):326-32.
3. Goldenberg P, Schenkman S, Franco LJ. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Rev Bras Epidemiol* 2003; 6(1): 18-28.
4. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde Doenças* 2001; 2(2): 26-31.
5. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde do homem - princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

**Trabalho 36 - 1/5**

**CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE  
ENFERMAGEM – UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Francine Dutra Mattei<sup>1</sup>

Elaine Cristina Rodrigues da Costa

Fabiane Novais Moreno

Marcia Regina Cubas

Rucieli Maria Moreira Toniolo

Valderlane Bezerra Pontes Netto

**INTRODUÇÃO**

Ao longo dos anos, na busca de sua identidade, a enfermagem passou a desenvolver conhecimentos próprios capazes de garantir sua legitimidade, visibilidade e autonomia <sup>(1)</sup>. No entanto, a ausência de uma linguagem universal que permita estabelecer a definição e a descrição da prática profissional da enfermagem tem comprometido o seu desenvolvimento como ciência <sup>(2)</sup>.

Ciente deste cenário, o *International Council of Nurses* – ICN organiza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE<sup>®</sup>. Trata-se de um sistema de classificação de termos cuja finalidade primária é a de padronizar uma linguagem universal para a enfermagem, representando os conceitos e os cuidados de sua prática, permitindo assim a comparação entre dados de diferentes populações, bem como ao longo do tempo <sup>(3)</sup>.

O projeto para elaboração da CIPE<sup>®</sup> foi concebido após a Organização Mundial de Saúde - OMS apontar a necessidade de que a prática de enfermagem fosse descrita em seu contexto mundial. A partir deste posicionamento, a CIPE<sup>®</sup> foi proposta pelo ICN <sup>(4)</sup>, com a intenção de compilar sistemas classificatórios existentes e utilizar uma terminologia combinatória para mapeamento cruzado de termos.

Durante seus 14 anos de existência, a CIPE<sup>®</sup> sofreu alterações na estrutura, no conteúdo e na apresentação hierárquica dos termos. As três primeiras versões, a *Alfa*, de 1996, a

---

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR. Endereço eletrônico: [fran.mattei@bol.com.br](mailto:fran.mattei@bol.com.br)

### Trabalho 36 - 2/5

*Beta*, de 2000 e a *Beta 2*, de 2001, eram versões experimentais e continham duas classificações: a de fenômenos de enfermagem e a de ações de enfermagem. Em 2005, foi publicada a versão 1.0, na qual ocorreram as modificações mais significativas, relacionadas à reestruturação do modelo multiaxial e inclusão de uma ontologia, que permite que conceitos sejam colocados dentro de uma hierarquia, viabilizando assim combinações e restrições entre os termos. Em 2008, a versão 1.1 inova com a inclusão de diagnósticos e intervenções pré-combinadas e, em 2009, a versão 2.0 é apresentada em resposta ao ajuste necessário para inclusão da CIPE® na família de classificações internacionais da OMS.

Por se tratar de uma terminologia relativamente nova na enfermagem e dotada de grande potencial, emergem as questões motivadoras deste estudo: que tipos de estudos vêm sendo desenvolvidos a partir da CIPE®? As pesquisas existentes ratificam os objetivos propostos pelo ICN para a CIPE®?

### OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo são: identificar os estudos desenvolvidos a partir da CIPE® e discutir a amplitude dos objetivos propostos pelo ICN para a CIPE®.

### METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PUBMED/MEDLINE, LILACS, BDEF e SciELO, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS<sup>2</sup>. Foi adotado o método de revisão sistemática da literatura<sup>(5)</sup>, sendo utilizado para a coleta o termo “ICNP” (*International Classification of Nursing Practice*). O universo de pesquisa abrangeu todos os trabalhos publicados até o ano de 2009, sendo a busca realizada no período de novembro de 2009 a março de 2010.

A seleção inicial dos trabalhos foi efetuada pela leitura dos títulos, momento em que se avaliou a pertinência do assunto em relação ao objetivo deste estudo. Nesta etapa, foram excluídos artigos em que a sigla “ICNP” tem significados diferentes. Daqueles, identificaram-se, ainda, os trabalhos de ocorrência coincidente em mais de uma base de dados. Os resultados deste levantamento são apresentados na Tabela 1.

---

<sup>2</sup> Acesso em: [www.bireme.br](http://www.bireme.br)

**Trabalho 36 - 3/5**

**Tabela 1.** Resultados da pesquisa pelo termo “ICNP” nas bases de dados PUBMED/MEDLINE, LILACS, BDENF e SciELO. Nov/2009 a Mar/2010.

<b>Base de dados</b>	<b>Referências encontradas</b>	<b>Trabalhos selecionados</b>	<b>Trabalhos coincidentes</b>	<b>Trabalhos considerados</b>
PubMed/Medline	123	119	-	119
Lilacs	14	12	8	4
BDENF	10	9	9	-
SciELO	9	9	8	1
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>149</b>	<b>25</b>	<b>124</b>

Ao acessar os textos nas bases de dados, verificou-se que nem todos ofertavam o texto completo para consulta livre. Desta forma, para realizar a análise crítica dos conteúdos, foram utilizados os trabalhos cujo acesso ao texto completo foi possível em bancos de dados institucionais. Do total de 124 trabalhos considerados, 59 não estavam disponíveis, sendo que oito deles são referentes a resumos em anais de congressos, cujo acesso se efetivava por compra. Portanto a análise ficou restrita a 65 artigos.

Depois de analisados em seu conteúdo, os artigos foram organizados em dez categorias temáticas, assim distribuídas:

1) abordagens gerais sobre a CIPE®; 2) aplicabilidade da CIPE® à prática de enfermagem; 3) avaliação de sistemas classificatórios; 4) experiências com recursos computacionais; 5) avaliação ou desenvolvimento da CIPE® a partir de opiniões de profissionais; 6) abordagem geral sobre sistemas classificatórios; 7) aplicações da CIPE® em situações da prática de enfermagem; 8) inclusão de termos na CIPE®; 9) traduções da CIPE®; e 10) outros trabalhos relacionados à CIPE®, não enquadrados nos temas anteriores.

## **RESULTADOS**

Inicialmente, foi identificada a evolução dos estudos relacionados à CIPE®. Neste momento foram consideradas as 124 referências encontradas nas bases, não importando se o texto completo estava disponível para acesso ou não. Percebe-se que a partir de 1996, ano em que foi publicada a versão *Alfa* da CIPE®, há uma tendência de crescimento constante da quantidade de trabalhos publicados. Cabe ressaltar que os trabalhos anteriores a versão *Alfa* são direcionados ao relato sobre o projeto e a intenção da classificação.

### **Trabalho 36 - 4/5**

Julgou-se relevante identificar o país de origem dos trabalhos. Não se levou em consideração o país de origem do periódico que publicou o artigo, mas o local em que o trabalho foi produzido. Verifica-se a predominância de países do continente Europeu, com 52 artigos representando 42% do total de trabalhos, ressaltando-se que aqueles de autoria do ICN foram classificados como de origem Suíça, sede da entidade. Outro ponto a destacar é a existência de 23 artigos de origem brasileira, que totalizam 18%, semelhante ao número de trabalhos norte-americanos, em número de 25 artigos que representam 20% do total.

Torna-se evidente que os objetivos estratégicos propostos pelo ICN para a CIPE® vêm sendo alcançados, pois com a revisão realizada percebe-se que há uma constante preocupação em manter esta classificação atualizada e que a prática de enfermagem também vem sendo amplamente discutida.

Também fica clara a utilização da CIPE® nas diferentes comunidades nacionais e internacionais, e que a mesma é totalmente compatível com outras classificações e padronizações de enfermagem utilizadas, facilitando e permitindo a realização de pesquisas e garantindo seu desenvolvimento contínuo, assegurando assim maior crescimento e destaque da profissão.

### **CONCLUSÃO**

Na análise dos artigos encontrados, constata-se a incipiência de trabalhos que avaliam os resultados de aplicação prática da CIPE® ou que apresentam projetos para sua utilização. Ao contrário, a maioria dos artigos aborda ou aspectos conceituais, que têm o objetivo de apresentar o sistema ao leitor, ou comparar a CIPE® com outros sistemas classificatórios, colocando em discussão a adequação dos sistemas.

Os estudos e pesquisas que avaliam a CIPE® concluem que o sistema é viável e que pode trazer grandes ganhos à enfermagem; em contraponto, trazem ressalvas de que são necessários aperfeiçoamentos. Com relação a este último aspecto, deve-se considerar que o desenvolvimento permanente é uma característica intrínseca de um sistema como a CIPE®, e que quanto mais disseminada estiver sua utilização, mais rapidamente o sistema deverá adquirir consistência.

Sem dúvida, ainda há um longo caminho a percorrer até que a CIPE® seja amplamente reconhecida pelos enfermeiros como um sistema classificatório útil para o seu dia a dia

**Trabalho 36 - 5/5**

e para contribuir com a valorização da profissão, porém todos os estudos encontrados ratificam que o caminho está correto.

Em suma, os artigos publicados demonstram que os esforços do Conselho Internacional de Enfermagem e dos enfermeiros engajados nos projetos de desenvolvimento da CIPE® não têm sido em vão.

**Referências:**

1. Gerk MAS, Barros SMO. Intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em dois serviços públicos de assistência à saúde da mulher. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(3):260-268.
2. Nóbrega MML, Garcia TR. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(2):227-30.
3. Silva KL et al. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®. In: NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; Silva KL (Org.). *Fundamentos do cuidar em enfermagem.* João Pessoa: Imprima, 2007. p. 221-241.
4. Comitê Internacional de Enfermeiros. CIPE® Versão 1: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Tradução: Heimar de Fatima Marin. São Paulo: Algor, 2007.
5. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(2):v-vi.

**Palavras-Chave:**

Processo de Enfermagem. Classificação. Literatura de revisão como assunto.

**Trabalho 37 - 1/4**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES EM RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO DETERMINADO PELA ESCALA DE BRADEN**

Amália de Fátima Lucena<sup>1</sup>; Cássia Teixeira dos Santos; Ana Gabriela da Silva; Miriam de Abreu Almeida; Vera Lucia Mendes Dias.

**Introdução:** O processo de enfermagem (PE) é um método para sistematizar a assistência e a partir dele se identificou a necessidade da construção das classificações dos fenômenos de enfermagem (diagnóstico, intervenção, resultado). No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) este método é utilizado há cerca de 30 anos e para a realização da etapa de diagnóstico de enfermagem utiliza a classificação diagnóstica da NANDA-I <sup>(1)</sup>. Para a etapa de prescrição de enfermagem, os cuidados estão baseados na literatura da área, na prática clínica da enfermagem, na classificação de intervenções de enfermagem – NIC – e, ultimamente, em protocolos assistenciais institucionais, os quais têm se mostrado efetivos na qualificação da assistência. Dentre estes, está o protocolo de prevenção e tratamento de úlceras por pressão (UP), que se baseia na avaliação de risco determinado pela escala de Braden. Esta escala é composta de seis sub-escalas: percepção sensorial (capacidade de responder ao desconforto/pressão) umidade (nível de exposição da pele à umidade), atividade (grau de atividade física), mobilidade (capacidade de movimentar-se), nutrição (padrão usual de consumo alimentar) e fricção e cisalhamento (grau de atrito capaz de cisalhar). Os escores obtidos pela sua aplicação variam de seis, alto risco para UP, até 23, baixo risco para UP <sup>(2,3)</sup>. A busca constante pela qualificação do cuidado de enfermagem no hospital motivou a realização deste estudo que teve como finalidade conhecer melhor as situações de pacientes em risco para UP, utilizando-se das informações obtidas por meio dos diagnósticos e da prescrição de enfermagem. Para tanto, este estudo teve por objetivos: caracterizar os pacientes em risco para UP; identificar os diagnósticos de enfermagem mais

---

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências pela UNIFESP, Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da UFRGS.  
Rua Eça de Queiroz, 819/801. CEP: 90 670-020. Porto Alegre/RS  
e-mail: fatimalucena@terra.com.br

### Trabalho 37 - 2/4

freqüentemente estabelecidos para eles, bem como os seus fatores relacionados/risco; identificar para quais diagnósticos de enfermagem houve a prescrição do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de UP. **Material e Métodos:** Trata-se de um recorte de um estudo maior do tipo quantitativo, descritivo, transversal. A amostra incluiu 219 hospitalizações de pacientes adultos, em unidades clínicas e cirúrgicas, e em risco para UP determinado pela aplicação da Escala de Braden e que obtiveram escore  $\leq$  13. A coleta de dados foi retrospectiva, referente às internações ocorridas no primeiro semestre/2008 e realizada a partir dos registros na Escala de Braden e em prontuário eletrônico, que contém o processo de enfermagem informatizado. A análise foi estatística descritiva, utilizando-se o programa SPSS, versão 16.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o protocolo nº 08-319. **Resultados:** Os pacientes em risco para UP foram na maioria mulheres (62.5%), idosos (média de 67 anos  $\pm$  20,2), com tempo de internação mediano de nove dias ( $\pm$  27), portadores de doenças cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas. Os 11 DE mais frequentes foram: Risco de infecção (55%); Síndrome do déficit do autocuidado (46,5%), Déficit no Autocuidado: banho/higiene(43%); Mobilidade física prejudicada(32%); Padrão respiratório ineficaz (26%), Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (24%), Integridade tissular prejudicada(20,5%); Dor aguda (20%), Alteração na eliminação urinária (14%), Integridade da pele prejudicada(13%); Risco para prejuízo da integridade da pele (13%). Para cada um dos 11 DE mais freqüentes foram identificados o seu principal fator relacionado ou de risco, sendo que o fator Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético foi o mais frequentemente identificado (37,5%). Algumas vezes, um mesmo paciente apresentou mais de um DE e também mais de um fator relacionado ou de risco. Cinco dos 11 DE apresentaram a prescrição do cuidado de enfermagem “Implementar protocolo de prevenção e tratamento para úlcera por pressão”. São eles: Mobilidade física prejudicada, que obteve 34 diferentes cuidados de enfermagem prescritos. Síndrome do déficit do autocuidado, que obteve 30 diferentes cuidados de enfermagem prescritos. “Integridade tissular prejudicada”, que obteve 30 diferentes cuidados de enfermagem prescritos. Risco para prejuízo da integridade da pele, que obteve 20 diferentes cuidados de enfermagem prescritos. “Integridade da pele prejudicada”, que obteve 17 diferentes cuidados de enfermagem prescritos. Os principais motivos de

### Trabalho 37 - 3/4

internação desses pacientes em risco para UP foram as doenças cerebrovasculares (22%), as pulmonares (15,5%), as cardiovasculares (14%) e as neoplasias (14%). Associando-se os DE relacionados ao risco de alteração ou presença de dano da pele aos principais motivos de internação encontrou-se: Risco para prejuízo da integridade da pele em 23% das internações de pacientes com neoplasias, 12% nas doenças cerebrovasculares, 10% nas pulmonares. Integridade da pele prejudicada foi encontrado em 15% das internações de pacientes com doenças cardiovasculares, 13% nas pulmonares, 12% nas doenças cerebrovasculares e 8% nas neoplasias. Integridade Tissular Prejudicada foi encontrado em 19% das internações de pacientes com doenças cardiovasculares, 19% nas neoplasias, 12% nas cerebrovasculares e 7% nas pulmonares. As comorbidades mais frequentes foram as doenças cardiovasculares (40%), as cerebrovasculares (37%) e as metabólicas (27%). Associando-se os DE relacionados ao risco de alteração ou presença de dano da pele as principais comorbidades encontrou-se: Risco para prejuízo da integridade da pele em 11% das internações de pacientes com doenças cerebrovasculares, 6% nas metabólicas e 5% nas cardiovasculares. Integridade da pele prejudicada foi encontrado em 23% das internações de pacientes com doenças cerebrovasculares, 17% nas cardiovasculares e 17% nas metabólicas. Integridade Tissular Prejudicada foi encontrado em 18,5% das internações de pacientes com doenças cardiovasculares, 17% nas cerebrovasculares e 13% nas metabólicas.

**Conclusões:** Os pacientes em risco para UP no HCPA são na maioria mulheres e idosos, hospitalizadas em unidades clínicas por doenças cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares e neoplasias e, com comorbidades referentes a doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e metabólicas. Identificou-se 11 diagnósticos de enfermagem mais frequentemente estabelecidos para estes pacientes. O fator relacionado mais incidente foi prejuízo neuromuscular/musculoesquelético apontado 171 vezes (37,5% do total de fatores identificados). Dentre os diagnósticos de enfermagem, os que estavam relacionados especificamente ao risco ou ao dano da pele e/ou tecidos, ou seja, Risco para prejuízo da integridade da pele, Integridade da pele prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada foram identificados em 103 (47%) internações. O cuidado de enfermagem “Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão” foi prescrito para cinco diferentes diagnósticos de enfermagem: Mobilidade física prejudicada, Síndrome do déficit do

### Trabalho 37 - 4/4

autocuidado, Integridade tissular prejudicada, Integridade da pele prejudicada e Risco para prejuízo da integridade da pele. Nestes, os principais fatores relacionados/risco foram o prejuízo neuromuscular/musculoesquelético e imobilidade, o que demonstra de forma clara a relação existente entre os fatores relacionados/risco apontados para estes diagnósticos de enfermagem com as subescalas que compõem a Escala de Braden. Estes resultados e conclusões permitiram melhor conhecer os pacientes internados no HCPA com risco para UP e desta forma, auxiliar no direcionamento de ações específicas para prevenir e tratar este grave problema de enfermagem.

**Descritores** - Diagnóstico de enfermagem; Processos de enfermagem; Úlcera por pressão.

### ÁREA TEMÁTICA

1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

### Referências

1. Nanda International. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification – 2009-2011. Philadelphia: Wiley-Blackwell; 2009.
2. Menegon, D.B.; Bercin, R.R.; Brambila, M.I.; Scola, M.L.; Jansen, M.M.; Tanaka, R.Y. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlceras de pressão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Revista HCPA 2007; 27(2): 61-64.
3. Braden B, Bergstrom N. (1987). A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. Rehab Nurs. jan-fev; 12(1), 8-12.

**Trabalho 38 - 1/4**

**CONSENSO DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS CONFORME A NANDA-NOC-NIC PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ATENDIDOS EM VISITA DOMICILIAR**

Karina Azzolin, Amália de Fátima Lucena, Karen Ruschel, Claudia Mussi, Emiliane Nogueira de Souza, Eneida Rejane Rabelo

**INTRODUÇÃO:** Estudos clínicos que identifiquem intervenções de enfermagem específicas para determinadas condições clínicas ainda são deficitários, especialmente em pacientes sob cuidado domiciliar <sup>(1)</sup>. Nesta perspectiva, a necessidade de identificar na prática clínica os resultados mais frequentemente associados às intervenções utilizadas no tratamento de um determinado diagnóstico de enfermagem (DE) torna-se fundamental. Isto permitiria discutir, implementar, expandir e avaliar a aplicação de taxonomias padronizadas de enfermagem no cenário da prática clínica <sup>(2)</sup>. Atualmente, vários sistemas de classificação estão disponíveis para uso na prática de enfermagem, dentre esses, a NANDA-I, que é uma classificação de diagnósticos, a NIC, classificação de intervenções e a NOC de resultados. A ligação entre NANDA-NOC-NIC é definida como uma relação ou associação entre um diagnóstico e uma intervenção de enfermagem que, de forma conjunta, obtém um resultado e ou soluciona um problema, facilitando o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão <sup>(3)</sup>. Todavia, são necessários estudos em ambiente clínico real que apliquem as ligações, com ênfase nas especificidades de cada área de atuação da enfermagem. **OBJETIVO:** Validar por meio do consenso de especialistas as ligações entre os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados propostos pela NANDA-NOC-NIC, para pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva em cuidado domiciliar. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo que utilizou o método de consenso entre seis enfermeiras especialistas na área de cardiologia. Este grupo validou um protocolo clínico para aplicação em visitas domiciliares realizadas por enfermeiras, utilizando a ligação entre os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem. Inicialmente foram selecionados pelas especialistas oito diagnósticos de enfermagem (DE), segundo a NANDA-I, em encontro presencial: Controle Eficaz do Regime Terapêutico, Autocontrole Ineficaz da Saúde, Controle Familiar Ineficaz da Saúde, Volume de Líquidos Excessivo, Risco para Desequilíbrio de Líquidos, Fadiga, Disposição para

**Trabalho 38 - 2/4**

Aumento do Autocuidado e Manutenção do Lar Prejudicada. A partir desta etapa foi realizado o consenso composto por três etapas: a validação das intervenções (título e conceito), dos resultados (título e conceito) e, das atividades pertencentes a cada intervenção e dos indicadores pertencentes a cada resultado para cada DE escolhido previamente. Para a realização da primeira etapa foram selecionadas as intervenções prioritárias e sugeridas segundo a NIC <sup>(3)</sup> e para a segunda etapa os resultados sugeridos segundo a NOC <sup>(4)</sup>. Também foram considerados as intervenções e os resultados indicados com principais pelo livro Ligações entre NANDA-NOC-NIC <sup>(5)</sup>. Sabe-se que três são os níveis de intervenções oferecidos para cada DE, sendo o primeiro nível as intervenções prioritárias, que abrange as mais prováveis de serem implementadas; o segundo nível as sugeridas, ou seja, aquelas com alguma probabilidade de solucionar os DE e as de terceiro nível, as intervenções adicionais optativas, aquelas que se aplicam a alguns pacientes. Já os resultados são classificados em dois níveis de ligação, os sugeridos e os adicionais <sup>(4)</sup>. Para o processo de validação por consenso foi realizado, inicialmente, encontros presenciais para discussão entre os membros do grupo e após, foi elaborado um instrumento contendo os DE, suas intervenções e resultados, considerando-se o título e o conceito de cada um. Os enfermeiros deveriam assinalar uma das indicações, “recomendo” e “não recomendo”. A terceira etapa foi referente à validação das atividades que compõe cada intervenção e a validação dos indicadores que compõe cada resultado. Foram considerados como validadas as intervenções, resultados e indicadores que obtiveram de 80 a 100% de consenso. Para as atividades considerou-se validadas as que obtiveram 70% ou mais de consenso entre os enfermeiros. **RESULTADOS:** O consenso foi realizado com um grupo de seis (6) enfermeiras pesquisadoras na área de cardiologia e com experiência clínica, sendo uma (1) doutora e coordenadora do grupo, quatro (4) mestres em cardiologia e uma (1) mestranda em cardiologia. As enfermeiras mestres estão em curso de doutorado, sendo três (3) em Cardiologia e uma (1) na área de Enfermagem. Na primeira e segunda etapa do estudo foram realizados encontros presenciais entre os membros do grupo, em que foram apresentados os objetivos do consenso, bem como a seleção e a comprovação dos DE estabelecidos e a validação de 14 intervenções, de um total de 96 pré-selecionadas e nove resultados de um total de 71 pré-selecionados, para os oito DE elegíveis. Um estudo <sup>(1)</sup> com objetivos similares buscou identificar as intervenções de enfermagem,

**Trabalho 38 - 3/4**

segundo a NIC, mais comuns entre pacientes cardíacos atendidos a domicílio. Neste estudo foram demonstradas diferenças nos cuidados prestados a pacientes cardiopatas, divididos em diagnósticos como IC, doença arterial coronariana e outras cardiopatias. Cabe ressaltar que os pacientes com diagnóstico de IC foram os que necessitaram de maior número de visitas domiciliares (média 10,09; 8,61; 8,5 visitas respectivamente) e mais tempo de duração das mesmas (média 8,27; 6,67; 6,15 horas respectivamente). Estes dados justificam a importância da realização do estudo proposto, com vistas a individualização do cuidado bem como a avaliação da sua efetividade, utilizando-se uma linguagem padrão. O DE Disposição para aumento do autocuidado foi excluído por não ter tido intervenções e resultados validados. Para a etapa do consenso de validação das atividades e indicadores que compõe cada intervenção (NIC) e resultado (NOC) foi elaborado outro instrumento contendo o título e o conceito da intervenção ou do resultado, seguido de sua lista de atividades ou de indicadores, respectivamente. Cada intervenção é composta por um título e uma definição e, uma lista de atividades específicas que são realizadas para auxiliar os pacientes a obterem o resultado desejado<sup>(3)</sup>. Assim, ao lado de cada atividade tinha a indicação “recomendo” e “não recomendo”, que deveria ser escolhida pela enfermeira. Ao final da lista de atividades foi colocada a seguinte pergunta: “eu ainda recomendo esta intervenção?”. Esta questão foi inserida, pois após a análise do grupo de atividades, o julgamento em relação à intervenção poderia ser alterado, uma vez que a visualização das mesmas fornece mais elementos para julgar a aplicabilidade da intervenção na prática clínica. Após análise do conceito da intervenção e suas atividades, quatro intervenções não foram mais recomendadas. As seguintes intervenções foram recomendadas: Educação para a Saúde; Assistência na Automodificação; Promoção do Envolvimento Familiar; Monitoração Hídrica; Aconselhamento Nutricional; Ensino: Medicamentos Prescritos; Controle de Energia; Mobilização Familiar; Modificação do Comportamento; Consulta por Telefone; Ensino: Processo de Doença. A última etapa foi à validação dos indicadores que compõe os resultados validados. Os resultados, conforme a NOC, são compostos por um título, uma definição e um conjunto de indicadores de enfermagem utilizados para a avaliação da eficiência das intervenções de enfermagem, aplicadas na prática clínica, por meio de escalas do tipo Likert<sup>(4)</sup>. Assim, ao lado de cada indicador novamente tinha a opção “recomendo” e “não recomendo”. Ao final da lista de

**Trabalho 38 - 4/4**

indicadores a pergunta: “eu ainda recomendo este resultado?”. Ao término desta etapa, dois resultados não foram mais recomendados. Os resultados validados para avaliação da efetividade das intervenções foram o Conhecimento: Medicação e Regime de Tratamento; Controle dos Sintomas; Equilíbrio Hídrico; Conservação de Energia; Tolerância a Atividade; Participação Familiar no Cuidado Profissional. Após as três etapas do consenso foi feita uma análise de todas as atividades válidas, para a verificação de possíveis repetições ou semelhanças nas diferentes intervenções recomendadas, com vistas a evitar duplicidade de cuidados. Estes diagnósticos, intervenções e resultados validados comporão um protocolo, que será aplicado de forma piloto no contexto da assistência domiciliar dos pacientes com insuficiência cardíaca. Este estudo é parte de um projeto maior, que envolve o cuidado a pacientes com Insuficiência Cardíaca, por meio de quatro visitas domiciliares no período de seis meses consecutivos. **CONCLUSÕES:** A prática de consenso entre enfermeiros especialistas subsidia a qualificação do processo de cuidado e aprofunda o conhecimento quanto à utilização das taxonomias de enfermagem. A ampliação do uso das taxonomias na prática clínica requer estudos de validação nas diferentes especialidades.

**Referências**

- 1- Schneider JS, Slowik LH. The Use of the Nursing Interventions Classification (NIC) with Cardiac Patients Receiving Home Health Care. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* sept 2009; 20 (3): 132-140.
- 2- Moorhead S, Johnson M. Diagnostic-Specific Outcomes and Nursing Effectiveness Research. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 2004; 15(2):49-57.
- 3- Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 4- Moorhead S, Maas MJM. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 5- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, et al. Ligações entre NANDA-NOC-NIC, diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Trabalho 39 - 1/3

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM APLICADAS A IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA INSTITUCIONALIZADOS EM ALBERGUES PÚBLICOS**

Nathália Carolina Tomazelli Crespo<sup>1</sup>; Marcela Sfalsin das Chagas<sup>2</sup>; Bruna de Souza Pena<sup>3</sup>; Rodrigo França Mota<sup>4</sup>; Rosimere Ferreira Santana<sup>5</sup>

**Introdução:** A população da terceira idade emerge continuamente em grande número nas ruas dos centros urbanos, desta forma o tema a ser abordado será o processo de envelhecimento de pessoas em situação de rua e as demandas da aplicabilidade das ações do cuidado de enfermagem. As bases das ações de enfermagem são descritas pelo Nursing Intervention Classification-NIC, em que se entende por intervenção de enfermagem “qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/ cliente”. As intervenções podem estar voltadas para indivíduos, famílias e comunidades. **Objetivos:** Descrever e Analisar as intervenções de enfermagem propostas pelo NIC e sua aplicabilidade na população em questão. **Método:** Estudo quantitativo e exploratório, realizado nas instituições Casa da Cidadania (4 idosos), Toca de Assis (37 idosos) e Fundação Leão XIII (124 idosos), locais que abrigam pessoas sem logradouro, encontradas nas ruas, foram considerados idosos os sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, em situação de rua. Para tanto utilizamos um formulário adaptado do modelo proposto por Carpenito, Testes e Escalas utilizadas para avaliação multidimensional em idosos: MEEM, Lawton, Katz e EDG realizados no período de coleta de dados de Julho de 2008 a setembro 2009. Os dados coletados foram digitados, distribuídos em forma de tabela e inicialmente estudados através de análise descritiva simples, estes serviram de ferramenta para elaboração dos diagnósticos e do plano de cuidados. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas- Hospital Universitário Antônio Pedro/ UFF sob o protocolo nº CAAE 0049.0.258.000-08, de acordo com a resolução 196/96. **Resultados:** Foram identificadas 49 nomenclaturas diagnósticas estabelecida pela North American Nursing Diagnosis Association-NANDA presentes em diferentes sujeitos totalizando 1017 diagnósticos de enfermagem.

<sup>1</sup> Bolsista FAPERJ; Acadêmica do 6º Período de Enfermagem (EEAAC/UFF). E-mail: nathaliakrolina@hotmail.com

<sup>2</sup> Bolsista FAPERJ; Acadêmica do 9º Período de Enfermagem (EEAAC/UFF). E-mail: marcelasch@gmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica do 6º Período de Enfermagem (EEAAC/UFF). E-mail: brunaspna@hotmail.com

<sup>4</sup> Acadêmico do 5º Período de Enfermagem (EEAAC/UFF). E-mail: rodrigofmota@hotmail.com

<sup>5</sup> Orientadora. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta MEM/UFF. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica (NEPEG). E-mail: rosifesa@yahoo.com.br.

### Trabalho 39 - 2/3

Priorizando os problemas e as necessidades do cuidado de enfermagem na população em questão, classificamos 249 intervenções preconizadas pela NIC, de acordo com a frequência obtemos que a intervenção mais freqüente foi para o controle da dor 16 (6,42%), seguido por supervisão da pele 16 (6,42%), terapia/ promoção com exercício 15 (6,02%), controle do ambiente 14 (5,62%), controle da infecção 10 (4,01%) e aumento da socialização 6 (2,04%). O domínio 11 referente à Segurança/ proteção obteve prevalência de 307 (30,18%) diagnósticos, apontando para uma vulnerabilidade desses idosos e a necessidade iminente de cuidados de enfermagem, para estes foram traçados tais títulos de intervenções de enfermagem: Domínio 11: Risco de quedas: Controle do ambiente: segurança; Prevenção de quedas; Terapia com exercícios: controle muscular; Controle da dor; Assistência no autocuidado e Promoção do exercício. Dentição prejudicada: Controle da dor; Controle da nutrição; Manutenção da saúde oral; Ensino: habilidade psicomotora e Orientação quanto ao sistema de saúde. Mucosa oral prejudicada: Controle da dor; Controle da nutrição; Manutenção da saúde oral; Terapia com exercícios: mobilidade articular; Planejamento da dieta e Irrigação de lesões. Risco para integridade da pele prejudicada: Controle de infecção; Cuidados com lesões; Posicionamento; Proteção contra infecção; Supervisão da pele e Banho. Risco de infecção: Banho; Controle de infecção; Cuidados com lesões; Proteção contra infecção e Supervisão da pele. Integridade da pele prejudicada: Banho, Cuidados com lesões, Supervisão da pele, Controle de infecção e Controle da nutrição. Integridade tissular prejudicada: Cuidados com lesões; Irrigação das lesões; Posicionamento; Proteção contra infecção, Supervisão da pele; Banho; Controle de infecção e Massagem simples. O diagnóstico mais prevalente foi “Manutenção ineficaz da saúde”, presentes em 80 sujeitos, ou seja, 48,48% dos casos, com seis títulos de intervenções de enfermagem prescritos de acordo com NIC, Aconselhamento, Melhora do sistema de apoio, Controle de medicamentos, Controle do ambiente: Comunidade, Educação para a saúde e Avaliação da saúde. **Conclusões:** Avaliando o período de intervenção, de maio a setembro de 2010 tivemos como intervenções mais efetivas e eficazes o treinamento com os cuidadores, incluindo cursos de formação com metodologias ativas, sobre os seguintes temas: O que é cuidador de idosos, infecção e higienização das mãos, ambiente, medicação nos idosos, iatrogenia, risco de quedas, distúrbios na comunicação com idosos, nutrição, imobilidade, manuseio no leito, higiene oral e corporal, cuidados com o paciente acamado, incontinência urinária, sexualidade nos idosos, demência e depressão, bem-estar do cuidador, e cuidando do cuidador. Acreditamos que as

**Trabalho 39 - 3/3**

avaliações positivas sobre estas intervenções foram garantidas por ser estes temas definidos a partir das necessidades emergentes da população em estudo, utilizamos para avaliação dos seguintes resultados de enfermagem segundo a classificação NOC (Nursing Outcomes Classification): Bem-estar do cuidador, Desempenho do cuidador: cuidado direto, e Desempenho do cuidador: cuidado indireto. Os cuidadores encontram-se mais informados sobre sua profissão e sobre os cuidados e as necessidades dos idosos. Já os idosos as intervenções mais efetivas e eficazes, avaliadas segundo o desempenho pré e pós testes e escalas de avaliação multidimensional, tivemos: as atividades grupais, sejam nas oficinas de memória, linguagem, corporais, socialização e sensoriais. Nestas podemos perceber melhora no estado cognitivo e maior interação e socialização entre eles. Quanto ao ambiente houve melhora quanto a disposição dos móveis, reduzindo a frequência do diagnóstico risco de quedas e maior organização das distribuições do quarto, da administração da enfermaria, e medicamentos. Pretendemos, portanto, estender a fase de intervenção, com conseqüentes análises longitudinais através do NOC selecionados, como também re-aplicação dos instrumentos de avaliação gerontológico. Os achados sugerem concluir que tal população constitui um campo de atuação para a profissão que ainda precisa ser conquistado, conhecido e, por fim, sofrer uma atuação que venha a ter resolutividade dos problemas levantados. Os cuidados de enfermagem que podem ser implementados em uma população de rua devem compreender as relações macro e micro-sociais existentes no contexto que cerca esses idosos, de forma integral e complexa, visando amenizar os desafios impostos.

**Palavra-chave:** Cuidados de Enfermagem; sem-teto; Diagnóstico de Enfermagem

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

Trabalho 40 - 1/4

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO MULTIPROFISSIONAL PARA IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS: uma aproximação enfermagem e serviço social.

Nathália Carolina Tomazelli Crespo<sup>1</sup>; Marcela Sfalsin das Chagas<sup>2</sup>; Bruna de Souza Pena<sup>3</sup>; Rosimere Ferreira Santana<sup>4</sup>; Patrícia Cardozo Pereira<sup>5</sup>.

**Introdução:** A partir de trabalho multiprofissional realizado com o projeto “Processo de envelhecimento em situação de rua” utilizando a linguagem estabelecida pela North American Nursing Diagnosis Association- NANDA, pelas enfermeiras, elaboradas a partir dos problemas emergentes da população alvo. Neste momento ocorreu à necessidade de uma comunicação diagnóstica da equipe de serviço social padronizando suas avaliações em linguagem diagnóstica, para que desta forma comunicasse suas possíveis ações a equipe multiprofissional, visando desta forma a elaboração de um plano de intervenção multiprofissional. **Objetivo:** Descrever e analisar a importância de uma taxonomia padronizada entre a comunicação dos profissionais de saúde, e Discutir os limites e possibilidades na construção de uma taxonomia multiprofissional, que fundamente os planos terapêuticos propostos em equipe. **Método:** Estudo descritivo, de caráter quantitativo, o local de realização da pesquisa ocorreu nas instituições Casa da Cidadania (4 idosos), Toca de Assis (37 idosos) e Fundação Leão XIII (124 idosos), locais que abrigam pessoas sem logradouro, encontradas nas ruas, foram selecionados sujeitos em situação de rua com idade igual ou superior a 60 anos. O período de coletas de dados foi de Julho de 2008 a setembro 2009. Utilizamos um formulário adaptado do modelo proposto por Carpenito, Testes e Escalas utilizadas para avaliação multidimensional em idosos: MEEM, Lawton, Katz e EDG. Os dados coletados foram digitados, distribuídos em forma de tabela e inicialmente estudados através de análise descritiva simples. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas- Hospital Universitário

<sup>1</sup> Bolsista FAPERJ; Acadêmica do 6º Período de Enfermagem (EEAAC/UFF). E-mail: nathaliakrolina@hotmail.com

<sup>2</sup> Bolsista FAPERJ; Acadêmica do 9º Período de Enfermagem (EEAAC/UFF). E-mail: marcelasch@gmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica do 6º Período de Enfermagem (EEAAC/UFF). E-mail: brunaspena@hotmail.com

<sup>4</sup> Orientadora. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta MEM/UFF. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica (NEPEG). E-mail: rosifesa@yahoo.com.br.

<sup>5</sup> Acadêmica do 6º Período de Enfermagem (EEAAC/UFF). E-mail: patypereira88@hotmail.

**Trabalho 40 - 2/4**

Antônio Pedro/ UFF sob o protocolo nº CAAE 0049.0.258.000-08, de acordo com a resolução 196/96. **Resultados:** Obtivemos como taxonomia propostas para planejamento multiprofissional: Projeto Encontrar para Reencontrar (ER), que tem como objetivo promover uma reaproximação dos idosos que se encontram abrigados com sua família e/ou amigos, respeitando sempre a vontade de ambas as partes, facilitando o acesso desses idosos a família com assistência prestada pelo serviço social e a enfermagem. Encaminhamento para Benefícios (EB), este programa procura viabilizar e garantir uma renda mensal para cada idoso, por meio das políticas sociais que através dos programas procuram amenizar as condições de pobreza dos mesmo, as políticas já existentes devem ser garantidas e implementadas. Autonomia comprometida (AC), o projeto Autonomia Comprometida têm como objetivo primordial promover melhores condições de vida para aqueles que possuem algum tipo de limitação física, as ações realizadas iniciam-se pelo uso do Nursing Intervention Classification- NIC, através dos diagnósticos já pré-estabelecidos, algumas das ações incluem promoção e terapia com exercícios e assistência ao autocuidado. Buscamos parceria junto aos órgãos públicos e privados para doações de equipamentos auxiliares e sua manutenção e com profissionais da saúde como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, entre outros para evitar a dependência total dos idosos. Programa antitabagismo (PAT) visa promover palestras e atividades em grupo que relatem aos fumantes as conseqüências prejudiciais que são adquiridas com o uso do tabaco. Projeto livre do álcool (PLA) tem como objetivo promover palestras e atividades em grupo para uma maior conscientização dos usuários da bebida alcoólica, relatando sobre as conseqüências do uso abusivo do álcool e os danos provocados no organismo. Para isto, contamos com o auxílio dos profissionais de saúde para tratamentos clínicos medicamentoso, terapia em grupos, apoio psicológico e espiritual. Tratamento psiquiátrico (TP), este programa visa buscar a garantia de um tratamento psíquico aos idosos que tiverem tais necessidades por motivos de doenças mentais, muitos idosos de rua acabam por habitarem esta por este motivo e o tratamento em algumas instituições não é conhecido e esses dado é extremamente relevante para a melhora de condições de vida deste idosos. Tratamentos clínicos ambulatoriais (TCA), projeto que tem como objetivo viabilizar consultas periódicas em várias especialidades clínicas, como forma de prevenção e

**Trabalho 40 - 3/4**

manutenção da saúde do idoso, já que este é sinônimo de vulnerabilidade e pluripatologias é há a necessidade de assistência periódica. Ausência de informações sobre documentação (AID), as informações coletadas nos prontuários constavam respostas desconhecidas a respeito da documentação. Esta ausência de informações é resultante da falta de comunicação com os entrevistados por motivos de não verbalização ou por falta de memória deles, a busca de documentação é imprescindível para identidade desse idoso assim como para viabilizar assistência clínica e social. Da interação da equipe enfermagem e serviço social, e a necessidade de uma linguagem multiprofissional, que abrangessem as duas equipes. Para tanto seria necessário a criação de novas nomenclaturas diagnóstica e uma equipe focada com um entrosamento ótimo com esclarecimento de idéias e trabalho multiprofissional pleno. Trabalhamos em parceria com o serviço social e aplicamos o processo de enfermagem com elaboração da tríade NANDA/NIC/NOC, encontramos dificuldades para classificar e implementar algumas intervenções pela falta de uma classificação para uma determinada classe, em contra partida desenvolvemos determinadas nomenclaturas para facilitar a identificação da população alvo e assim conseguir planejar ações que melhorem a qualidade de vida desses idosos. **Conclusões:** Com essa identificação diagnóstica pretendemos atender a visão abrangente de saúde e social sendo levada em consideração a complexa inter-relação dos aspectos biopsicossociais fundamentada no Estatuto do Idoso. Uma interação entre diferentes profissionais promove uma melhor assistência e facilita a identificação diagnóstica. E de suma importância que os enfermeiros sejam capazes de realizar um atendimento de qualidade de forma sistemática contribuindo para a saúde dos clientes e que estes estejam articulados com uma equipe multiprofissional. O uso de uma taxonomia padronizada facilita a comunicação sobre a prática de enfermagem, fornece a linguagem necessária para a comunicação entre os profissionais, para avaliar a assistência, determinar os custos dos cuidados de enfermagem e desenvolver bases de dados necessários para descrever e concretizar não só aquilo que fazem os enfermeiros, mas também a eficácia da suas ações. Trabalhando em equipe conseguimos abranger os aspectos bio-psico-sociais e as necessidades destes idosos em questão, o que é fundamental para um cuidado holístico e humanizado.

**Palavra-chave:** Diagnóstico de Enfermagem; Sem-Teto; Cuidados de Enfermagem

**Trabalho 40 - 4/4**

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Trabalho 41 - 1/5**

INDICADORES CLÍNICOS DOS FATORES RELACIONADOS DE “PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA (TÁTIL) NOS PÉS” DE PESSOAS COM DIABETES TIPO 2, EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL<sup>1</sup>. Autores: Alyne Coelho Moreira Milhomem<sup>2</sup> e Maria Márcia Bachion<sup>3</sup>.

Introdução: a atenção à saúde das pessoas com diabetes alcança melhores resultados quando realizada por equipe multiprofissional, na qual está inserida a Enfermagem<sup>1</sup>. Seu acompanhamento pode ser favorecido pela utilização de terminologias específicas da profissão, como exemplo, a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I)*<sup>2,3</sup>, que apresenta, entre os 201 diagnósticos classificados, a “percepção sensorial perturbada”. Esse diagnóstico parece descrever a resposta humana de diminuição de sensibilidade nos pés das pessoas com diabetes, que ocorrem como uma das complicações da doença. Este fenômeno, por sua vez, leva a problemas como ulceração e amputação dos pés ou pernas, causando aumento da morbidade e mortalidade. Apesar disso, estudos de Enfermagem na perspectiva de identificação da “percepção sensorial perturbada (tátil) nos pés” no atendimento a pessoas com diabetes são escassos. Este diagnóstico tem como fatores relacionados: recepção sensorial alterada, transmissão sensorial alterada, integração sensorial alterada, estímulos ambientais excessivos, estímulos ambientais insuficientes, desequilíbrio bioquímico, desequilíbrio eletrolítico e estresse psicológico, que são afirmados mediante análise de indicadores clínicos. Para tornar a taxonomia da NANDA útil para a prática clínica dos enfermeiros, tais indicadores devem estar bem estabelecidos e sua forma de avaliação sistematizada. Objetivo: analisar a ocorrência dos indicadores clínicos referentes aos fatores relacionados do diagnóstico “percepção sensorial perturbada (tátil) nos pés” em pessoas com diabetes tipo 2 e estudar a relação entre os indicadores clínicos de cada um

<sup>1</sup> Este trabalho é parte da dissertação de Mestrado “Percepção sensorial perturbada (tátil) nos pés de pessoas com diabetes tipo 2, em atendimento ambulatorial”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Essa pesquisa foi desenvolvida no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem e Saúde (NUTADIES) e contou com o apoio financeiro do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFG e da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Endereço: Rua 235 nº 741 apto. 603 Ed. Pontal do Araguaia Setor Leste Universitário. CEP: 74.605-050. Goiânia-GO. Endereço eletrônico: alynecmm@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

**Trabalho 41 - 2/5**

dos fatores relacionados com o diagnóstico estudado. Metodologia: tratou-se de um estudo clínico observacional, de corte transversal, realizado no ambulatório de endocrinologia de um hospital universitário no município de Goiânia – GO, entre maio e outubro de 2009. A coleta de dados foi realizada mediante consulta do prontuário e procedimentos de avaliação clínica, que incluíram entrevista, exame físico, aplicação de escala de ansiedade<sup>4</sup> e verificação de glicemia capilar, por meio de um formulário padronizado. A elaboração do formulário baseou-se na revisão de literatura, tendo como foco a identificação dos fatores relacionados da “percepção sensorial perturbada (tátil) nos pés” descrita na taxonomia da NANDA – I<sup>2,3</sup>, inerentes à populações com diabetes tipo 2. Assim, os fatores relacionados estudados foram: desequilíbrio bioquímico, estresse psicológico, transmissão sensorial alterada e recepção sensorial alterada. O “desequilíbrio bioquímico” foi atribuído na presença de antecedentes pessoais de hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, insuficiência renal, consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, ações não realizadas para controlar o diabetes e evitar complicações, presença de complicações diagnosticadas decorrentes do diabetes, valores alterados de hemoglobina glicosilada e de glicemia capilar. Para identificação de “estresse psicológico”, foram investigados os valores de pressão arterial sistólica e diastólica, frequências de pulso e respiratória e escore obtido no Inventário de Ansiedade Traço-Estado<sup>4</sup>, utilizado para detectar a presença de ansiedade dentre os participantes. Para a identificação de “transmissão sensorial alterada” e “recepção sensorial alterada”, foram investigados antecedentes pessoais de uso de medicamentos que podem causar alterações na sensibilidade conforme tempo e dosagem de uso, neuropatia diabética periférica, hérnia de disco, neoplasias, acidente vascular encefálico, neuropatia hereditária e doenças infecciosas (HIV/AIDS, hanseníase e difteria). Embora a NANDA-I tenha publicado em agosto deste ano, no Brasil, a edição 2009-2011<sup>3</sup>, manteve-se a edição 2007-2008<sup>2</sup>, não só por tê-la utilizado desde o início da pesquisa, mas por verificar que este diagnóstico não sofreu alterações na edição atual. Os dados obtidos foram analisados utilizando-se procedimentos de estatística descritiva e inferencial (teste Exato de Fisher), adotando-se valor de  $p \leq 0,05$ . A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo 032/2009). Resultados: Foram convidadas a participar do estudo 175 pessoas e 71 aceitaram. Dessas, 19 foram

#### Trabalho 41 - 3/5

excluídas e oito retiraram o consentimento, totalizando, assim, 55 participantes. Entre os participantes, 36 (65,5%) eram do sexo feminino e 19 (35,5%) do sexo masculino, com média de idade de 59,4 ( $\pm$  10,6) anos, com tempo de diabetes tipo 2 diagnosticado maior que 10 anos (72,3%). Quanto à renda *per capita* mensal, o valor médio foi de R\$459,89 ( $\pm$ 301,66), com moda de R\$465,00 e mediana de R\$ 400,00. A escolaridade predominante era analfabetismo ou ensino fundamental incompleto (63,6%). Identificou-se “percepção sensorial perturbada (tátil) nos pés” em 47 (85,5%) pessoas. Quanto aos fatores relacionados, todos (100,0%) apresentaram “desequilíbrio bioquímico”, 78,7% “estresse psicológico”, 21,8% “transmissão e recepção alteradas”. Entre os indicadores clínicos de “desequilíbrio bioquímico”, verificou-se entre os participantes que 83,0% apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 17,0% hipotireoidismo e 8,5% insuficiência renal. Ainda com relação aos indicadores clínicos desse fator relacionado, identificou-se hemoglobina glicosilada (80,9%) e glicemia capilar (83,6%) aumentadas, apesar de 97,6% dos participantes referiram realizar alguma ação no sentido de controlar o diabetes tipo 2 e evitar complicações. Dentre as pessoas em que foi identificado o fator relacionado “desequilíbrio bioquímico”, 66,0% apresentaram complicações decorrentes do diabetes tipo 2. Dessas, 42,6% eram oculares, 21,3% eram renais, 14,9% eram cardiovasculares e 4% eram de ordem neurológica. Além disso, 21 pessoas (44,7%) relataram história de ulceração prévia nos pés. Em relação o consumo de bebidas alcoólicas, dois participantes (4,3%) eram etilistas (ingeriam quantidade diária maior ou igual a 30g de álcool/dia). O tabagismo também foi identificado em dois participantes (4,3%), sendo que, 36,2% referiram ser ex-fumantes. Quanto aos indicadores clínicos referentes ao fator relacionado “desequilíbrio bioquímico”, apenas a hipertensão arterial sistêmica ( $p=0,05$ ) apresentou associação estatisticamente significativa com o diagnóstico de Enfermagem “percepção sensorial perturbada (tátil) nos pés”. O fator relacionado “estresse psicológico” esteve presente em 78,7% das pessoas. Dentre os indicadores clínicos considerados para esse fator relacionado, identificaram-se valores de frequência de pulso (16,2%), de frequência respiratória (18,9%), de pressão arterial sistólica (32,4%) e de pressão diastólica (48,6%) maiores que os valores recomendados. Concomitantemente, os valores encontrados para ansiedade no IDATE – T indicam que 72,9% dos participantes apresentavam estresse psicológico, sendo que 64,9% obtiveram escore de 41 a 60

#### Trabalho 41 - 4/5

pontos e 8,0% escore de 61 a 80 pontos. Em relação ao IDATE – E, 62,2% apresentaram escore de 41 a 60 pontos e 5,4% de 61 a 80 pontos. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a presença de traço de ansiedade ( $p=0,02$ ), pressões arteriais sistólica ( $p=0,05$ ) e diastólica ( $p=0,01$ ) e o diagnóstico de interesse. Dos participantes que apresentaram os fatores relacionados “recepção sensorial alterada” e “transmissão sensorial alterada”, nenhum apresentou antecedentes pessoais de neuropatias hereditárias, acidente vascular encefálico e doenças infecciosas, um (8,3%) tinha antecedentes pessoais de hérnia de disco, um (8,3%) apresentava antecedentes pessoais de neoplasias e quatro (33,3%) tinham neuropatia diabética periférica diagnosticada. Em relação aos participantes que fizeram uso de medicamentos que poderiam causar alguma alteração de sensibilidade, conforme tempo e dosagem de uso, 16,7% utilizaram isoniazida, 16,7% amitriptilina, 8,3% cloroquina e 8,3% antineoplásicos. Segundo relato, três participantes tiveram contato diário por um longo período, com pessoas com hanseníase, porém, não apresentaram sinais ou histórico pessoal da doença. Nenhum dos indicadores clínicos referente aos fatores relacionados “recepção sensorial alterada” e “transmissão sensorial alterada” teve associação estatisticamente significativa com “percepção sensorial (tátil) perturbada nos pés”. Conclusão: os resultados encontrados nessa pesquisa indicam que o diagnóstico de Enfermagem estudado e os fatores relacionados inerentes a ele, nesse cenário, merecem atenção especial dos enfermeiros, devido a sua alta ocorrência e suas graves implicações. A compreensão dos indicadores a serem analisados para decisão quanto à presença ou não dos fatores relacionados deve continuar sendo refinada. Essa pesquisa evidencia ainda a utilidade da permanência e refinamento desse diagnóstico na taxonomia da NANDA-I.

#### Referências:

1. Teixeira CRS, Zanetti ML. O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(6): 812-7.
2. North American Nursing Association - NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2007-2008/ organizado por North American Nursing Association; trad. Cristina Correia. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

**Trabalho 41 - 5/5**

3. North American Nursing Association International – NANDA-I. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2009-2011/ organizado por North American Nursing Association; trad. Regina Machado Garcez . Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de Ansiedade Traço – Estado - IDATE. Tradução e Adaptação de Ângela Biaggio e Luiz Natalício. Rio de Janeiro: CEPA – Centro Editor de Psicologia Aplicada; 1979.

**PALAVRAS-CHAVE:** diagnóstico de enfermagem, diabetes mellitus tipo 2, tato.

**ÁREA TEMÁTICA:** 1- Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

Trabalho 42 - 1/4

**PERFIL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS  
SUBMETIDAS À APENDICECTOMIA**

Silvânia Braga Ribeiro<sup>1</sup>  
Maria Dalila de Araújo Lima<sup>2</sup>  
Viviane Martins da Silva<sup>3</sup>  
Flávia Paula Magalhães Monteiro<sup>4</sup>

**INTRODUÇÃO:** A identificação de diagnósticos de enfermagem em crianças submetidas à cirurgia de retirada do apêndice possibilita uma assistência mais qualificada uma vez que está voltada para a identificação de necessidades específicas repercutindo diretamente na melhora do estado de saúde dessas crianças. Diante das diferentes repercussões desse tipo de cirurgia para a criança é fundamental que haja a sistematização das ações de enfermagem, utilizando o processo de enfermagem. O processo de enfermagem configura-se como um conjunto de etapas inter-relacionadas que podem ser classificadas basicamente como: o levantamento de dados, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento, a implementação e a avaliação<sup>1</sup>. Entre essas etapas, o diagnóstico é a base para a seleção das intervenções de enfermagem e reflete uma melhor assistência aos clientes que recebem constantemente os cuidados de enfermagem. Nesse ensejo, o desafio da enfermagem tem sido a construção do conhecimento de diagnósticos de enfermagem em populações específicas como aquelas formadas por crianças em pós-operatório de apendicectomia para o desenvolvimento na prática. A prestação dos cuidados de enfermagem a criança que vai se submeter à apendicectomia começa desde a sua hospitalização até o momento de sua alta. Entre as ações que compõem este cuidado, inclui-se: explicações sobre o procedimento, orientações e cuidados após o procedimento, monitorização dos sinais e sintomas, avaliação de parâmetros hemodinâmicos e incentivo à deambulação. Vale ressaltar que a determinação de diagnósticos de enfermagem acurados é essencial para a elaboração de intervenções eficazes, bem como sua avaliação constante para investigação e prevenção de complicações ou efeitos indesejáveis provenientes do procedimento cirúrgico

---

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Enfermeira assistencial do Pós-Operatório cardíaco infantil do hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes em Fortaleza-CE vinculada ao projeto Cuidado de Enfermagem em Saúde da Criança (CUIDENSC)/UFC. Endereço para correspondência: Rua Inácio Vasconcelos, nº 221, Messejana. Fortaleza-CE Tel: (85) 8776 0648. E-mail: silbr@bol.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. <sup>3</sup> Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Projeto Enfermagem em Saúde da Criança (CUIDENSC). <sup>4</sup> Enfermeira. Aluna do curso de Doutorado em Enfermagem/UFC. Bolsista CNPq. Membro efetivo do Projeto Cuidado em Saúde Cardiovascular e do Projeto Enfermagem em Saúde da Criança (CUIDENSC)/UFC

#### Trabalho 42 - 2/4

propriamente dito. A complexidade de cuidados requeridos por crianças no pós-operatório de apendicectomia, cujas condições sofrem mudanças constantemente, e que necessitam de intervenções de enfermagem imediatas despertou o interesse em identificar os diagnósticos de enfermagem. Este estudo é de suma importância, pois fornece subsídios para o planejamento da assistência de enfermagem a crianças em pós-operatório de apendicectomia. **OBJETIVOS:** Identificar os diagnósticos de enfermagem em crianças no pós-operatório de apendicectomia e determinar os níveis de seus estados de saúde com base nos resultados da Classificação de Resultados de Enfermagem - NOC. **METODOLOGIA:** Tratou-se de um estudo caráter descritivo-exploratório, realizado com crianças no pós-operatório de apendicectomia de um hospital da rede pública, referência no atendimento à criança do município de Fortaleza, Ceará. As pesquisas exploratório-descritivas visam explicar e criar uma teoria a respeito de um fato / fenômeno / processo, propiciam aprofundar o conhecimento da realidade, ocupam-se com o porquê do fato / fenômeno / processo (identificação dos fatores que determinam a ocorrência) ou a forma que ocorre e levantam características conhecidas, componentes do fato / fenômeno / processo <sup>2</sup>. O instrumento de coleta de dados utilizado constou de um formulário contemplando dados de identificação, diagnóstico médico e os domínios apresentados pela NANDA, bem como um roteiro de exame físico. O instrumento de coleta de dados foi elaborado segundo os domínios apresentados pela Taxonomia II da NANDA Internacional permitindo, assim, a coleta de dados subjetivos e objetivos da criança. Foi incluído um roteiro de exame físico da criança e entrevista pertinente à problemática com o responsável. Utilizou-se também o prontuário do paciente para complementar as informações. Vale ressaltar que, as crianças foram avaliadas somente quando se encontravam hemodinamicamente estáveis, sem dor e no próprio leito. As informações levantadas determinaram as respostas humanas, as características definidoras e os fatores relacionados e de risco. Estes foram inferidos com base nas etapas do processo de raciocínio diagnóstico da Gordon (1994) e tendo como referência a taxonomia II da NANDA Internacional (2008)<sup>3</sup>. Foram incluídas crianças com idades entre 5 e 10 anos de idade e excluídas aquelas que apresentaram instabilidade hemodinâmica durante o levantamento dos dados. Após a inferência dos diagnósticos, buscou-se mensurar os estados de saúde das crianças, tendo como base os resultados de enfermagem NOC sugeridos para os diagnósticos mais frequentes. A coleta de dados

#### Trabalho 42 - 3/4

ocorreu no período de maio a junho de 2009. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da rede estadual do Ceará sobre o registro de nº. 002/09, procurando atender aos aspectos contidos na resolução 196/96 sobre pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde<sup>4</sup>. Foram respeitados todos os aspectos éticos. **RESULTADOS:** Os resultados foram organizados de acordo com a categorização sócio-demográfica das crianças e a identificação dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados, e foram apresentados em tabelas com frequência absoluta e relativa. Diante disso, avaliaram-se 17 crianças no pós-operatório de apendicectomia, sendo que 14 delas eram do sexo masculino (82,4%), com idade média de 7,65 anos. Cerca de 52 (9 %) das crianças tinham idade entre 5 e 7 anos. Em relação à procedência, observou-se que 06 (35,3%) das crianças são advindas do interior do Estado do Ceará e 11 (64,7%) delas pertencem à capital do Estado. Com dados obtidos na entrevista e no exame físico foi possível inferir os diagnósticos de enfermagem em crianças no pós-operatório de apendicectomia. Entre estes, identificou-se um total de 13 diagnósticos de enfermagem com média de 6,41 diagnósticos para cada criança. Quatro diagnósticos de enfermagem encontravam-se acima do percentil 75: Risco de volume de líquidos deficiente (100%), Risco de desequilíbrio na temperatura corporal (100%), Integridade da pele prejudicada (100%), Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (76%). Foram encontradas 21 características definidoras diferentes com média de 7,88 características por criança, sendo que seis delas estavam acima do percentil 75: Falta de interesse na comida (61,9%); Peso corporal 20% abaixo do esperado (61,9%); Relato verbal de dor (47,6%), Expressão facial (42,8%), Capacidade prejudicada de percorrer distâncias necessárias (38%), Dor abdominal (33,3%); e 16 fatores relacionados com média de 4,65 para cada criança, sendo que quatro acima do percentil 75: Procedimentos cirúrgicos (100%), Desvios que afetam a ingestão de líquidos (100%), Fatores que influenciam as necessidades de líquidos (100%), Dor (94,1%). Os diagnósticos Risco de volume de líquidos deficiente, Risco de desequilíbrio na temperatura corporal e Integridade da pele prejudicada contribuíram para determinação dos estados de saúde das crianças com base nos resultados NOC sugeridos: Hidratação, Termorregulação, Severidade de náusea e vômito e Cicatrização de ferida: primeira intenção. Para o nível quatro das escalas NOC, encontrou-se os seguintes resultados: Hidratação (17,6%), Termorregulação (82,4%),

#### Trabalho 42 - 4/4

Severidade de náusea e vômito (82,4%) e Cicatrização de ferida: primeira intenção (35,3%). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Neste estudo, foram identificados 13 diferentes diagnósticos de enfermagem encontrados em crianças no pós-operatório em apendicectomia, sendo onze do tipo real e dois de risco. Entre os diagnósticos de enfermagem identificados, Risco de Volume de Líquidos Deficiente (100 %), Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal (100 %), Integridade da Pele Prejudicada (100 %) e Nutrição Desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (76,5%) apresentaram maior número de ocorrências. Conclui-se que os resultados obtidos possibilitam aos enfermeiros que atuam nos centros de recuperação pós-operatória realizar o planejamento do cuidado de forma individualizada, proporcionando às crianças uma assistência mais qualificada, visto que trabalhos desta natureza fornecem subsídios para futuras pesquisas referentes às propostas de intervenção especializadas e a resolução imediata e eficaz dos problemas de enfermagem.

**Palavras-Chave:** Diagnóstico de Enfermagem; Criança; Apendicite.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

#### REFERÊNCIA

1. Paiva, G; Lopes, MVO. Respuestas Humanas identificadas en paciente con Infarto Agudo del Miocardio ingresados en una Unidad de Terapia Intensiva. *Enfermería en Cardiología*, 2005,12, (36): 22-27.
2. Lakatos. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 2005
3. North American Association Nursing Diagnosis. Diagnósticos de enfermagem de enfermagem da definição e classificação. Porto Alegre: Artmed, 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Informe Epidemiológico SUS 1996 jul-set.; 3:67-35.

Trabalho 43 - 1/5

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE PORTADOR DE TETRALOGIA DE FALLOT EM USO DE ECMO: UM ESTUDO DE CASO**

Silvânia Braga Ribeiro<sup>1</sup>

Antônia Verônica Pereira dos Santos<sup>2</sup>

Ângela Caldas Cavalcante<sup>3</sup>

Francisco Ernesto Barbosa de Assis<sup>4</sup>

Flávia Paula Magalhães Monteiro<sup>5</sup>

Maria José Matias Muniz Filha<sup>6</sup>

**Introdução:** A tetralogia de Fallot é uma das formas mais comuns de cardiopatia congênita, representando 50% dos casos de cardiopatia congênita cianótica. Caracteriza-se por uma tétrede: defeito do septo interventricular, dextroposição da aorta, obstrução do fluxo sanguíneo do ventrículo direito e hipertrofia ventricular direita<sup>1</sup>. O tratamento consiste em realizar um *shunt* de Blalock-Taussig clássico, *shunt* de Blalock-Taussig modificado, *shunt* de Potts, *shunt* de Waterston, *shunt* de Glenn, *shunt* de Glenn bidirecional ou hemi-Fontan, procedimento de Fontan, procedimento de Kawashima, os quais têm como finalidade aumentar a perfusão pulmonar, diminuir o quadro cianótico, melhorar a saturação de oxigênio e estabilizar o paciente para uma futura correção cirúrgica definitiva<sup>1</sup>. Dependendo da condição de saúde do paciente, bem como da sua resposta após o procedimento cirúrgico, especificamente sobre os parâmetros respiratórios e circulatórios criteriosamente. Em face da instabilidade hemodinâmica e respiratória, bem como das condições da patologia de base do paciente no pós-operatório cardíaco são empregados métodos de suporte extracorpóreo prolongado em pacientes portadores de insuficiência respiratória após o procedimento cirúrgico que não respondem a formas "convencionais" de tratamento. Este método é a circulação por membrana extracorpórea (ECMO) representada por um sistema temporário de apoio utilizado para pessoas cujo coração e

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Enfermeira assistencial do Pós-Operatório cardíaco infantil do hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes em Fortaleza-CE vinculada ao projeto Cuidado de Enfermagem em Saúde da Criança (CUIDENSC)/UFC. Endereço para correspondência: Rua Inácio Vasconcelos, nº 221, Messejana. Fortaleza-CE Tel: (85) 8776 0648. E-mail: silbr@bol.com.br

<sup>2</sup> Acadêmica de enfermagem da Universidade de Fortaleza.(UNIFOR)

<sup>3</sup> Acadêmica de enfermagem da Universidade de Fortaleza(UNIFOR)

<sup>4</sup> Acadêmico de enfermagem do 5º semestre da Faculdades Nordeste(FANOR)

<sup>5</sup> Enfermeira. Aluna do curso de Doutorado em Enfermagem/UFC. Bolsista CNPq. Membro efetivo do Projeto Cuidado em Saúde Cardiovascular e do Projeto Enfermagem em Saúde da Criança (CUIDENSC)/UFC

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos de Saúde/UECE. Professora da Universidade de Fortaleza/UNIFOR.

**Trabalho 43 - 2/5**

pulmões pararam de funcionar corretamente. A máquina de ECMO faz o trabalho do coração e/ou pulmões. Um tubo leva o sangue do lado direito do coração que é então bombeado através de um pulmão artificial, onde ele capta oxigênio, esse sangue rico em oxigênio é passado para o organismo do paciente. É administrada uma droga a fim de parar a coagulação sanguínea<sup>2</sup>. O paciente é mantido desperto, levemente sedado ou paralisado, conforme a necessidade. Além da ventilação, a nutrição do paciente, o manuseio farmacológico das funções cardiovasculares e renais e a profilaxia de infecções são minuciosamente cuidadas, diante da expectativa da longa duração ( dias ou semanas ) de assistência continuada. O desmame pelo ECMO é lento e progressivo, o qual pode durar horas ou dias. Em face disso, o cuidado de enfermagem ao paciente submetido à cirurgia cardíaca deve ser pautado no uso do diagnóstico na prática de enfermagem, que pode refletir uma melhor assistência aos clientes que recebem constantemente os cuidados de enfermagem, bem como por exigir do enfermeiro um pensamento crítico e um agir reflexivo e sistematizado. Além disso, os diagnósticos de enfermagem devem ser ponto chave no processo de enfermagem, uma vez que são base para a seleção das intervenções de enfermagem. **Objetivos:** Aplicar o processo de enfermagem ao paciente no pós-operatório imediato de correção cirúrgica de Tetralogia de Fallot. **Método:** Estudo de caso desenvolvido nos meses de abril a maio na Unidade de Terapia Intensiva pós-operatória de um hospital referência em cardiologia de Fortaleza- Ceará. Os passos ou operacionalização deste tipo de pesquisa não são bem definidos, pois a maioria dos estudos de caso surge na tentativa de solucionar um problema prático específico, como freqüentemente ocorrem nas situações de enfermagem<sup>3</sup>. O sujeito do estudo foi um paciente do sexo masculino, 21 anos submetido à correção cirúrgica de Tetralogia de Fallot. O instrumento de coleta de dados utilizado constou de um formulário contemplando dados de identificação, diagnóstico médico e os domínios apresentados pela NANDA<sup>4</sup>, bem como um roteiro de exame físico. Utilizou-se também o prontuário do paciente para complementar as informações. As informações levantadas determinaram as respostas humanas e subsidiaram as intervenções de enfermagem com base no plano de cuidados da Carpenito<sup>5</sup>. **Resultados:** Paciente de 21 anos portador de cardiopatia congênita cianótica Tetralogia de Fallot. Procedente de Fortaleza, admitido na unidade de cuidados intensivos, no pós-operatório imediato de hemoenxerto pulmonar. Evoluindo

### Trabalho 43 - 3/5

Hipocorado, acianótico, anictérico, níveis pressóricos instáveis sob ventilação mecânica, saturação de oxigênio 98%, sem distermias, consciente, acesso venoso pérvio para infusão de drogas. Em uso de sondagem nasogástrica aberta e sondagem vesical de demora. Hemodinamicamente instável, apresentando arritmias. Instalado o marcapasso cardíaco e iniciado o uso de medicamento antiarrítmico. Realizou eletroencefalograma e hemodiálise com 1.600ml de perdas, apresentando sangramento significativo em vias aéreas superiores, tubo orotraqueal e cavidade Oral. Recebeu hemocomponentes após grandes perdas sanguíneas e plasmáticas. Em continuidade, os parâmetros gasométricos pioraram progressivamente, apesar dos altos parâmetros ventilatórios. Como não observada melhora da oxigenação apesar do máximo tratamento empregado, foi indicado uso contínuo de ECMO, e colhido gasometria de horário. No 7º pós-operatório cardíaco apresentou assistolia e constatado óbito. Diante tais achados, as respostas humanas e suas respectivas intervenções de enfermagem: Risco para infecção relacionado a procedimentos invasivo cujos cuidados implementados foram: lavar as mãos; trocar os equipos endovenosos; realizar troca de sondagens; realizar limpeza de orifício de sonda vesical; trocar circuito de ventilador mecânico; realizar curativos evidenciando os aspectos da ferida cirúrgica; diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada relacionado à mobilização física, procedimentos invasivos. Para este diagnóstico, foram executados os cuidados: realizar massagens de conforto; observar perfusão sanguínea, colocação de apoio em protuberâncias ósseas; monitorizar repouso no leito, realizar rodízio de sensor, trocar eletrodos. O diagnóstico de enfermagem Risco de desequilíbrio na temperatura corporal exigiu cuidados quanto a monitorização contínua da temperatura, e manutenção da temperatura entre 34 e 35°C; O diagnóstico Volume excessivo/deficiente de líquidos relacionado à falha dos mecanismos reguladores, para o qual desenvolveram-se balanço hídrico contínuo, registro da frequência e características de eliminações, edema/desidratação e supervisão de infusões venosas; Para o diagnóstico de enfermagem débito cardíaco diminuído relacionado a ritmo e contratilidade foram realizadas avaliações contínuas da perfusão periférica; registro e interpretação do ritmo cardíaco pelo eletroencefalograma. **Conclusão:** Neste estudo foram identificados quatro diagnósticos de enfermagem com suas respectivas intervenções foram direcionadas a um paciente portador de cardiopatia congênita cianótica em

**Trabalho 43 - 4/5**

condição crítica de saúde. Com base no exposto, a aplicação da assistência de enfermagem específica a este paciente proporcionou um cuidado individualizado e mais qualificado. Nesse ensejo, cabe ressaltar que conhecer os diagnósticos de enfermagem dos pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas possibilita aos enfermeiros que atuam nos centros de recuperação pós-operatório o planejamento de estratégias que promovam a melhoria da qualidade de vida desses pacientes, bem como a implementação de ações eficazes e imediatas para a resolução dos problemas investigados.

**Palavras-chaves:** Assistência de enfermagem; Tetralogia de Fallot; Cuidado.

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Referências:**

1. Moraes Neto F. et al. Tratamento cirúrgico da tetralogia de Fallot no primeiro ano de vida. Rev. Bras. Cir. Cardiovasc., 2000, 15,(2): 143-153.
2. National Institute for Clinical excellence. Extracorporeal membrane oxygenation: Understanding Nice guidance- information for people considering the procedure and for the public. MidCity place, London. January. 2004.
3. Polit D.F, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
4. North American Association Nursing Diagnosis. Diagnósticos de enfermagem de enfermagem da definição e classificação. Porto Alegre: Artmed, 2008.
5. Carpenito, LJM. Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. 4ª Ed. ARTMED: Porto Alegre, 2006.

Trabalho 43 - 5/5

Trabalho 44 - 1/4

**Diagnósticos de Enfermagem de Pacientes com Leucemia: um estudo no Hospital**

**Ophir Loyola**

Elisângela da Silva Ferreira<sup>1</sup>

**INTRODUÇÃO:** Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer – INCA, no Brasil, o câncer constitui a segunda causa de morte por doenças, tornando-se, desta maneira, um grande problema de saúde pública. A Enfermagem vem, há décadas, em busca da organização do conhecimento científico específico, expresso inicialmente na forma do plano de cuidados. Inúmeras discussões quanto a necessidade de operacionalização dos referenciais teóricos de enfermagem, bem como os avanços em pesquisas fizeram surgir, na década de setenta, o processo de enfermagem. O Processo de Enfermagem é composto por cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes, baseadas em teorias, as quais se denominam: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento dos cuidados; implementação dos cuidados e avaliação dos resultados. O Diagnóstico de Enfermagem, no contexto do processo de enfermagem, é a conclusão do levantamento dos dados obtidos, sendo que o objetivo deste levantamento é a identificação das necessidades de cuidado de enfermagem, direcionando as intervenções de forma individualizada e específica para cada cliente. O portador de leucemia convive com o impacto das perdas tanto de natureza biológica, quanto psicológica e sociocultural. Essa perda pode vir acompanhada de conflitos emocionais significativos ligados a ameaças de alterações na imagem corporal e na auto-imagem, perda de identidade, sentimentos de angústia, medo, depressão ou raiva, mudanças de papéis, isolamento social, dependência física e psicológica, dentre outros, gerando desequilíbrios e dificuldades de adaptações. Além dos distúrbios emocionais os clientes hematológicos podem apresentar sinais e sintomas variados, decorrentes de alterações em diversos sistemas orgânicos. As modificações na crase sangüínea, presentes nos portadores de doença hematológica, geram distúrbios na oxigenação, coagulação e sistema de defesa do organismo, provocando muitas vezes fraqueza, debilidade física, emagrecimento, febre, lesões ulcerativas de pele e mucosas, parestesias, dores, sangramentos e infecções. O estudo de um grupo de clientes com características em comum proporcionará a identificação dos diagnósticos de enfermagem, suas causas e

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Residente de Enfermagem Oncológica do Hospital

Ophir Loyola. Rua Caripunas nº 1220 Edifício Débora apt. 408. Belém – Pará. Fone:

(091)88131990. Email: licalipe8@yahoo.com.br

**Trabalho 44 - 2/4**

expressões. Além disso, irá favorecer a identificação de estratégias para elevar a qualidade da assistência e contribuir na formação de recursos humanos. **OBJETIVO:** identificar os principais diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos com leucemia. **METODOLOGIA:** o estudo foi realizado com clientes internados no Setor de Hematologia do Hospital Ophir Loyola, hospital público de Belém referência em oncologia, durante o mês de março de 2010. Fizeram parte da amostra todos os pacientes internados no referido período. Obedeceu-se a seqüência das etapas do processo de enfermagem, que inclui a coleta de dados, a formulação do diagnóstico, o planejamento, a implementação e a avaliação. A coleta de dados foi realizada a partir da entrevista no momento da admissão, exame físico e observação, utilizando-se para o registro o histórico de enfermagem e impresso de diagnósticos de enfermagem padrão da instituição. A análise dos dados, identificação de problemas e a formulação dos diagnósticos de enfermagem foram realizados pela mesma autora que procedeu a coleta dos dados. Foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem obedecendo-se a Taxonomia II da NANDA, agrupados em padrões de saúde funcionais e correlacionados com suas respectivas intervenções. As demais etapas do processo não serão consideradas no âmbito deste estudo. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** os resultados estão apresentados de acordo com o objetivo proposto. Nos pacientes estudados, elencou-se 11 diagnósticos de enfermagem. Destes, 6 estão dispostos no padrão funcional de saúde nutricional – metabólico. Destacamos os diagnósticos de enfermagem relacionando-os com seus fatores de risco e fatores relacionados, bem como as intervenções de enfermagem para cada um deles: 1. Risco de infecção relacionado à suscetibilidade aumentada secundária ao processo leucêmico/ condição leucocitária anormal e/ou aos efeitos da terapia medicamentosa e/ou ao local de invasão do organismo secundário à presença de vias e/ou procedimentos invasivos; 2. Conforto prejudicado (dor náusea, vômito, prurido) relacionado aos efeitos do câncer evidenciado pelo relato do paciente e/ou ao traumatismo tissular e/ou espasmos musculares secundário à lesão e/ou à náusea e vômito secundário à quimioterapia; 3. Risco/Integridade da pele prejudicada relacionado à plaquetopenia evidenciado por exames laboratoriais e/ou lesão hemorrágica cutânea e/ou à mobilidade prejudicada secundária à astenia e/ou anasarca e/ou às tendências hemorrágicas secundária ao

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Residente de Enfermagem Oncológica do Hospital Ophir Loyola. Rua Caripunas nº 1220 Edifício Débora apt. 408. Belém – Pará. Fone: (091)88131990. Email: licalipe8@yahoo.com.br

#### Trabalho 44 - 3/4

processo leucêmico e/ou mielossupressão; 4. Risco de lesão relacionado à plaquetopenia; 5. Volume de Líquido Excessivo relacionado ao retorno venoso prejudicado secundário evidenciado por edema em membros inferiores e/ou à compressão venosa secundário à distensão abdominal e/ou hepatoesplenomegalia; 6. Risco/Mucosa oral prejudicada relacionado aos efeitos adversos da quimioterapia, à vulnerabilidade tissular, aos processos da doença secundária à leucitose e/ou ao ressecamento e danos às células epiteliais; 7. Intolerância à atividade relacionada à presença de quadro astênico secundária à neutropenia, ao comprometimento do sistema de transporte de oxigênio secundária à distúrbios leucocitários e/ou à inatividade secundária a depressão e/ou falta de motivação; 8. Mobilidade física/deambulação prejudicada relacionada à dor secundária à patologia, à diminuição da força e da resistência, à desmotivação e/ou à presença de edemas; 9. Hipertermia relacionada à infecção sistêmica e/ou à neutropenia; 10. Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais relacionada à inapetência/anorexia secundária ao mal-estar, à diminuição da ingestão oral e desconforto da boca secundária à mucosite e quimioterapia, à náusea, vômito e diarreia e/ou à dispnéia; 11. Risco/Controle ineficaz do regime terapêutico relacionado ao conhecimento insuficiente sobre processo da doença, tratamento, sinais e sintomas de complicações, redução de fatores de risco e recursos. Para cada diagnóstico de enfermagem identificado existem intervenções prioritárias. Em virtude disso, elaboramos uma relação desses diagnósticos paralelos às intervenções para ser utilizado no setor de hematologia, de forma a facilitar a atividade do enfermeiro no momento da admissão e prescrição de enfermagem. **CONCLUSÃO:** a etapa do diagnóstico de enfermagem é crucial ao sucesso da assistência de enfermagem por contribuir para a identificação dos problemas e formulação das intervenções de enfermagem de forma mais individualizada e humanizada. Dentre os pacientes estudados observou-se a semelhança de diagnósticos elencados e problemas de saúde identificados. Contudo, a complexidade e extensão dos conhecimentos necessários, deve ser uma constante, pois, cada paciente é único e individual, havendo continuamente a necessidade que o enfermeiro realize o julgamento clínico e formule os diagnósticos de enfermagem. Cabe ressaltar a necessidade de outros estudos nesta área

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Residente de Enfermagem Oncológica do Hospital Ophir Loyola. Rua Caripunas nº 1220 Edifício Débora apt. 408. Belém – Pará. Fone: (091)88131990. Email: licalipe8@yahoo.com.br

**Trabalho 44 - 4/4**

para a definição de perfil diagnóstico, a fim de subsidiar a assistência de enfermagem sistematizada e fundamentada cientificamente.

Palavras chave: Leucemia, enfermagem, assistência.

Área Temática: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICOS**

1. ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 283 p.
2. AYUOB, Andrea Cotait et al. Planejando o cuidar na enfermagem oncológica. São Paulo: Lemar, 2000.
3. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ações de Enfermagem em Radioterapia. Disponível em [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acessado em 17/fevereiro/2010.
4. TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2008. 168 p.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Residente de Enfermagem Oncológica do Hospital Ophir Loyola. Rua Caripunas nº 1220 Edifício Débora apt. 408. Belém – Pará. Fone: (091)88131990. Email: licalipe8@yahoo.com.br

Trabalho 45 - 1/3

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM DIAGNÓSTICO DE HIDROCEFALIA

Luciana Pacheco Soares<sup>(1)</sup>  
Rafaela Pereira Vila Real<sup>(2)</sup>  
Virna Yane Bezerra Lopes<sup>(3)</sup>  
Camila Pontes Rocha<sup>(4)</sup>

**INTRODUÇÃO:** No interior do cérebro existem espaços chamados de ventrículos que são cavidades naturais que se comunicam entre si e são preenchidas pelo líquido cefalorraquidiano ou simplesmente líquor, como também é conhecido. O termo hidrocefalia refere-se a uma condição na qual a quantidade de líquor aumentado dentro da cabeça. Este aumento anormal do volume de líquido dilata os ventrículos e comprime o cérebro contra os ossos do crânio provocando uma série de sintomas que devem ser sempre rapidamente tratados para prevenir danos mais sérios. Muitas vezes pode ser detectada antes mesmo do nascimento, quando se emprega o exame de ultra-som no acompanhamento da gravidez. O líquido cefalorraquidiano passa, no cérebro, de um ventrículo para o seguinte (existem, ao todo, quatro) através de canais relativamente estreitos, circulando depois na superfície do cérebro e sendo, finalmente, absorvido pela sistema sanguíneo. Existe ainda uma parte do líquido que circula ao longo da medula espinhal. A hidrocefalia ocorre quando há um desequilíbrio entre a produção e a reabsorção desse líquido. A condição mais comum é uma obstrução da passagem do líquor, seja por prematuridade, cistos, tumores, traumas, infecções ou uma malformação do sistema nervoso como a mielomeningocele. Em casos raros, a causa é o aumento da produção do líquido em vez de obstrução. Quando o líquido cefalorraquidiano é constantemente produzido mas, de facto, está impedido de circular, acumula-se e causa um aumento, por vezes muito grande, da pressão no interior do cérebro. Os ventrículos incham e o tecido cerebral pode vir a sofrer lesões. É tipicamente associado com dilatação ventricular e aumento da pressão intracraniana; pode ocorrer em crianças (diversas faixas etárias) ou adultos, tendo causas específicas. As causas para a hidrocefalia podem decorrer de três mecanismos: Secreção aumentada de LCR, como ocorre nos tumores do plexo coróide (papilomas); Obstrução das vias de circulação do LCR, seja no interior do sistema ventricular, seja na sua saída para o espaço subaracnóideo, ou nas cisternas da base tais como: cisto colóide, craniofaringeomas, meduloblastomas, tumores, estenose; Bloqueio na absorção do LCR, conseqüente à aderência ao nível das vilosidades aracnóideas ou trombose dos seios duros. Manifestações Clínicas Nas crianças pequenas (abaixo de 2 anos), os ossos do crânio não estão soldados ainda e a hidrocefalia se torna óbvia. A cabeça cresce e a fontanela (moleira) pode estar tensa ou mesmo abaulada. O couro cabeludo parece esticado e fino e com as veias muito visíveis. Palpando-se a cabeça, é possível perceber um aumento do espaço entre os ossos do crânio. A criança pode parecer incapaz de olhar para cima, com os olhos sempre desviados para baixo e podendo ainda apresentar vômitos, irritabilidade, sonolência e convulsões. Nas crianças maiores (acima de 2 anos), como os ossos já se soldaram, o excesso de líquor levará a um aumento da pressão dentro da cabeça o que pode ocasionar cefaléia, náuseas, vômitos, distúrbios visuais, incoordenação motora, alterações na personalidade e dificuldade de concentração. Outro sinal comum é uma piora gradual no desempenho escolar. Tais sintomas exigem avaliação médica imediata. Se houver alargamento dos ventrículos cerebrais, ele poderá

Trabalho 45 - 2/3

ser facilmente observado por ultra-sonografia, tomografia ou ressonância magnética.

**OBJETIVOS:** Aplicar a sistematização da assistência de enfermagem a um paciente portador de hidrocefalia, descrever o quadro clínico de um paciente portador desta patologia, buscar diagnósticos e intervenções de enfermagem intermitentes ao caso estudado, reconhecer sinais e sintomas do paciente voltado a essa patologia.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, qualitativa, tipo estudo de caso. O estudo foi realizado em um hospital de referência em saúde infantil do Estado do Ceará. Para a coleta de dados foi utilizado como instrumentos: exame físico na criança e consulta ao prontuário durante o mês de abril de 2010. Nesse estudo usamos o prontuário da criança com diagnóstico de hidrocefalia, durante o período de aplicação dos instrumentos de pesquisa. Durante o estudo foram obedecidas as normas da Resolução 196/96. **RESULTADOS:** J.V.D.P., masculino, 5 meses, solteiro, natural de Caucaia-CE, residente em Fortaleza. Paciente com diagnóstico de hidrocefalia e sepse. Proveniente de transferência de um hospital infantil e admitido em outro hospital de referência em saúde infantil do Estado do Ceará no dia 10/05/10, sem acompanhante. No dia da admissão encontrava-se sedado, reativo, sincrônico ao VM, hipersecretivo, hidratado, anasarca, acianótico. Com AVC em VSCE single lúmen. Alimentação por SNG, entubado, presença de SVD. Realizou-se os seguintes exames: gasometria arterial, hemograma completo, líquido, TC de crânio, diagnosticando o germe Klebsiella e Hidrocefalia. Ao exame físico de admissão, crânio apresentou-se aumentado de tamanho com PC = 44 cm, couro cabeludo sem alterações visíveis e perceptíveis, olhos e ouvidos sem alterações com acuidade visual e auditiva normais, tórax simétrico. Ausculta pulmonar MVU + som timpânico à percussão, com presença de ruídos adventícios do tipo roncosp, normopneúico. Ausculta cardíaca: RCR em 2T, BNF, sem sopro, taquicárdio. Abdômen flácido e RHA +. Eliminações intestinais e diurese preservada. Desidratado leve, febre, acianótico. SSVV- FC: 185 bpm, FR: 56rpm, T: 37, 8 ° C, Sat. O2: 94%. Avaliações e diagnóstico médico: A suspeita de hidrocefalia deve ser feita nas crianças que têm os sintomas; verificação na anamnese com a mãe sobre dados do pré-natal, exame neurológico (com medição de perímetro cefálico diário). Observar macrocefalia e/ou sinais de hipertensão intracraniana. Observar o quadro clínico. Em lactentes: crescimento excessivo do perímetro cefálico, e sinais decorrentes do aumento da PIC (fontanela tensa; disjunção das suturas; couro cabeludo adelgado e com rica drenagem venosa; sinal do sol poente; sinal do pote rachado). Exames Complementares tais como: TC- de maneira fidedigna, confirma e fornece elementos para avaliação do grau e da extensão da dilatação ventricular, podendo inclusive evidenciar sua etiologia. Exame de LCR pode contribuir revelando um processo inflamatório crônico, ou alterações compatíveis com lesões tumorais.

**CONCLUSÃO:** O estudo de caso realizado permitiu o conhecimento dos fatores de risco locais e gerais que favorecem o desenvolvimento da Hidrocefalia. Foi observada a importância da sistematização individualizada de enfermagem para pacientes portadores da patologia. Esse acompanhamento permitiu a elaboração de um planejamento e intervenções de enfermagem para dar suporte ao cliente, com conseqüente avaliação dos resultados e sua validação. As linhas de tratamento devem ser bastante debatidas entre as pessoas que atuam nessa área, pois a conduta pode trazer conseqüências e seqüelas ao paciente. Deverá ser pesquisado o aspecto psicossocial, biológico e físico em que o portador da Hidrocefalia está inserido. A enfermeira (o) também deve estar atenta ao informar sobre os cuidados que o cliente deverá ter ao sair do hospital, tornando-se indispensável o trabalho da enfermagem para educar o paciente, mostrando-lhe a melhor

**Trabalho 45 - 3/3**

forma do mesmo voltar mais rapidamente à vida social. O trabalho preventivo e terapêutico da enfermagem visa a proporcionar alívio dos sintomas e prevenções das complicações, baseado nos registros dos achados e na evolução do cliente. **Referências:** **1.** Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. Guanabara Koogan S.A, editora. Volume 3; 2005. **2.** Carpenito, Lynda Juall. Manual de diagnóstico de enfermagem. 8ª ed. Artmed, editora. Porto Alegre; 2002. **3.** Ferreira, J. P. & col. Pediatria: Diagnóstico e tratamento. Artmed. Porto Alegre; 2005. **4.** Goldenzwaig, Nelma Rodrigues S. Choiet. Administração de Medicamentos na Enfermagem. 6ª ed. Guanabara Koogan, editora. Ano 2006/2007.2. **5.** Nanda. Diagnóstico de Enfermagem da Nanda: definições e classificações- 2007-2008. (Org) Nort Americam Nursing Diagnosis Association. Artes Médicas Sul, editora. Porto Alegre; 2008.

Palavras chaves: Hidrocefalia, líquido, pressão intracraniana.

Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

<sup>(1)</sup>Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre da Universidade Fortaleza. Monitora do Curso de Atendimento Pré-Hospitalar – SALVE. Endereço: Rua Neudélia Monte, 1004. Bairro: José de Alencar. CEP: 60830-135. Email: lucianapachecos@yahoo.com.br

<sup>(2)</sup>Acadêmica de Enfermagem do 6º semestre da Universidade de Fortaleza. Monitora do Curso de Atendimento Pré-Hospitalar – SALVE.

<sup>(3)</sup>Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre da Universidade de Fortaleza;

<sup>(4)</sup>Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre da Universidade de Fortaleza;

**Trabalho 46 - 1/4**

**A UTILIZAÇÃO DE ESCALAS AVALIATIVAS E SUA CORRELAÇÃO COM OS RESULTADOS E OS INDICADORES DE ENFERMAGEM**

**Introdução:** Escalas de Mensuração são instrumentos úteis para os profissionais de saúde avaliarem sinais e sintomas, ou mesmo algumas situações subjetivas, de forma precisa e sistematizada. Medir é atribuir a certa propriedade de um objeto, mediante a aplicação de um conjunto de regras, apresentadas em um instrumento de mensuração, através de medidas possíveis ou escalas, sendo o resultado da leitura ou medida, tanto um elemento de um conjunto numérico, ou não<sup>1</sup>. As variáveis mensuradas por escalas devem subsidiar os enfermeiros para avaliação do estado do paciente e planejamento das intervenções adequadas, fundamentadas por meio da obtenção de dados oriundos da entrevista e do exame clínico. Este processo de avaliação contínua gera resultados refletindo a situação do estado do paciente, possibilitando a construção de indicadores da assistência de enfermagem ofertada. Tal situação torna-se relevante à medida que organizações de certificação de qualidade em saúde, como a Joint Commission International, utilizam a prática da mensuração de resultados e a formulação de indicadores correlatos, como um item para avaliar a eficiência organizacional e a qualidade dos cuidados prestados. Além da identificação de medidas essenciais dos resultados, sensíveis às intervenções de Enfermagem, têm-se enfatizado o desenvolvimento de modelos ou esquemas conceituais para descrever os resultados do paciente relevantes à Enfermagem, como a classificação da Nursing Outcomes Classification (NOC), pois os enfermeiros devem ser capazes de mensurar e documentar os resultados dos pacientes que foram determinados pelas intervenções da Enfermagem<sup>2</sup>. Este estudo baseou-se em um instrumento informatizado de avaliação inicial de enfermagem fundamentado no modelo teórico de Wanda de Aguiar Horta, no qual foram inseridas algumas escalas para subsidiar os enfermeiros na primeira avaliação de enfermagem em pacientes oncológicos. Foram incluídas neste instrumento as seguintes escalas: Escala de Dor Visual Analógica, Escala de Richmond de Agitação Sedação (RASS), Escala de Mucosite, Escala de Braden, Escala de Fadiga, Escala de Bristol/ Critérios de Roma III, Escala de Coma de Glasgow e Escala de Performance Status de Karnofsky (KPS) e da Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). Neste estudo utilizamos escalas de avaliação unidimensionais e multidimensionais. O primeiro tipo de escala permite a mensuração de uma única dimensão, como por exemplo, na

#### Trabalho 46 - 2/4

escala EVA é apenas dimensionado a intensidade da dor, para uma possível compreensão de uma sensação subjetiva e pessoal. Já a escala de Braden, é um tipo de instrumento multidimensional, pois possibilita o enfermeiro trabalhar com múltiplas variáveis, no sentido de predizer um maior risco ou não do indivíduo desenvolver uma úlcera por pressão. Acreditamos ser necessário trabalhar em um instrumento de avaliação inicial de enfermagem com vários tipos de escalas, pois estas subsidiarão os enfermeiros nos achados objetivos e subjetivos do paciente. Existe uma multidimensionalidade de fatores envolvidos no processo de avaliação dos pacientes, assim, a aplicação de escalas ajudam os enfermeiros na objetivação de dados tangíveis e intangíveis, gerando subsídios comparativos de avaliação no decurso da trajetória terapêutica dos pacientes<sup>3</sup>. A partir dos resultados iniciais encontrados na aplicação destas escalas, o enfermeiro poderá planejar as intervenções necessárias e através das avaliações diárias construir indicadores assistenciais, para a elaboração de futuros protocolos assistenciais, a partir da análise e nova aplicação das escalas com melhora ou piora das suas respectivas pontuações e /ou atributos. **Objetivos:** Discutir a aplicabilidade de escalas de mensuração como suporte avaliativo para geração de resultados na perspectiva da construção de indicadores de enfermagem. **Metodologia:** Discussão teórica acerca da utilização de escalas de mensuração como um instrumento para auxiliar a obtenção de resultados de enfermagem. A coleta de dados foi realizada a partir de um instrumento informatizado de avaliação inicial de enfermagem utilizado em cinco unidades hospitalares públicas e especializadas em oncologia na cidade do Rio de Janeiro, que compõem um instituto nacional referência para o controle de câncer no país. Estas unidades estão localizadas em pontos geográficos distintos e possuem diversas subespecialidades oncológicas, a saber: ginecologia, mastologia, transplante de células tronco-hematopoiéticas, cuidados paliativos, oncologia clínica, hematologia, tecido ósseo-conectivo, neurocirurgia, cirurgia torácica, oncopediatria, cirurgia abdominal, urologia, cabeça e pescoço, cirurgia plástica e reparadora. Além dessas especialidades clínicas e cirúrgicas, a instituição também conta com um suporte terapêutico e diagnóstico que inclui: quimioterapia, radioterapia, radiodiagnóstico e medicina nuclear. Atualmente o corpo de enfermagem é composto por 420 enfermeiros e 750 técnicos de enfermagem, com vínculos empregatícios distintos caracterizados por profissionais contratados em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas e pelo Regime Jurídico Único pelo Ministério da Saúde. Para subsidiar a discussão selecionamos as seguintes escalas: Performance Status (KPS/ECOG), Fadiga e

#### Trabalho 46 - 3/4

Mucosite. A opção por estas escalas está relacionada com o perfil dos pacientes oncológicos atendidos na instituição campo do estudo. A escala de performance status consiste em uma avaliação com foco no grau de desempenho das atividades de vida diária pelos pacientes. A escala de fadiga utilizada no estudo consiste em um instrumento auto referenciado pelo paciente, que traduz através de uma escala visual analógica o quanto o paciente se sente fatigado. A escala de mucosite é utilizada através da avaliação do enfermeiro com foco nos sinais e sintomas de comprometimento da mucosa oral. Após a seleção das referidas escalas, realizamos uma correlação destas, com os diagnósticos de enfermagem identificados e os resultados propostos pela Nursing Outcomes Classification (NOC), correlacionando os descritores das escalas com os descritores da NOC. A análise desta correlação possibilita a indicação de uma proposta para construção de indicadores de resultados tangíveis de mensuração e que refletem a prática da Enfermagem nesse contexto assistencial. **Resultados:** No que se refere à Escala de Performance Status ( KPS/ECOG), esta, foi correlacionada com o diagnóstico de enfermagem de déficit para o auto cuidado,tendo como resultado esperado a capacidade de realizar:atividades da vida diária e atividades instrumentais de vida diária, tais como: alimentação,banho, higiene,higiene íntima, higiene oral, vestir-se. Houve uma correlação entre os indicadores da escala de performance status com os indicadores da NOC. Sendo assim, KPS 1 (atividade normal) correlaciona-se com NOC 5( não comprometido), KPS 2 (deambula e tem dia a dia normal) com NOC 4 (levemente comprometido),KPS 3 (fora do leito 50% do tempo e requisita cuidados) com NOC 3 (moderadamente comprometido) e KPS 4 (preso ao leito) com NOC 1 / 2 (severamente/ muito comprometido). A escala de fadiga foi correlacionada com o diagnóstico de enfermagem de Fadiga e com o resultado da NOC de conservação de energia. O descritor da escala correspondente ao nível leve (0-3,5) correspondeu ao NOC 4 /5 (muitas vezes/ consistentemente demonstrado). O nível moderado( 3,5- 6,5) correspondeu ao NOC 3(as vezes demonstrado). O nível grave(6,5-10,00) correspondeu ao NOC 1 /2 (nunca/ raramente demonstrado).A escala de mucosite foi correlacionada com o diagnóstico de enfermagem mucosa oral prejudicada. A graduação1 desta escala ( irritação local e discreta dor) correspondeu ao NOC 4( leve). A graduação 2 ( eritema doloroso, edema ou ulcerações, ingere alimentos sólidos) correspondeu ao NOC 3(moderado). A graduação 3 (eritema doloroso, edema ou ulcerações, ingere alimentos líquidos) correspondeu ao NOC 2(substancial). A graduação 4 (impossibilidade de se alimentar) correspondeu ao NOC 1 (grave). A partir desses resultados propomos a

**Trabalho 46 - 4/4**

formulação de um indicador de qualidade de enfermagem, obtido na avaliação de enfermagem na alta hospitalar, sendo denominado Melhor Resultado de Enfermagem Esperado, que consiste no deslocamento de no mínimo 1 patamar nas escalas de mensuração utilizadas ( Performance Status, Fadiga e Mucosite), considerando o melhor resultado possível a ser obtido. A fórmula do indicador será representada pela relação entre os resultados expressos pelo deslocamento de pelo menos 1 patamar nas escalas de mensuração utilizadas e todos os resultados de enfermagem encontrados a partir da mensuração destas escalas multiplicado por 100. Propomos que as enfermeiras gerentes dos setores e a educação continuada sejam as responsáveis pela mensuração e avaliação mensal deste indicador, devendo o mesmo ser aplicado nas unidades de internação clínicas e cirúrgicas do instituto cenário do estudo. **Conclusão:** Verificamos que as escalas de mensuração utilizadas no momento da avaliação inicial são válidas para manutenção do processo de avaliação contínua que permeia a SAE, possibilitando a geração de resultados mensuráveis e a construção de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de Enfermagem. Ressaltamos que existe a recomendação pela NANDA de utilizar as escalas avaliativas mundialmente validadas na prática clínica como parâmetros associativos para avaliação contínua de enfermagem<sup>4</sup>.

**Palavras chave:** Escalas. Avaliação em Enfermagem. Processos de Enfermagem

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

**Referências:**

- 1 - Souza, J; Penalosa, RAS. Estatística exploratória. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/ppge/pcientifica/2005\\_02.pdf](http://www.ufrgs.br/ppge/pcientifica/2005_02.pdf)> Acesso em: 15 maio. 2010.
- 2 – Johnson, M; Maas, M; Moorhead, S. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC) Porto Alegre, Artmed, 2004.
- 3 - Tonioli, ACS; Pagliuca, LMF. Texto & contexto enferm;12(2):201-209, abr.-jun. 2003.
- 4 - Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009-2011. North American Nursing Diagnosis Association. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Trabalho 47 - 1/4

QUALIDADE NO CUIDAR: ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA DE ENFERMAGEM NA UTI, UMA REVISÃO INTEGRATIVA<sup>1</sup>

MONTEIRO, Sandra de Nazaré Costa<sup>2</sup>

SANTANA, Marina Torres<sup>3</sup>

PATRICIO, Geovanne Melo<sup>4 1</sup>

**INTRODUÇÃO.** Em pleno século XXI, muito se comenta sobre o emprego de tecnologia para facilitar e/ou viabilizar a assistência ao indivíduo doente. Novas técnicas e procedimentos são desenvolvidos a cada dia, diante desses avanços, o enfermeiro encontra-se como profissional técnico-científico responsável pelos cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e comprometido com a evolução e bem estar do paciente. Sabendo que este ano o 10º SINADEn traz como tema a sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: 30 anos na construção da qualidade no cuidar, emerge o motivo para nos estimularmos a levantar os estudos a respeito da temática e assim averiguar através de informações científicas, como o desenvolvimento do processo de enfermagem (PE) ocorreu para consolidar a assistência prestada ao paciente. A qualidade no cuidado em enfermagem tem sido palco de inúmeras discussões e muitas das conclusões que se chegou é que a utilização do PE, como forma sistemática de cuidar, pode contribuir de forma significativa com a melhoria da assistência<sup>1</sup>. Na atualidade o cuidado de enfermagem direciona-se a recuperação e bem-estar do indivíduo fundamentado num conhecimento científico e na autonomia profissional<sup>1</sup>. Sendo assim é fundamental que os enfermeiros estudem e compreendam as correntes filosóficas que apóiam as teorias para então, avaliar a probabilidade de utilização dessas em seu cotidiano de cuidar. Pois, as teorias são tão importantes para a assistência quanto à técnica, à comunicação ou a interação, uma vez que serão elas a guiar o contexto assistencial<sup>2</sup>. O processo de cuidar em enfermagem, ou PE entendido como um instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como nossa clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional de enfermagem<sup>3</sup>. Encontramos respaldo na Lei n.

<sup>1</sup> 1.Trabalho apresentado no 10º SINADEn, 2.Enfermeira do SAMU-DF, Especialista em UTI, Clínica cirúrgica, Gestão em Saúde e Mestranda pela SOBRATI, End: SQS 414 Bloco D 205, Asa Sul Brasília-DF [sncmonteiro@yahoo.com.br](mailto:sncmonteiro@yahoo.com.br); 3 Enfermeira Especialista em UTI, Docente UNIEURO-DF, mestranda SOBRATI; 4. Enfermeiro assistencial do Hospital Regional de Santa Maria-DF, mestrando pela SOBRATI.

**Trabalho 47 - 2/4**

7.498 de 25 de junho de 1986, referente ao exercício da enfermagem, dispõe no artigo 11, como atividades privativas do enfermeiro a consulta de enfermagem, e a prescrição da assistência de enfermagem. E na Resolução/COFEN 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Tal resolução descreve em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: **I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); II - Diagnóstico de Enfermagem ; III - Planejamento de Enfermagem; IV - Implementação ; V - Avaliação de Enfermagem.** Portanto a sistematização da assistência de enfermagem - SAE é, pois a organização do trabalho de enfermagem, quanto ao método, pessoal e instrumentos, de modo que seja possível a realização do PE. O PE então, é o trabalho em si, resultante da interação entre agentes do cuidado (profissional e enfermo), com objetivos específicos, na direção do alcance do bem-estar ou uma morte tranqüila<sup>4</sup>. Diante dessas considerações justifica-se nosso interesse em desenvolver uma revisão integrativa através da produção científica sobre a utilização do PE como ferramenta de trabalho e aprimoramento da profissão, a fim de analisar e interpretar os conhecimentos já produzidos na área. Desta forma, estipulamos como questão desta pesquisa: como os artigos publicados sobre o tema PE na UTI estão contribuindo para o desenvolvimento do corpo de conhecimento e para implementação prática do cuidar com qualidade? Frente às colocações acima, este estudo tem como **objetivos**: Sintetizar os estudos sobre a utilização da SAE como ferramenta essencial para o cuidar; Identificar os autores, os tipos de pesquisa, a coerência teórico-metodológica dos artigos e os resultados; **METODOLOGIA**: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca da utilização do PE na UTI. Os dados foram acessados na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) nas seguintes bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) Online (SCIELO). Para o levantamento dos artigos, utilizamos as palavras-chave “processo de enfermagem na UTI”, “sistematização da assistência de enfermagem na UTI”, “diagnósticos de enfermagem na UTI”, onde encontramos um total 34 artigos, sendo que apenas 19 compuseram a amostra do estudo. Como critério de inclusão: artigos completos que abordassem o cuidar de pacientes utilizando para isso a SAE, em UTI neonatal, pediátrico e adulto, publicados em português e inglês, sem restrição quanto ao

**Trabalho 47 - 3/4**

desenho do estudo, no período de 2004 a 2010. **RESULTADOS:** Nos últimos sete anos, houveram muitas publicações relacionadas à PE em diversas áreas de atuação da enfermagem, entretanto nem todos atenderam aos critérios de inclusão deste estudo. Em relação à titulação, dos 64 pesquisadores, a maioria eram doutores 30 (46,67%), seguido de mestres 10 (15,62%), Especialistas 10 (15,62%), pós-graduandos 9 (14%), Enfermeiros graduados 8 (12,5%), Acadêmicos de enfermagem 2(3,12%), mestrandos 1 (1,56%). Destes 27 (42,18%) eram professores universitários. Ressalta-se ainda que 12(63,15%) dos estudos foram provenientes de trabalhos desenvolvido em Núcleos e/ou Grupos de pesquisa, vinculados a cursos de pós-graduação, financiados ou não pela CNPQ. Quanto ao local, a maioria dos estudos aparece na região Sul do País, com destaque para os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul 11 (50%), seguida da região sudeste 06 (27,2%), Centro-oeste 02 (9,0%) e nordeste 03 (13,6%). Em relação à identificação das fontes para localização dos artigos 9 (47,3%) são provenientes do SCIELO, 4(21%) são provenientes da BDENF, 3 (15,7%) são provenientes do LILAC'S, 03(15,7%) com disponibilidade direta em revista eletrônica de enfermagem e todos publicados em revistas específicas de enfermagem. Em se tratando do público alvo: estudantes de graduação em enfermagem 1(5,2%), pacientes críticos 10(52,63%), equipe de enfermagem em UTI 9 (47,36%), e apenas 1(5,2%) aborda diagnósticos encontrados na UTI. Dentre os modelos teóricos utilizadas nos estudos o de Wanda Horta obteve 6 (31,57%) citações, seguida de Orem 1(5,2%), e entre os sistemas de classificação a Taxonomia II da NANDA Internacional obteve maior referência 12(63, 15%); a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) 1( 5,2%) e Classificação Internacional para a Prática em saúde coletiva CIPE®/CIPESC 3 (15,78%) com especial destaque para implantação do prontuário eletrônico. Conforme os dados, o estudo mostra que todos 19(100%) realizam histórico de enfermagem, 10(52,63%) histórico e diagnósticos de enfermagem, 7 (36,84%) prescrição de enfermagem, 6(31,57%) evolução de enfermagem. Em se tratando ao desenho metodológico da pesquisa, 16 (84,2%) foram artigos com abordagem qualitativa, 02 (10,5%) foram pesquisas com abordagem quanti-qualitativa e apenas 1 (5,26%) atendeu ao formato quantitativo. Quanto ao tipo de abordagem qualitativa identificamos: 1 (5,26%) estudo de caso, 14 (73,6 %) estudos de intervenção, 2 (10,5%) relato de experiência e 2 (10,5%) foram revisão bibliográfica. Os resultados dos estudos

**Trabalho 47 - 4/4**

mostraram que o PE possui viabilidade de execução, assim como a equipe de enfermagem demonstrou compreender a importância e o valor dos registros do fazer na prática para a implementação de uma metodologia assistencial. Dentre as metodologias empregadas ressalta-se a CIPE®/CIPESC que foi vista como estratégia possível, a NIC por identificar potencialidades, necessidades e contribuir para melhorias na qualidade do cuidado e a construção de protocolos se mostrou eficaz com a utilização da NANDA em conjunto com a CIPE®. Um ponto bastante comentado foi a imperiosidade de documentar os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, com a utilização de instrumentos que viabilizam a aplicação do processo. Como ponto negativo, em um dos artigos não foi visualizado o PE e surgiram dificuldades de alguns profissionais em realizar o raciocínio diagnóstico e terapêutico. Finalizando a análise, percebemos que com a utilização do PE houve mudanças na percepção e no modo de fazer o cuidado de enfermagem, entretanto o grande desafio é capacitar melhor os profissionais para a execução, trabalhando com instrumentos específicos e aplicáveis a cada realidade, de forma a oferecer um cuidado integral e qualificado aos clientes. **CONCLUSÃO:** A experiência advinda destes 30 anos de implantação do PE demonstra a viabilidade de utilização, implicando diretamente na qualidade da assistência e valorização do trabalho da enfermagem, porém ressalta-se a necessidade de estudos e atualização constante do enfermeiro e equipe de enfermagem. O uso de uma variedade de terminologias permitiu-se a identificação de padrões de cuidado, seja através da CIPE®, CIPESC, NANDA e NIC facilitando a avaliação da qualidade da assistência além da linguagem comum a todos. **REFERÊNCIAS:** 1. NÓBREGA, M.M.L., SILVA, K.L. Fundamentos em enfermagem. João Pessoa. Imprima, 2007; 2. LEOPARDI, M. T. Estudos e teorias. In: LEOPARDI, M. Teorias de Enfermagem: Instrumentos para a prática. Florianópolis: papa-livros, 1999. p28-57; 3. GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000. 4. LEOPARDI, M.T. Teoria e Método em assistência em enfermagem. Florianópolis: 2.ed, Ed Soldasoft, 2006. **PALAVRAS CHAVE:** Processo de enfermagem, qualidade e assistência. Área Temática:

Trabalho 48 - 1/3

ACURÁCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM  
DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS EM PACIENTES NO  
PÓS-OPERATÓRIO CARDÍACO

Nascimento, Ranielly Vidal do<sup>1</sup>

Sousa, Talita<sup>2</sup>

Sousa, Vanessa Emille Carvalho de<sup>3</sup>

Lopes, Marcos Venícios de Oliveira<sup>4</sup>

INTRODUÇÃO: O diagnóstico de enfermagem é conceituado como a expressão de uma situação clínica que pode ser modificada pelo enfermeiro, utilizando linguagem padronizada<sup>1</sup>. Na prática, evidencia-se a existência de variações nas interpretações dos enfermeiros frente às diferentes respostas apresentadas pelos pacientes e que estas, por sua vez, são facilmente mal interpretadas<sup>2</sup>. Dentro desta problemática, uma estratégia para a redução de erros de interpretação é o desenvolvimento de estudos de acurácia de diagnósticos de enfermagem. Considera-se que uma das maiores contribuições destes estudos é a melhoria da qualidade da assistência, por meio da redução da ocorrência de viés nas inferências realizadas sem base em evidências, bem como de metas que não se relacionam com os diagnósticos formulados<sup>3</sup>. OBJETIVO: Identificar a acurácia de características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico Desobstrução ineficaz de vias aéreas em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. METODOLOGIA: Estudo transversal, realizado com 98 pacientes adultos, submetidos a cirurgias cardíacas e internados em um hospital especializado em cardiologia, na cidade de Fortaleza, Ceará. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ter idade acima de 18 anos, estar em período pós-operatório inferior a 48 horas, ter sido submetido (a) à cirurgia cardíaca corretora, reconstrutora ou substitutiva e apresentar nível de consciência que possibilitasse a coleta de dados. Como critérios de exclusão estabeleceram-se: apresentar quadro clínico que inviabilizasse a coleta de dados, ter sido

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. Bolsista CNPq. E-mail: [ranielly\\_vidal@hotmail.com](mailto:ranielly_vidal@hotmail.com)

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. Bolsista CNPq. E-mail: [talita@hotmail.com](mailto:talita@hotmail.com)

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. Bolsista CNPq. E-mail: [v\\_emille@hotmail.com](mailto:v_emille@hotmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeiro. Professor(a) Doutor(a) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: [marcos@ufc.br](mailto:marcos@ufc.br)

**Trabalho 48 - 2/3**

submetido (a) a transplante cardíaco, estar sob ventilação mecânica, portar comorbidades que contribuíssem para alteração do quadro clínico específico da doença cardíaca de base e utilizar medicamentos fora do protocolo para tratamento e prevenção de complicações cardiopulmonares. Os pacientes foram incluídos por meio de amostragem por conveniência, consecutivamente, e o tamanho amostral foi calculado com base em uma fórmula para populações finitas. Utilizou-se um formulário elaborado com vistas a identificar as características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico em investigação, com base na classificação diagnóstica da NANDA-I<sup>4</sup>. Foram analisados: dados sócio-demográficos, dados clínicos (contemplando sinais vitais e exame físico do aparelho respiratório) e medidas de sensibilidade e especificidade que subsidiaram a análise da acurácia do diagnóstico avaliado. O julgamento quanto à presença das características definidoras, fatores relacionados e do diagnóstico foi realizado por uma especialista em diagnósticos de enfermagem. Estabeleceu-se como ponto de corte para a análise da acurácia (medidas de sensibilidade e especificidade) o valor de 80%, a partir do qual se considerou as características definidoras e fatores relacionados como sensíveis e/ou específicas.

**RESULTADOS:** Dentre os 98 pacientes avaliados, prevaleceram pacientes do sexo masculino (55,1%), casados ou vivendo com companheiro (70,4%), tabagistas (54,1%) e com ensino fundamental completo ou incompleto (51,1%). Vale destacar que houve um percentual importante de indivíduos analfabetos ou semianalfabetos (25,4%), um fator importante diante da complexidade do tratamento de pacientes cardiopatas. A média de idade foi de 55,8 anos, o que evidencia que a amostra era composta por indivíduos em faixa etária produtiva, contrapondo estudos anteriores que destacam as cardiopatias como mais prevalentes em idosos. A renda per capita média foi de 423,44 reais, valor inferior a um salário mínimo. Quanto aos dados de internamento, houve maior prevalência de pacientes com Angina ou coronariopatias (37,8%) e submetidos a cirurgias do tipo reconstrutora (59,1%). Dados referentes aos sinais vitais não mostram alterações significativas, de forma que as médias obtidas encontravam-se dentro dos parâmetros normais. O diagnóstico Desobstrução ineficaz de vias aéreas esteve presente em 23,5% dos avaliados. Todas as características definidoras apresentaram significância estatística ao nível de 5%, exceto

**Trabalho 48 - 3/3**

Mudanças na frequência respiratória, Ortopnéia, Sons respiratórios diminuídos e Tosse ausente. Os fatores relacionados Infecção e Espasmo de via aérea também não mostraram significância estatística ( $p>0,05$ ). Não foram identificadas características definidoras sensíveis no nível de 80%. Por outro lado, as características Agitação (98,6%), Dispneia (85,3%), Expectoração (97,3%), Mudanças no ritmo respiratório (90,6%) e Tosse ineficaz (98,6%) se mostraram específicas. A característica Tosse ineficaz indicou maior valor de risco relativo, aumentando em mais de 15 vezes a chance de desenvolver o diagnóstico entre os indivíduos que a apresentaram. O único fator relacionado sensível foi Secreção retida (82,6%), sendo também o que indicou maior risco relativo (19,75).  
CONCLUSÃO: O estudo permitiu investigar a acurácia do diagnóstico Desobstrução ineficaz de vias aéreas no cenário pós-operatório da assistência a pacientes cardíacos, contribuindo com a produção e a divulgação de conhecimentos acerca dos elementos constitutivos deste diagnóstico, possibilitando a identificação mais precisa do diagnóstico e facilitando a tomada de decisão pelo enfermeiro.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Souza MSA. Diagnóstico de enfermagem em clientes vivenciando estressores pré-cirúrgicos. [dissertação]. Salvador (BA): Escola de Enfermagem de Salvador, Universidade Federal da Bahia. 1997. 145p.
2. Lunney M. Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises. Porto Alegre: Artmed; 2004.
3. Silva VM. Padrão respiratório ineficaz em crianças portadoras de cardiopatias congênitas: validação de um instrumento de avaliação dos resultados de enfermagem. [tese]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. 2007. 267p.
4. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DESCRITORES: Terminologia de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Procedimentos cirúrgicos cardiovasculares.

Trabalho 49 - 1/3

ACURÁCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PADRÃO  
RESPIRATÓRIO INEFICAZ EM PACIENTES NO PÓS-OPERATORIO  
CARDÍACO

Nascimento, Ranielly Vidal do<sup>1</sup>  
Sousa, Talita<sup>2</sup>  
Sousa, Vanessa Emille Carvalho de<sup>3</sup>  
Lopes, Marcos Venícios de Oliveira<sup>4</sup>

INTRODUÇÃO: O desenvolvimento e o emprego de uma terminologia própria para a enfermagem favorece o desenvolvimento profissional e oferece segurança na prática assistencial, do ensino e da pesquisa<sup>1</sup>. A etapa de diagnóstico, em enfermagem, é centrada nas respostas humanas, apresentadas pelo paciente na vigência de enfermidades ou processos vitais. A validade das associações entre as respostas humanas apresentadas e o diagnóstico atribuído é fundamental<sup>2</sup>. Neste ponto, estudos de acurácia são importantes, pois a identificação de características definidoras com boa acurácia contribui com a escolha de intervenções mais adequadas e em uma projeção mais segura de resultados<sup>3</sup>. OBJETIVO: Identificar a acurácia das características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico Padrão respiratório ineficaz em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. METODOLOGIA: Estudo transversal, realizado com 98 pacientes adultos, submetidos a cirurgias cardíacas e internados em um hospital especializado em cardiologia, na cidade de Fortaleza, Ceará. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ter idade acima de 18 anos, estar em período pós-operatório inferior a 48 horas, ter sido submetido (a) à cirurgia cardíaca corretora, reconstrutora ou substitutiva e apresentar nível de consciência que possibilitasse a coleta de dados. Como critérios de exclusão estabeleceu-se: apresentar quadro clínico que inviabilizasse a coleta de dados, ter sido submetido (a) a transplante cardíaco, estar sob ventilação mecânica, portar comorbidades que contribuíssem para alteração do quadro clínico

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. Bolsista CNPq. E-mail: [ranielly\\_vidal@hotmail.com](mailto:ranielly_vidal@hotmail.com)

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. Bolsista CNPq. E-mail: [talita@hotmail.com](mailto:talita@hotmail.com)

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. Bolsista CNPq. E-mail: [v\\_emille@hotmail.com](mailto:v_emille@hotmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeiro. Professor(a) Doutor(a) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: [marcos@ufc.br](mailto:marcos@ufc.br)

**Trabalho 49 - 2/3**

específico da doença cardíaca de base e utilizar medicamentos fora do protocolo para tratamento e prevenção de complicações cardiopulmonares. Os pacientes foram incluídos por meio de amostragem por conveniência, consecutivamente, e o tamanho amostral foi calculado com base em uma fórmula para populações finitas. Utilizou-se um formulário elaborado com vistas a identificar as características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico em investigação, com base na classificação diagnóstica da NANDA-I<sup>1</sup>. Foram analisados: dados sócio demográficos, dados clínicos (contemplando sinais vitais e exame físico do aparelho respiratório) e medidas de sensibilidade e especificidade que subsidiaram a análise da acurácia do diagnóstico avaliado. O julgamento quanto à presença das características definidoras, fatores relacionados e do diagnóstico foi realizado por uma especialista em diagnósticos de enfermagem. Estabeleceu-se como ponto de corte para a análise da acurácia (medidas de sensibilidade e especificidade) o valor de 80%, a partir do qual se considerou as características definidoras e fatores relacionados como sensíveis e/ou específicas.

**RESULTADOS:** Dentre os 98 pacientes avaliados, prevaleceram pacientes do sexo masculino (55,1%), casados ou vivendo com companheiro (70,4%), tabagistas (54,1%) e com ensino fundamental completo ou incompleto (51,1%). Vale destacar que houve um percentual importante de indivíduos analfabetos ou semianalfabetos (25,4%), um fator importante diante da complexidade do tratamento de pacientes cardiopatas. A média de idade foi de 55,8 anos, o que evidencia que a amostra era composta por indivíduos em faixa etária produtiva, contrapondo estudos anteriores que destacam as cardiopatias como mais prevalentes em idosos. A renda per capita média foi de 423,44 reais, valor inferior a um salário mínimo. Quanto aos dados de internamento, houve maior prevalência de pacientes com Angina ou coronariopatias (37,8%) e submetidos a cirurgias do tipo reconstrutora (59,1%). Dados referentes aos sinais vitais não mostram alterações significativas, de forma que as médias obtidas encontravam-se dentro dos parâmetros normais. O diagnóstico Padrão respiratório ineficaz esteve presente em 23,5% dos avaliados. Todas as características definidoras apresentaram significância estatística ao nível de 5%, exceto Diâmetro anteroposterior aumentado e Uso de musculatura acessória para respirar. Todos os fatores relacionados mostraram significância estatística ( $p < 0,05$ ). A

**Trabalho 49 - 3/3**

característica definidora Alterações na profundidade respiratória mostrou-se sensível (95,6%). Por outro lado, as características Bradipnéia (96%), Dispnéia (81,3%), Excursão torácica alterada (97,3%), Fase expiratória prolongada (98,6%) e Ortopnéia (82,6%) se mostraram específicas. A característica Fase expiratória prolongada indicou maior valor de risco relativo, aumentando em mais de 12 vezes a chance de desenvolver o diagnóstico entre os indivíduos que a apresentaram. Os fatores relacionados Dor e Fadiga da musculatura respiratória foram os mais sensíveis (86,9% para ambos), sendo também os que indicaram maior risco relativo (26,0 para ambos). **CONCLUSÃO:** O estudo permitiu investigar a acurácia do diagnóstico Padrão respiratório ineficaz em pacientes no pós-operatório cardíaco, uma análise que pode contribuir consideravelmente com a sistematização da assistência de enfermagem a este tipo de paciente, pois o conhecimento das características definidoras e fatores relacionados mais fortemente ligados à presença do diagnóstico norteia e dá mais segurança ao enfermeiro diante desta situação clínica.

**BIBLIOGRAFIA**

1. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.
2. Cruz DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. Rev Latino-am Enfermagem. 2005;13(3):415-22.
3. Carlson-Catalano J. Método pedagógico para o desenvolvimento de habilidades diagnóstica. In: Lunney M. Pensamento crítico e diagnóstico de enfermagem: estudo de caso e análises. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 75-95.

**DESCRITORES:** Terminologia de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Procedimentos cirúrgicos cardiovasculares.

Trabalho 50 - 1/3

ACURÁCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM TROCA DE GASES PREJUDICADA EM PACIENTES NO PÓS-OPERATORIO CARDÍACO

Nascimento, Ranielly Vidal do<sup>1</sup>

Sousa, Talita<sup>2</sup>

Sousa, Vanessa Emille Carvalho de<sup>3</sup>

Lopes, Marcos Venícios de Oliveira<sup>4</sup>

INTRODUÇÃO: O desenvolvimento e a utilização de uma taxonomia específica e formal de diagnósticos de enfermagem levaram à necessidade de se utilizar o raciocínio diagnóstico na prática da enfermagem, em colaboração com os pacientes, possibilitando a identificação mais precisa e acurada das diferentes situações clínicas<sup>1</sup>. A finalidade do diagnóstico é estabelecer um elo entre as respostas humanas e os resultados a alcançar, constituindo um ponto de apoio para a seleção das intervenções de enfermagem<sup>2</sup>. Na prática, verifica-se que as enfermeiras referem dificuldades no estabelecimento de diagnósticos de enfermagem ou levantam diagnósticos com baixa acurácia, devido ao fato de que os pacientes geralmente não apresentam todas as características definidoras do diagnóstico, e de que vários diagnósticos compartilham características, o que gera dúvidas para o enfermeiro<sup>3</sup>. OBJETIVO: Identificar a acurácia das características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico Troca de gases prejudicada em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. METODOLOGIA: Estudo transversal, realizado com 98 pacientes adultos, submetidos a cirurgias cardíacas e internados em um hospital especializado em cardiologia, na cidade de Fortaleza, Ceará. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ter idade acima de 18 anos, estar em período pós-operatório inferior a 48 horas, ter sido submetido (a) à cirurgia cardíaca corretora, reconstrutora ou substitutiva e apresentar nível de consciência que possibilitasse a coleta de dados. Como critérios de exclusão estabeleceram-se: apresentar quadro clínico

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. Bolsista CNPq. E-mail: [ranielly\\_vidal@hotmail.com](mailto:ranielly_vidal@hotmail.com)

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. Bolsista CNPq. E-mail: [talita@hotmail.com](mailto:talita@hotmail.com)

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. Bolsista CNPq. E-mail: [v\\_emille@hotmail.com](mailto:v_emille@hotmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeiro. Professor(a) Doutor(a) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: [marcos@ufc.br](mailto:marcos@ufc.br)

**Trabalho 50 - 2/3**

que inviabilizasse a coleta de dados, ter sido submetido (a) a transplante cardíaco, estar sob ventilação mecânica, portar comorbidades que contribuíssem para alteração do quadro clínico específico da doença cardíaca de base e utilizar medicamentos fora do protocolo para tratamento e prevenção de complicações cardiopulmonares. Os pacientes foram incluídos por meio de amostragem por conveniência, consecutivamente, e o tamanho amostral foi calculado com base em uma fórmula para populações finitas. Utilizou-se um formulário elaborado com vistas a identificar as características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico em investigação, com base na classificação diagnóstica da NANDA-I<sup>1</sup>. Foram analisados: dados sócio demográficos, dados clínicos (contemplando sinais vitais e exame físico do aparelho respiratório) e medidas de sensibilidade e especificidade que subsidiaram a análise da acurácia do diagnóstico avaliado. O julgamento quanto à presença das características definidoras, fatores relacionados e do diagnóstico foi realizado por uma especialista em diagnósticos de enfermagem. Estabeleceu-se como ponto de corte para a análise da acurácia (medidas de sensibilidade e especificidade) o valor de 80%, a partir do qual se considerou as características definidoras e fatores relacionados como sensíveis e/ou específicas. RESULTADOS: Dentre os 98 pacientes avaliados, prevaleceram pacientes do sexo masculino (55,1%), casados ou vivendo com companheiro (70,4%), tabagistas (54,1%) e com ensino fundamental completo ou incompleto (51,1%). Vale destacar que houve um percentual importante de indivíduos analfabetos ou semianalfabetos (25,4%), um fator importante diante da complexidade do tratamento de pacientes cardiopatas. A média de idade foi de 55,8 anos, o que evidencia que a amostra era composta por indivíduos em faixa etária produtiva, contrapondo estudos anteriores que destacam as cardiopatias como mais prevalentes em idosos. A renda per capita média foi de 423,44 reais, valor inferior a um salário mínimo. Quanto aos dados de internamento, houve maior prevalência de pacientes com Angina ou coronariopatias (37,8%) e submetidos a cirurgias do tipo reconstrutora (59,1%). Dados referentes aos sinais vitais não mostram alterações significativas, de forma que as médias obtidas encontravam-se dentro dos parâmetros normais. O diagnóstico Troca de gases prejudicada esteve presente em 30,6% dos avaliados. Todas as características definidoras apresentaram significância estatística ao nível de 5%, exceto

**Trabalho 50 - 3/3**

Hipercapnia, Hipoxemia, Hipóxia e Taquicardia. Todos os fatores relacionados mostraram significância estatística ( $p < 0,05$ ). A característica definidora Gasometria anormal mostrou-se sensível (93,3%). Por outro lado, as características Agitação (98,5%) e Hipercapnia (97,0%) se mostraram específicas. A característica Agitação indicou maior valor de risco relativo, aumentando em mais de 4 vezes a chance de desenvolver o diagnóstico entre os indivíduos que a apresentaram. O único fator relacionado identificado na amostra foi Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão, tendo em vista as características clínicas apresentadas pelos pacientes, não sendo identificado o outro fator relacionado apontado pela NANDA-I (Mudanças na membrana alvéolo-capilar). Foram identificados, para este fator relacionado, sensibilidade de 96,6% e risco relativo de 69. **CONCLUSÃO:** O estudo permitiu investigar a acurácia do diagnóstico Troca de gases prejudicada em pacientes no pós-operatório cardíaco, uma análise que pode contribuir consideravelmente com a sistematização da assistência de enfermagem pois, ao adquirir conhecimento das características definidoras e fatores relacionados mais relacionados à presença do diagnóstico, o enfermeiro torna-se melhor capacitado para estabelecer uma inferência diagnóstica coerente.

**BIBLIOGRAFIA**

1. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.
2. Cruz DALM, Perez RCFG. Accuracy of nursing diagnosis: interrater agreement. In: Proceedings of the Conference NNN. Philadelphia: NNN; 2002. 14(4): 47-47.
3. Cruz DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. Rev Latino-am Enfermagem. 2005;13(3):415-22.

**DESCRITORES:** Terminologia de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Procedimentos cirúrgicos cardiovasculares.

Trabalho 51 - 1/4

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM  
PACIENTE COM TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR: RELATO DE  
EXPERIÊNCIA

ERLAYNE CAMAPUM BRANDÃO<sup>1</sup>, LORENA SOUSA SOARES<sup>2</sup>, MARIA  
HELENA BARROS ARAÚJO LUZ<sup>3</sup>, GRAZIELLE ROBERTA FREITAS DA SILVA<sup>4</sup>

INTRODUÇÃO: Ultimamente, em razão da exacerbação de eventos associados à violência urbana, como os acidentes de trânsito e as agressões por arma de fogo, uma parcela expressiva de cidadãos em todo o mundo enfrenta o sofrimento e os entraves provocados pela lesão medular traumática. Siscão *et al*<sup>(1)</sup> expõe que trauma raquimedular (TRM) é uma lesão traumática, caracterizada por um conjunto de situações que acarretam comprometimento da função da medula espinal em graus variados. Sendo que a lesão da medula espinhal pode variar desde a concussão transitória (a partir da qual o paciente se recupera por completo) até a contusão, laceração e compressão da substância medular (quer isoladamente ou em combinação), ou ainda até a transecção completa da medula (que torna a pessoa paralisada abaixo do nível da lesão)<sup>(2)</sup>. Dependendo do nível e do grau da lesão medular, a mesma configura-se em uma grave síndrome, mais ou menos incapacitante, que compromete não apenas a locomoção e a capacidade para o autocuidado, mas diversas funções, o que pode gerar desestruturação na dinâmica familiar e social na qual a pessoa com lesão medular está inserida<sup>(3)</sup>. Além de alterações fisiológicas decorrentes do trauma medular existem complicações decorrentes do repouso prolongado e da imobilidade no leito, como a trombose de veias profundas, hipotensão postural, úlceras por pressão, alterações pulmonares, contraturas, atrofia e fraqueza muscular, entre outras. Brito *et al*<sup>(3)</sup> relata ainda que dada à complexidade dessa situação, acredita-se que o Processo de Enfermagem (PE) é a

---

<sup>1</sup> Relatora. Estudante de graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Piauí. Bolsista PIBIC/CNPq. End: Rua Jorn. Helder Feitosa, 1130. BL. 21 AP. 303. Cep. 64049-905. Ininga, Teresina-PI. Email: mina\_ecb@msn.com

<sup>2</sup> Estudante de graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Piauí. Bolsista PIBIC/UFPI.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Coordenadora da disciplina Saúde do Adulto e do Idoso II

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

**Trabalho 51 - 2/4**

abordagem que pode permitir um conhecimento mais completo e detalhado da situação que envolve a pessoa com lesão medular, suas reais necessidades e condições de enfrentamento dos problemas. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para é uma metodologia de organização, planejamento e execução de ações sistematizadas, que são realizadas pela equipe durante o período em que o cliente se encontra sob a assistência de enfermagem <sup>(4)</sup>. A aplicação da SAE nas instituições de saúde apresenta os seguintes aspectos positivos <sup>(4)</sup>: segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, a individualização da assistência, visibilidade e autonomia para o enfermeiro, o que justifica a relevância desse relato. OBJETIVOS: Aplicar a SAE em um paciente com traumatismo raquimedular, descrever aspectos da patologia enfocando o processo de enfermagem e relatar a experiência de um cuidado individualizado e de qualidade. METODOLOGIA: Ocorreu em um hospital público de alta complexidade em Teresina-PI, onde uma discente acompanhou um paciente com problema neurológico durante três dias consecutivos. Foi elaborado como requisito avaliativo da disciplina Saúde do Adulto e do Idoso II do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Para a coleta de dados utilizou-se um roteiro fornecido pela docente da disciplina, o mesmo continha os seguintes aspectos: identificação e história do paciente, prescrição médica, exames realizados, plano assistencial, plano de alta, evoluções e prescrições de Enfermagem. Também se utilizou o prontuário para verificar os fármacos utilizados na terapêutica, os exames realizados durante a internação do cliente e para registrar as evoluções e prescrições de Enfermagem elaboradas nessa experiência. RESULTADOS: Paciente do sexo masculino, de nome com as iniciais J.S.F, de cor negra, 33 anos, casado, tem três filhos e era lavrador. Procedente de São José do Piauí (zona rural da cidade de Picos, Piauí). Foi admitido no dia 10/05/2010 na clínica neurológica. Referiu não ter tido experiências anteriores com hospitalização. Tratamento atual, cirúrgico, relatou que não utiliza medicamentos de uso contínuo e nem alergia medicamentosa. O motivo da internação foi traumatismo raquimedular (devido a acidente de motocicleta), ficou paraplégico. Na história patológica pregressa, o paciente relatou que não teve nenhuma doença grave e na história familiar referiu que o pai é diabético. Também se realizou o exame físico no momento da efetivação do histórico de Enfermagem. Os medicamentos utilizados durante todo o período de hospitalização foram: Ranitidina, Dipirona, Plasil, Nubain,

**Trabalho 51 - 3/4**

Liquemine, Óleo mineral, Diazepan, Captopril, Sulfato de Magnésio, Dimorf, Keflin e Bisolvon. Os exames realizados pelo paciente foram: ressonância magnética da coluna vertebral, hemograma, glicemia, sódio e potássio. O plano assistencial, direcionado para cuidados em longo prazo, continha os seguintes problemas: hospitalização, procedimentos realizados, higiene, dor, mobilidade, diurese, eliminações intestinais e sono/repouso. Por meio das evoluções feitas levantaram-se os seguintes diagnósticos, os mesmos foram baseados na NANDA<sup>(6)</sup>: Déficit no autocuidado para alimentação, evidenciada por desconforto; Déficit no autocuidado para banho/higiene, evidenciada por prejuízo neuromuscular; Deambulação prejudicada, evidenciada por prejuízo neuromuscular; Mobilidade no leito prejudicada, evidenciada por prejuízo neuromuscular; Incontinência urinária total, evidenciada por trauma que afeta os nervos da medula espinhal; Integridade da pele prejudicada, evidenciada por UPP; Risco de infecção, evidenciada por defesas primárias inadequadas; Privação de sono, evidenciada por desconforto prolongado e Desobstrução ineficaz de vias aéreas, evidenciada por secreção nos brônquios. E as prescrições de Enfermagem de acordo com os diagnósticos foram: Providenciar alívio adequado da dor antes das refeições, Manter o paciente com a cabeça e o pescoço levemente fletidos para frente durante alimentação, Orientar a acompanhante como realizar a alimentação do paciente, Realizar banho no leito, Facilitar a escovação dos dentes, Realizar mudança de decúbito 2/2h, Monitorar cor, odor e volume urinário, Monitorar ressecamento da pele, Monitorar a presença de regiões hiperemiadas, Realizar curativo seguindo técnicas assépticas, Posicionar o paciente em postura confortável e Administrar expectorante conforme prescrição médica. As orientações de alta foram direcionadas para acompanhante (esposa) e para o cliente: Orientar quanto à necessidade da mudança de decúbito; Dar continuidade ao uso dos ácidos graxos essenciais na úlcera por pressão; Informar a acompanhante (esposa) quanto à necessidade de se fazer o curativo com as mãos higienizadas e com os materiais limpos; Diminuir a ingestão de açúcares, sal e alimentos gordurosos; Incentivar a realização de tarefas da vida diária, respeitando o limite do paciente; Estimular a realização de atividades de lazer que estão ao seu alcance, por exemplo, jogar dama, dominó, etc; Introduzir em sua dieta alimentos laxantes; Orientar quanto à necessidade de uma boa ingestão hídrica; Incentivar o consumo de água filtrada ou fervida; Incentivar conversas do paciente com a família em relação às suas dificuldades

**Trabalho 51 - 4/4**

seja motora ou emocional. Após o acompanhamento do paciente foi notória a melhora do padrão de sono e repouso e na integridade da pele, vale destacar também os esclarecimentos de dúvidas direcionadas à esposa no que diz respeito aos cuidados domiciliares. CONCLUSÃO: Além de elevar o conhecimento a cerca da patologia abordada, a contribuição maior desse estudo foi fornecer uma melhor aproximação com a SAE, sendo essencial para promoção do cuidado com qualidade e competência.

PALAVRAS-CHAVE: Traumatismo Raquimedular. Enfermagem. Sistematização da assistência de Enfermagem.

ÁREA TEMÁTICA: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

REFERÊNCIAS:

1. Siscão MP *et al.* Trauma Raquimedular: caracterização em um hospital Público. *Arq Ciênc Saúde.* 2007; 14(3):145-7.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Tratamento de pacientes com trauma neurológico. In: Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.* 10ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 2022-53.
3. Brito MAGM *et al.* Diagnósticos de enfermagem de maior ocorrência em pessoas com lesão medular no contexto do atendimento ambulatorial mediante abordagem baseada no modelo de Orem. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2008; 10 (1): 13-28.
4. Neves RS, Shimizu HE. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(2): 222-229.
5. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições de classificação 2007-2008.* Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.

**Trabalho 52 - 1/4**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**Introdução:** O período da vida que vai dos seis até aproximadamente os 12 anos é denominado idade escolar. Este período faz parte da infância. A escola é considerada espaço crucial para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades junto aos seus integrantes e comunidade, visando à garantia de mudanças de comportamento, além de congrega por um período importante, crianças e adolescentes numa etapa crítica de crescimento e desenvolvimento. A população escolar adoece menos que outros grupos etários e, de fato, tem taxas de morbidade e mortalidade mais baixas que da população em geral. Com isso, em vários momentos não recebem a atenção necessária no âmbito da saúde. Mas um olhar mais aprofundado evidencia aumento no número de crianças com problemas ligados a nutrição entre outros agravos que associados a fatores socioeconômicos e culturais, têm profundas repercussões na qualidade de vida dessa população<sup>(1)</sup>. Nesta fase, a criança encontra-se em um período ideal para atividades de educação e promoção da saúde, no entanto, na atenção básica à saúde, verifica-se uma tendência ao cuidado à criança na faixa etária de zero a dois anos, ficando o escolar excluído de programas e projetos específicos as suas demandas<sup>(2)</sup>. Por isso, a integração entre universidade, escola e comunidade é essencial para alcançarmos melhorias na qualidade de vida da criança, com vistas a um cuidado holístico, o que possibilita uma melhor atenção ao crescimento e desenvolvimento do escolar, por meio de intervenções individualizadas e coletivas que promovam a saúde deste grupo. **Objetivo:** Contribuir para melhoria de saúde e, conseqüentemente, do processo de desenvolvimento e crescimento da criança em idade escolar por meio da consulta e sistematização da

<sup>1</sup> Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. e-mail: hosana1407@gmail.com; Endereço: Rua Aspirante Mendes, 425 – Alto da Balança. CEP: 60851-285 – Fortaleza, CE.

<sup>2,6</sup> Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, E-mail charabrito@hotmail.com; ligiascopacasa@hotmail.com

<sup>3</sup> Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Bolsista FUNCAP. E-mail: giselenm@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Bolsista Capes. E-mail: fabianegubert@hotmail.com

<sup>5</sup> Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. E-mail: neyva.pinheiro@yahoo.com.br

**Trabalho 52 - 2/4**

assistência de enfermagem. **Metodologia:** Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa<sup>(3)</sup>. O estudo foi realizado durante a participação da disciplina “Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança I” do curso de Graduação de Enfermagem da UFC, junto a dez alunos regularmente matriculados na 2ª série de escola pública em Fortaleza-CE no mês de Maio de 2010. Participaram das atividades escolares na faixa etária de sete a dez anos de ambos os sexos. A coleta de informações ocorreu mediante as três primeiras etapas do Processo de Enfermagem: Investigação, Diagnóstico e Planejamento. Na primeira, composta de entrevista e exame físico, que tem como intuito obter mais informações possíveis a respeito da criança, foram realizadas seis visitas à escola no período da manhã. Para a entrevista utilizou-se um roteiro semi-estruturado com perguntas que englobavam os nove domínios estabelecidos na NANDA<sup>(4)</sup>. Após a conclusão da investigação a equipe identificou os diagnósticos e planejou as intervenções, incluindo a realização de atividades de Educação em Saúde. Destacamos que o referido estudo atendeu a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(5)</sup> no que se refere ao termo de consentimento livre e esclarecido o qual contou com a anuência dos participantes, seus pais e responsáveis. **Resultados:** Um fato importante observado foi à presença dos pais nas consultas, o que nos permitiu conhecer a história dos escolares sob a ótica dos seus responsáveis. As orientações de enfermagem foram dadas para ambos. A consulta deste usuário e sua família é um exercício de comunicação interpessoal, que engloba a comunicação verbal e a não-verbal. A primeira pode ser realizada através da fala, escrita, dentre outras formas. Já a segunda ocorre, principalmente, através de gestos e expressões. A entrevista com a família é fundamental para o entendimento da dinâmica e estrutura familiar e para a elucidação de dados da história pregressa e atual. Bem como inserir a família no acompanhamento e apoio da criança na escola construindo um vínculo de parceria entre equipe de saúde. Nas consultas foi possível observar que os escolares possuem conhecimentos acerca do cuidado com o corpo, higiene, alimentação e sexualidade, no entanto quando se referem aos temas alimentação estes possuem inconsistências relativas ao consumo de alimentos. Percebeu-se ainda dificuldades no relacionamento familiar, relacionado principalmente a falta de relação pais e filhos. Os principais diagnósticos de enfermagem encontrados foram: 1)Dentição prejudicada relacionado à higiene oral ineficaz, falta de acesso a cuidados profissionais caracterizado por cáries e

**Trabalho 52 - 3/4**

oclusão inadequada; 2) Dor aguda relacionado com esforço físico caracterizado por relato verbal de dor, 3) Paternidade ou maternidade prejudicada relacionado com ambiente doméstico insatisfatório e modelo insatisfatório do papel de pai/mãe caracterizado por interação pai-filho insatisfatório. Diante disto as intervenções propostas foram encaminhamento e manutenção da saúde oral - estabelecer uma rotina de cuidados oral - e aconselhamento, respectivamente. Acerca das relações familiares procurou-se o fortalecimento do contato da família com a escola. **Conclusão:** O enfermeiro como integrante da equipe de Saúde da Família deve estar atento a saúde do escolar, mesmo sendo esta fase um período de relativa estabilidade em relação aos outros anos da infância, extrapolando os “muros” do Centro de Saúde e ampliando o cuidado à comunidade e escola. A estratégia possibilitou a resignificação dos conhecimentos das participantes, seus pais e pesquisadoras, na medida em que puderam socializar suas experiências e incorporar novos conhecimentos de saúde. O estudo validou mais uma vez a importância das ações de enfermagem no cuidado integral do escolar, analisando cada um de modo holístico e individualizado, promovendo sua saúde, prevenindo as complicações dessa fase do desenvolvimento humano, e, assim, garantir mais saúde e melhor qualidade de vida. Um ponto importante foi a integração entre família, escola e enfermeira a fim de juntos definirem estratégias adequadas as necessidades das crianças.

**Referências:**

- Ferriani, MGC; Cano MAT. O programa de saúde escolar no município de Ribeirão Preto. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, Oct. 1999 .
- Cerqueira MT. A Construção da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde. In: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Série Promoção da Saúde; nº 6. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.**
- Polit DF, Beck CT, Hungler BT. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: Método, Avaliação e Utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- Nanda. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações 2005-2006. São Paulo: Artmed, 2006.

**Trabalho 52 - 4/4**

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 196/96. Dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996.

**Palavras-chaves:** Criança em idade Escolar, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Cuidado de Enfermagem.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Trabalho 53 - 1/4**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E SUA IMPORTÂNCIA NO CUIDADO DOS ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL**

**Introdução:** Na adolescência ocorrem inúmeras transformações biopsicosociais na vida do ser humano, assim é de suma importância à participação familiar e o acompanhamento profissional com os adolescentes para que eles passem, por esse período, de uma maneira mais saudável e, se possível, sem traumas. A assistência ao adolescente é um desafio, sobretudo para os profissionais da saúde, tanto pelos dados epidemiológicos de morbi-mortalidade, dessa faixa etária, como também pelos fatores éticos, legais e sociais referentes aos direitos dos adolescentes, principalmente relacionados à privacidade e a confidencialidade da relação profissional de saúde-adolescente <sup>(1)</sup>. O reconhecimento da “categoria” de adolescência pela sociedade é algo bem recente e, nessa visão, o adolescente ainda acaba sendo visto como um irresponsável, de quem muito se exige <sup>(1)</sup>. Na atenção voltada à saúde do adolescente, alguns pontos devem ser destacados como o estabelecimento do vínculo de confiança entre a equipe de saúde, o adolescente, a família e a escola <sup>(2)</sup>. O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, pode contribuir de maneira significativa, por meio da sistematização da assistência de enfermagem - SAE, para o bem estar do adolescente em todos os ambientes, sendo o escolar um deles. Assim é de suma importância que os acadêmicos de enfermagem tenham uma disciplina, um campo voltado para a saúde do adolescente com intuito de aprimorarem seus conhecimentos teóricos e práticos a respeito do adolecer. O curso de enfermagem da UFC - Universidade Federal do Ceará tem em sua grade curricular a disciplina de Enfermagem no Cuidar do Adolescente, que visa a promoção da saúde e prevenção de doenças as pessoas dessa faixa etária. A disciplina é ofertada no quinto semestre e temas relevantes bem característicos da

<sup>1</sup> Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. e-mail: hosana1407@gmail.com; Endereço: Rua Aspirante Mendes, 425 – Alto da Balança, CEP: 60851-285.

<sup>2,3,4</sup> Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará E-mail isadoramarx@gmail.com; manoelaaj@yahoo.com.br; liaricarte@hotmail.com.

<sup>5</sup> Enfermeiro, Especialista em Cardiologia, Epidemiologia e Programa de Saúde da Família. Enfermeiro do Instituto José Frota e Programa de Saúde da Família. E-mail: edilbertodearaujo@yahoo.com.br

<sup>6</sup> Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. E-mail: neyva.pinheiro@yahoo.com.br

**Trabalho 53 - 2/4**

adolescência são trabalhados: sexualidade, drogas, transtornos alimentares entre outros. Vale ressaltar que a parte prática da disciplina é realizada no âmbito escolar, onde os acadêmicos realizam educação em saúde e têm oportunidade de aplicar a SAE e, dessa forma, contribuir significativamente com a saúde desses adolescentes. A interdisciplinaridade também faz parte dessa prática, conforme necessário os adolescentes são encaminhados a outros profissionais da saúde. Os diagnósticos de enfermagem constituem uma das fases da SAE. Surgem como um método de abordagem sistemático/dinâmico, capazes de identificar problemas potenciais ou reais, manifestações ou atitudes de promoção da saúde e bem estar que passariam despercebidos e, a partir disso, pode-se criar um plano de cuidados individualizado, com orientações de acordo com as necessidades do indivíduo <sup>(3)</sup>. Conhecer os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nessa população permitirá ao enfermeiro elaborar intervenções eficazes direcionadas aos principais problemas identificados. **Objetivo:** Identificar os diagnósticos de Enfermagem mais presentes durante a aplicação da SAE com adolescentes de uma escola de ensino fundamental. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, realizado no mês de agosto de 2009, durante a disciplina Enfermagem no Cuidar do Adolescente, da UFC. Foram escolhidos, por conveniência, vinte e um adolescentes que cursavam a 7ª série de uma escola de ensino fundamental de Fortaleza, apresentando uma faixa etária entre 11 e 14 anos. Foram realizadas entrevistas, na própria escola, utilizando um formulário semi-estruturado contemplando perguntas referentes às atividades diárias desses adolescentes. Vale ressaltar, o atendimento multidisciplinar que esses adolescentes receberam, pois houve uma parceria com o posto de saúde vizinho a escola, onde foram encaminhados os casos que necessitavam do atendimento de outros profissionais de saúde. Os dados coletados foram analisados e os diagnósticos de enfermagem foram identificados segundo a Taxonomia II da NANDA <sup>(4)</sup> (North American Nursing Diagnosis Association). Os aspectos éticos e legais foram respeitados de acordo com a Resolução 196/96, tendo também a aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará, cujo protocolo foi 185-09. **Resultados:** Foram encontrados 26 diagnósticos de enfermagem mediante o observado e registrado nas entrevistas. Os principais diagnósticos foram: *Dentição prejudicada*, 7(26,92%); *Percepção sensorial(visual) perturbada*, 4(15,38%); *Manutenção ineficaz da saúde*, 2(7,69%); *Fadiga*, 2(7,69%);

**Trabalho 53 - 3/4**

*Estilo de vida sedentário, 2(7,69%); Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais, 2(7,69%)* <sup>(4)</sup>. Os principais fatores relacionados encontrados e características definidoras incluíram: conhecimentos deficientes a respeito da saúde dental evidenciado por cárie na coroa; percepção sensorial alterada evidenciado por mudança na acuidade visual; falta de higiene, incapacidade de realizar julgamentos adequados evidenciado por sujidades na região do umbigo, pescoço, orelhas e dobras das articulações e por falta demonstrada de conhecimento com relação a práticas básicas de saúde; esforço físico aumentado evidenciado pelo aumento das queixas físicas e cansaço; fatores econômicos evidenciado por relato de ingestão inadequada de alimentos menor que a PDR<sup>(5)</sup>. Com relação ao diagnóstico de enfermagem Dentição prejudicada, foi realizada orientação sobre a maneira correta de escovação e os que apresentaram carie foram encaminhados ao posto de saúde vizinho a escola, para atendimento com o dentista. Houve orientações sobre alimentação adequada, sendo acertado junto com o adolescente como seria o cardápio ideal a ser seguido, além de terem sido encaminhados para atendimento com o nutricionista. Incentivamos a prática de esportes, mostrando a importância da mesma. **Conclusão:** Por meio desse estudo percebemos e destacamos a importância da utilização, dentro do ambiente escolar, dos diagnósticos de enfermagem, parte do processo de enfermagem. Eles puderam ser percebidos como instrumentos de suma importância: na aproximação dos acadêmicos de enfermagem com os alunos, na individualização e assistência mais humanizada e no favorecimento da interação entre profissional, cliente, escola e família. Destacamos a oportunidade de atender o adolescente de forma holística, identificar alguns problemas característicos dessa fase e, com os diagnósticos estabelecidos, planejar e intervir conforme as reais necessidades desses adolescentes. Vale salientar que a assistência de enfermagem, além de ter proporcionado um cuidado holístico e adequado, ainda favoreceu aos adolescentes a compreensão de suas necessidades, promovendo a prática do autocuidado.

**Referências:**

1-<http://hdl.handle.net/10183/12626>

Rev.Assoc.Med.Bras. vol.53 no.3 São

Paulo May/June 2007 - Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários.

**Trabalho 53 - 4/4**

2 - Um Encontro da Enfermagem com o Adolescente Brasileiro. Associação Brasileira de Enfermagem – Projeto Acolher. RAMOS, F.R.S., MONTICELLE, M., NITSCHKER, G.R., BRASÍLIA-DF (2000).

3 - ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2005.

4 - NANDA, Diagnóstico de Enfermagem NANDA, Definições e classificações, 2009-2011; Trad. MICHEL, Jeane L. M, Porto Alegre: ArtMed; 2009.

5 - Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, et al. Ligações entre NANDA, NOC E NIC. Diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2009.

**Palavras-chaves:** Adolescência, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Cuidado de Enfermagem.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Trabalho 54 - 1/4**

CONTRIBUIÇÕES DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA A  
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

Débora Lara Couto<sup>1</sup>

Jaqueline Marques Lara Barata<sup>2</sup>

A Enfermagem, atualmente, vem se apropriando da importância de se pesquisar para construir o saber e para tornar único o fazer desta profissão. Isso só foi possível a partir da percepção da necessidade de desenvolver conhecimentos específicos, através de teorias próprias, que mais tarde contribuíram para desmembrar o modelo biomédico do cuidado, centrado na doença, e fortalecer o cuidado individualizado e holístico, que considera o indivíduo e suas esferas biológica, psicológica, social e espiritual. Baseado neste contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem se apresentando como uma possibilidade de uma prática científica na profissão, que viabiliza os conhecimentos técnico-científicos para o cuidado. Segundo Amante, Rossetto e Schneider (2009), a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) define a SAE como atividade privativa do enfermeiro que busca identificar as situações saúde/doença dos indivíduos por meio da utilização de um método e de uma sequência de trabalho científicos que irão embasar os cuidados de enfermagem contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos. Além disso, os mesmos autores completam a necessidade e relevância da SAE para que o enfermeiro possa gerenciar e desenvolver uma assistência competente, organizada, segura e dinâmica. O Processo de Enfermagem (PE), inserido nessa sistematização e composto atualmente por cinco etapas, proporciona ações organizadas e sistematizadas para o atendimento de Enfermagem, e é definido por Cunha e Barros (2005) como sendo um método utilizado na prática clínica para sistematizar a assistência de enfermagem, de modo que a tomada de decisões é feita de forma deliberada, com base nos passos do método científico. As etapas deste processo compreendem: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. A primeira etapa consiste em uma anamnese detalhada que reúne dados da história do

1. Acadêmica do quinto período de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Coração Eucarístico – [deboralaracouto@ig.com.br](mailto:deboralaracouto@ig.com.br) – Rua Coronel José Benjamin, 1263/102, Bairro Padre Eustáquio, Belo Horizonte, Minas Gerais, CEP: 30720430.

2. Mestre em Enfermagem, coordenadora do curso de graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Campus Coração Eucarístico e docente da disciplina Educação em saúde – [ja.barata@terra.com.br](mailto:ja.barata@terra.com.br) – Rua Cônsul Walter, 340/301, Bairro Buritis, Belo Horizonte, Minas Gerais, CEP: 30575140

#### Trabalho 54 - 2/4

paciente, os quais permitem um julgamento clínico das respostas e necessidades do mesmo, o que constitui a segunda etapa do processo. A partir da definição do diagnóstico, planeja-se as ações de enfermagem baseando-se em justificativas científicas e na história do paciente e definindo um resultado esperado (planejamento), para então prescrever cuidados visando minimizar riscos e prevenir agravos baseado nas prioridades detectadas durante a elaboração dos diagnósticos (intervenção). Faz-se importante a avaliação dos cuidados prescritos e do alcance ou falha dos resultados esperados para que se obtenha um impacto positivo ou negativo da assistência prestada e para que se possa melhorar a qualidade da mesma. De acordo com Amante, Rossetto e Schneider (2009), compreende-se que a SAE deve ser baseada em uma teoria específica que seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam o cuidado, e que esta deve estar ajustada conforme as possibilidades de cada instituição (número de funcionários, horas semanais de serviço, dentre outros). No entanto, essa metodologia do cuidado ainda encontra obstáculos e dificuldade para sua efetiva implementação devido a várias razões, inclusive: falta de conhecimento e prática na realização da SAE; tempo para se dedicar à implementação; sobrecarga de trabalho; e número insuficiente de profissionais. Diante disso, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar as contribuições do Processo de Enfermagem para a assistência de Enfermagem, e como essa sistematização do cuidado pode beneficiar o paciente. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada por uma discente do 5º período do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, em que foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME <[www.bireme.br](http://www.bireme.br)>), utilizando-se como descritores “cuidados de enfermagem”, “processos de enfermagem”, “planejamento de assistência ao paciente” e “pesquisa em enfermagem”. Como critérios de inclusão foram considerados o idioma português, período de 2005 a 2010 e pesquisa realizada com humanos. A partir de 48 artigos encontrados, foram selecionados para a leitura na íntegra aqueles que atenderam aos critérios de inclusão, e já aqueles que não mantiveram relação com a linha de pesquisa do presente estudo, foram excluídos da análise. Os resultados apontaram que a metodologia da assistência permite conhecer as reais necessidades de cada paciente e, conseqüentemente, prestar cuidados

1. Acadêmica do quinto período de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Coração Eucarístico – [deboralaracouto@ig.com.br](mailto:deboralaracouto@ig.com.br) – Rua Coronel José Benjamin, 1263/102, Bairro Padre Eustáquio, Belo Horizonte, Minas Gerais, CEP: 30720430.

2. Mestre em Enfermagem, coordenadora do curso de graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Campus Coração Eucarístico e docente da disciplina Educação em saúde – [ja.barata@terra.com.br](mailto:ja.barata@terra.com.br) – Rua Cônsul Walter, 340/301, Bairro Buritis, Belo Horizonte, Minas Gerais, CEP: 30575140

**Trabalho 54 - 3/4**

individualizados de forma integral. Como benefícios do Processo de Enfermagem foram citados por Amante, Rossetto e Schneider (2009), a redução da incidência e tempo das internações hospitalares na medida em que agiliza o diagnóstico e o tratamento de problemas de saúde; criação de um plano de eficácia de custos; melhora da comunicação entre a equipe, prevenindo erros e repetições desnecessárias; e a elaboração de cuidados ao indivíduo, e não apenas para a doença. Além disso, a inter-relação das cinco etapas do Processo de Enfermagem (investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) reduz a possibilidade de uma coleta inadequada de dados, a qual leva a uma interpretação errônea dos problemas apresentados e conseqüentemente a um planejamento de ações inapropriado. É importante ressaltar que o não conhecimento das necessidades do indivíduo interfere negativamente na interação paciente-enfermeiro, dificultando o vínculo de confiança entre os mesmos. O conhecimento é uma ferramenta fundamental para a atuação destes profissionais, pois confere aos mesmos segurança na tomada de decisões relacionadas ao paciente, à equipe e às atividades administrativas da unidade, e além disso, complementa as habilidades e atitudes necessárias para as suas ações.

Os resultados apontam ainda que um dos problemas decorrentes da não sistematização da assistência é a desorganização do serviço, que engloba a falta de padronização dos procedimentos; a inexistência de normas e rotinas; o fazer individual de cada profissional de acordo com seus pensamentos, sem seguir preceitos teóricos; o desgaste de recursos humanos; a perda de tempo; a desvalorização do profissional enfermeiro; entre outros. Torna-se clara a importância do papel da Enfermagem na assistência e sua implicação na qualidade desta, o que nos faz refletir acerca do fazer atual do enfermeiro e da construção de sua imagem, que interfere diretamente na visibilidade social da profissão. A partir deste estudo ficam evidenciados a contribuição e os benefícios do Processo de Enfermagem para a assistência destes profissionais ao paciente, visto que o planejamento e a organização das ações permite tanto modelar o cuidado de acordo com as necessidades de cada indivíduo, quanto estabelecer maior interação na relação enfermeiro-paciente, modificando o saber e o fazer dessa profissão, de modo que os mesmos sejam direcionados para o cuidado integral e holístico.

1. Acadêmica do quinto período de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Coração Eucarístico – [deboralaracouto@ig.com.br](mailto:deboralaracouto@ig.com.br) – Rua Coronel José Benjamin, 1263/102, Bairro Padre Eustáquio, Belo Horizonte, Minas Gerais, CEP: 30720430.

2. Mestre em Enfermagem, coordenadora do curso de graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Campus Coração Eucarístico e docente da disciplina Educação em saúde – [ja.barata@terra.com.br](mailto:ja.barata@terra.com.br) – Rua Cônsul Walter, 340/301, Bairro Buritis, Belo Horizonte, Minas Gerais, CEP: 30575140

**Trabalho 54 - 4/4**

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; processos de enfermagem; planejamento de assistência ao paciente.

Área temática: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

REFERÊNCIAS

Cunha SMB da, Barros ALBL. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. Rev Bras Enferm 2005 set-out; 58(5):568-72.

Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(1):54-64.

Andrade JS de, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev Bras Enferm 2005 maio-jun; 58(3):261-5.

1. Acadêmica do quinto período de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Coração Eucarístico – [deboralaracouto@ig.com.br](mailto:deboralaracouto@ig.com.br) – Rua Coronel José Benjamin, 1263/102, Bairro Padre Eustáquio, Belo Horizonte, Minas Gerais, CEP: 30720430.

2. Mestre em Enfermagem, coordenadora do curso de graduação em Enfermagem da Pontifícia universidade Católica de Minas Gerais – Campus Coração Eucarístico e docente da disciplina Educação em saúde – [ja.barata@terra.com.br](mailto:ja.barata@terra.com.br) – Rua Cônsul Walter, 340/301, Bairro Buritis, Belo Horizonte, Minas Gerais, CEP: 30575140

Trabalho 55 - 1/4

RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA EM PACIENTES  
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO<sup>1</sup>

MOREIRA, Rafaella Pessoa<sup>2</sup>

OLIVEIRA, Ana Railka de Souza<sup>3</sup>

COSTA, Alice Gabrielle de Sousa<sup>4</sup>

CAVALCANTE, Tahissa Frota<sup>5</sup>

GUEDES, Nirla Gomes<sup>6</sup>

ARAUJO, Thelma Leite de<sup>7</sup>

**INTRODUÇÃO:** De modo geral, a imobilização física contribui para a estase venosa e para o desenvolvimento de úlceras de decúbito. Tal situação acarreta o aumento da morbidade, do período de hospitalização e da mortalidade. Corroborado pelo fato de os pacientes com acidente vascular encefálico estarem em grande risco de ruptura cutânea e tecidual por causa da sensibilidade alterada e da incapacidade de responder à pressão e ao desconforto por meio da mudança de posição e movimentação<sup>1</sup>. Conforme consta, a gravidade da doença e a Mobilidade no leito prejudicada combinam para aumentar o Risco de integridade da pele prejudicada e, assim, as úlceras de decúbito podem se desenvolver em até 24 horas de internação<sup>2</sup>. As úlceras de pressão são comuns em pacientes hospitalizados (3 a 15%), refletem padrão insuficiente de cuidados aos pacientes com déficit de mobilidade e associam-se ao aumento das taxas de letalidade (25 a 40%)<sup>3</sup>. Portanto, a identificação do diagnóstico de enfermagem (DE) “Risco de integridade da pele prejudicada” contribui para o planejamento das intervenções de enfermagem necessárias no intuito de prevenir e reduzir as incapacidades e recuperar a saúde. **OBJETIVOS:** Analisar a presença do diagnóstico de enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada” em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico durante a hospitalização. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, realizado

<sup>1</sup> Trabalho extraído da dissertação de mestrado intitulada “Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados por acidente vascular encefálico”, desenvolvida no Projeto Integrado Cuidado em Saúde Cardiovascular- CNPq, nº306149/2006-0. 2008. Universidade Federal do Ceará.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CNPq.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Docente da Faculdade Católica Rainha do Sertão.

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Docente da Faculdade Católica Rainha do Sertão.

<sup>7</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora CNPq.

**Trabalho 55 - 2/4**

no período de 2007 a 2008, com 91 pacientes acometidos por acidente vascular encefálico, internados na emergência de um hospital geral localizado na cidade de Fortaleza-Ceará. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: a) estarem internados pelo diagnóstico médico de acidente vascular encefálico independente do tipo; b) terem idade igual ou superior a 18 anos; c) não terem história prévia de acidente vascular encefálico. Como critério de exclusão estabeleceu-se apenas um: pacientes que durante a coleta de dados apresentarem situações de emergência com risco de morte. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário submetido à validação de conteúdo com quatro enfermeiras especialistas em diagnósticos de enfermagem ou no cuidado aos pacientes com acidente vascular encefálico. As informações foram coletadas por meio de entrevista, exame físico e consulta ao prontuário. Para nomeação do diagnóstico de enfermagem seguiu-se como referência a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) publicada em 2008<sup>4</sup>. Compilaram-se os dados no Excel e fez-se a análise estatística no programa SPSS. O nível de significância adotado no estudo foi 5%. Foram cumpridas as recomendações da resolução 196/96 referentes às pesquisas desenvolvidas com seres humanos<sup>5</sup>. **RESULTADOS:** Quanto aos dados sociodemográficos, estes pacientes eram predominantemente do sexo feminino (54,9%), aposentados (59,3%), católicos (87,9%) e viviam com companheiro (54,9%). No tocante à renda, a mediana de salários mínimos foi 1,0 (DP= 0,57). Quanto à escolaridade, a mediana de anos de estudo foi 1,0 ano (DP= 3,4). Como observado, 75% dos pacientes tinham até cinco anos de estudo e as variáveis escolaridade e renda familiar revelaram distribuição assimétrica (valor  $p < 0,05$ ). O acidente vascular tipo isquêmico predominou no grupo (45,9%), seguido pelo tipo hemorrágico (38,5%). Segundo constatou-se, 52,7% dos pacientes apresentaram o DE Risco de integridade da pele prejudicada. Foi identificada associação significativa entre existência de companheiro e a presença do DE ( $p=0,02$ ). O estado civil caracterizado pela presença de companheiro foi fator protetor para a ocorrência deste DE ( $RP < 0$ ), ou seja, os pacientes que viviam com companheiro tinham 35% menos probabilidade de desenvolver Risco de integridade da pele prejudicada ( $RP=0,64$ ). Já os pacientes com o diagnóstico apresentaram 2,3 vezes mais probabilidade de manifestarem Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se ( $RP=2,33$ ) e 10 vezes mais probabilidade para Mobilidade no leito prejudicada ( $RP= 9,85$ ). Os pacientes com incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo tiveram mais probabilidade de apresentarem os diagnósticos de enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada ( $RP=5,03$ ) quando comparados

**Trabalho 55 - 3/4**

aos doentes incapacitados de colocar roupas na parte superior do corpo (RP= 4,47). Os indivíduos com incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica possuíam, aproximadamente, 2 vezes mais probabilidade de terem o DE em questão (RP=2,21) e para àqueles pacientes incapacitados de fazer uma higiene íntima apropriada a probabilidade aumentou para 4 vezes. Os portadores de acidente vascular encefálico que apresentaram diminuição da circulação cerebral tiveram 3 vezes mais probabilidade de Risco de integridade da pele prejudicada (RP=2,96) e para aqueles que possuíam o fator relacionado interrupção do fluxo sanguíneo houve aumento de 4 vezes na probabilidade de desenvolver o DE (RP=3,94). Os pacientes com recepção sensorial alterada, integração sensorial alterada e transmissão sensorial alterada manifestaram 3 vezes mais probabilidade de terem o referido DE (RP=3,09). Não obstante, imobilização física foi associada estatisticamente a este diagnóstico de enfermagem ( $p=0,00$ ) e elevou em 38 vezes a probabilidade de um paciente com acidente vascular encefálico apresentar Risco para integridade da pele prejudicada (RP=37,6). Cabe destacar, que também o fator de risco extremos de idade esteve associado significativamente ao presente DE e os portadores de acidente vascular encefálico com idades extremas tinham 24 vezes mais probabilidade de Risco de integridade da pele prejudicada (RP=24,18). Já os pacientes que se alimentavam por sondas mostraram 5 vezes mais probabilidade de terem Risco de integridade da pele prejudicada (RP=4,83). Ademais, os doentes com nível de consciência reduzido revelaram 11 vezes mais probabilidade de Risco de integridade da pele prejudicada (RP=10,75). **CONCLUSÃO:** De modo geral, o perfil encontrado neste estudo é semelhante aos descritos em outros estudos com pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Como observado, o estudo permitiu conhecer de forma aprofundada o diagnóstico de enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada e suas relações com as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco manifestados pelos pacientes na fase de hospitalização. Os achados reforçam a necessidade da equipe de enfermagem atuar não somente no aspecto curativo, mas também na prevenção e na promoção da saúde, tanto nos níveis secundários de saúde como nos terciários.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Acidente Cerebral Vascular.

REFERÊNCIAS:

**Trabalho 55 - 4/4**

1. Smeltzer SC, Bare BG. Tratamento de pacientes com distúrbios vasculares cerebrais. In: Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005a. v. 2, cap. 62, p.1996-2020.
2. Gordon M, Hiltunen E. High frequency: treatment priority nursing diagnoses in critical care. *Nurs. Diag.*, 1995; 6(4): 143-154.
3. André C. AVC Agudo. In: André C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. p. 37-51.
4. North American Nursing Diagnosis Association - NANDA. Diagnósticos de enfermagem da Nanda - definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96. Decreto nº 93.33 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 supl.):15-25.

**Área temática do trabalho:** 1- Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

Trabalho 56 - 1/4

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DA CLASSE ATIVIDADE  
EXERCÍCIO EM PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR  
ENCEFÁLICO<sup>1</sup>

Rafaella Pessoa Moreira<sup>2</sup>

Alice Gabrielle de Sousa Costa<sup>3</sup>

Ana Railka de Souza Oliveira<sup>4</sup>

Tahissa Frota Cavalcante<sup>5</sup>

Filipe Emmanuel Coelho Alves<sup>6</sup>

Thelma Leite de Araujo<sup>7</sup>

**Introdução:** Face à complexidade clínica apresentada pelos clientes acometidos por acidente vascular encefálico, percebe-se a necessidade e a importância de um instrumento metodológico para guiar a prática profissional da Enfermagem. Neste trabalho, o Processo de Enfermagem foi o adotado, por se acreditar que possibilita a identificação e avaliação das respostas dos clientes à situação, de modo a implementar intervenções de enfermagem de forma rápida, objetiva e segura. O processo de enfermagem é o instrumento metodológico que possibilita à equipe de enfermagem identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como os clientes respondem aos problemas reais ou potenciais de saúde e determinar as intervenções de enfermagem inerentes às respostas encontradas <sup>(1)</sup>. A preocupação em estudar os fenômenos de enfermagem relacionados à Atividade/Exercício justifica-se em virtude da limitação de

<sup>1</sup> Trabalho extraído da dissertação de mestrado intitulada Acidente vascular encefálico- análise dos diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício, desenvolvida no Projeto Integrado Cuidado em Saúde Cardiovascular- CNPq, nº306149/2006-0. 2008. Universidade Federal do Ceará.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CNPq. E-mail: [rafaellapessoa@hotmail.com](mailto:rafaellapessoa@hotmail.com). Endereço: Rua Homem de Melo, 933, Casa M2. Cambéa. CEP: 60822-345 Fortaleza – Ceará. E-mail: [rafaellapessoa@hotmail.com](mailto:rafaellapessoa@hotmail.com).

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES. E-mail: [alice\\_gabrielle@yahoo.com.br](mailto:alice_gabrielle@yahoo.com.br).

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES. E-mail: [railkaufo@yahoo.com.br](mailto:railkaufo@yahoo.com.br).

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Docente da Faculdade Católica Rainha do Sertão. E-mail: [tahissa@ig.com.br](mailto:tahissa@ig.com.br)

<sup>6</sup> Enfermeiro do Hospital Regional da Unimed. Bolsista de apoio da FUNCAP. E-mail: [filipeemmanuel@yahoo.com.br](mailto:filipeemmanuel@yahoo.com.br).

<sup>7</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora CNPq.

**Trabalho 56 - 2/4**

movimentos físicos causar profundas alterações fisiológicas e bioquímicas em praticamente todos os órgãos e sistemas do corpo e exercer impacto direto sobre as necessidades básicas dos clientes <sup>(2)</sup>. A classe Atividade/ Exercício tem como definição mover partes do corpo (mobilidade), realizar trabalho ou desempenhar ações com frequência (mas não sempre) contra resistência <sup>(3)</sup>. Nesse contexto, entre as doenças que prejudicam a mobilidade encontra-se o acidente vascular encefálico (AVE) que ocorre com mais frequência em adultos e idosos portadores de hipertensão arterial <sup>(4)</sup>. Os idosos, por sua vez, população alvo do AVE, vivenciam alterações físicas inerentes ao processo natural do envelhecimento e quando acrescidas às possíveis conseqüências do AVE, podem ocorrer problemas físicos incapacitantes. As vítimas do AVE são afetadas por incapacidades que limitam suas atividades em diversos campos, desde os relacionais até os físicos referentes à mobilidade. A velocidade da recuperação dessas incapacidades e o grau da adaptação variam de indivíduo para indivíduo e dependem da gravidade das lesões e do engajamento em processos de reabilitação eficientes <sup>(5)</sup>. Tais incapacidades denotam a dependência quanto à realização das atividades rotineiras e básicas de vida do indivíduo. Dessa forma, destaca-se a importância de conhecer o cliente acometido por AVE para ser realizado um plano de ações eficaz e individualizado e para contribuir com a prática de enfermagem baseada em evidências. **Objetivos:** Averiguar as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) da edição de 2008 <sup>(3)</sup>. **Metodologia:** Estudo transversal com análise quantitativa, realizado em unidades de reabilitação física e fonoaudiológica, com os dados coletados de novembro de 2007 a março de 2008, na cidade de Fortaleza, Ceará. Os participantes atenderam aos seguintes critérios: ter apresentado pelo menos um episódio de acidente vascular encefálico, com diagnóstico confirmado por médico; não estar em fase de hospitalização; ter idade acima de 18 anos; aceitar participar do estudo de forma voluntária e, após o esclarecimento dos objetivos, haver assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Realizou-se entrevista e exame físico. A primeira permitiu a obtenção de dados sociodemográficos e de saúde com o próprio cliente ou com o seu acompanhante. As informações sobre a avaliação das condições de saúde dos clientes basearam-se nas características definidoras dos diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício da taxonomia II da NANDA (2008), uma vez que para a

**Trabalho 56 - 3/4**

enfermagem esse instrumento mostrou-se importante para avaliação dos clientes. Após a coleta de dados, realizou-se um processo de julgamento das respostas dos clientes ao estado de saúde. No exame físico investigaram-se o nível de consciência; a presença e tipo de paralisia; existência de tremores; a força muscular; amplitude do movimento; equilíbrio e coordenação; reflexos tendinosos profundos e superficiais; capacidade de execução de atividades motoras finas, como desenhar, recortar, encaixar e apreender objetos; sensibilidade; tipo de marcha; atividade física e a presença de dor. Aplicou-se, também, o Índice de Barthel e o cálculo de massa corporal. As características definidoras dos clientes acometidos por acidente vascular encefálico em fase de reabilitação foram discriminados, como de *alta frequência* ( $\geq 75\%$  a  $100\%$ ) de *média frequência* ( $\geq 50\%$  e  $< 75\%$ ) ou de *baixa frequência* ( $< 50\%$ ) <sup>(19)</sup>. Os dados foram compilados no software Excel, em forma de planilhas, apresentados em tabelas e analisados descritivamente, com base na literatura pertinente. Em face dos aspectos administrativos e éticos da pesquisa científica, o trabalho iniciou-se após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), sob o número de protocolo 211/7. **Resultados:** Foram avaliados 121 participantes que haviam apresentado pelo menos um evento de acidente vascular encefálico e estavam em reabilitação. Houve predominância do sexo masculino (52,9%), com média de idade de 61,6 anos ( $\pm 12,4$ ). As variáveis quantidade de AVE, tempo do último AVE e tempo de frequência na ABCR apresentaram distribuição assimétrica (valor  $p < 0,05$ ), ou seja, metade da amostra estudada havia sofrido apenas um AVE, há 12 meses e freqüentava a unidade de reabilitação há, no máximo, sete meses. No total, foram identificadas 68 características definidoras e 25,1 características para cada cliente avaliado, sendo 17 de alta frequência, 18 de média e 33 de baixa frequência. Dentre as de alta frequência, as características definidoras encontradas em 80% ou mais da população foram: Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico (93,4%), Capacidade prejudicada de andar em aclave (85,1%), Capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias (83,5%), Dificuldade para virar-se (80,2%). **Conclusão:** A recuperação completa das seqüelas do AVE está associada a vários fatores, como área cerebral atingida, idade, tempo entre os sinais de AVE e atendimento, e, após a fase aguda, o tempo de início das atividades reabilitativas. Há interrelação entre vários fatores, alguns de difícil controle, para determinar o que

**Trabalho 56 - 4/4**

leva algumas pessoas a uma total recuperação e outros à severa dependência. Nesse âmbito, a determinação das principais características definidoras de pacientes em um determinado contexto de saúde/doença, como o Acidente Vascular Encefálico, no intuito de identificar as principais alterações de mobilidade desses pacientes, é fundamental para a construção de um plano de cuidados que respeite as limitações dessa população e aperfeiçoe a capacidade física residual dentro das condições físicas de cada indivíduo. Ressalta-se a importância de realizar esse tipo de investigação com portadores de acidente vascular encefálico em outras fases do seu processo saúde-doença, pois possibilitará a aplicação de uma gama maior de intervenções de enfermagem baseadas nos problemas identificados, uma vez que uma das limitações do presente estudo foi apenas a inclusão de pessoas já acompanhadas por programas de reabilitação.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem; Acidente Cerebral Vascular; Exercício.

Referências:

1. Azevedo SL. Diagnóstico de enfermagem: orientadores do cuidado ao cliente diabético. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.
2. Pereira MA. Mobilidade física prejudicada em clientes hospitalizados e uma proposta de intervenções de enfermagem. [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 1997.
3. North American Nursing Diagnosis Association - NANDA. Diagnósticos de enfermagem da Nanda - definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
4. André C. Manual de AVC. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.
5. Rabelo DF, Néri AL. Bem estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular encefálico: uma revisão. Est. Psicol., 2006; 11(2):169-77.

**Área temática do trabalho:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

Trabalho 57 - 1/5

**O LIMITE ENTRE O PACIENTE ONCOLÓGICO CIRÚRGICO E O PLANEJAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PALIATIVOS**

**Introdução:** Trata-se dos cuidados de enfermagem limítrofes entre o paciente oncológico cirúrgico e a transição/confirmação da impossibilidade terapêutica e o conseqüente planejamento de cuidados paliativos. Para tanto traçamos como **objetivos:** descrever e analisar os principais diagnósticos de enfermagem relacionados ao caso segundo NANDA I; estabelecer as intervenções de enfermagem segundo NIC com base nos diagnósticos acima determinados; e avaliar os resultados esperados após intervenções estabelecidas de acordo com NOC. A OMS conceitua cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de sua família, que enfrentam problemas associados a doenças, que põem em risco a vida<sup>1</sup>. Essa abordagem se realiza através da prevenção e o alívio do sofrimento, avaliação correta, tratamento da dor, e outros problemas de ordem física e psicossocial. Pois com a progressão da doença, alguns sintomas tornam-se exacerbados e o manejo adequado torna-se indispensável na terapêutica a ser proposta, uma vez que os sintomas causam desconforto ao paciente e, também afetam a família. As intervenções são necessárias para que se possa prestar o cuidado apropriado no tempo oportuno, de modo a prover o máximo de conforto e de qualidade de vida para o paciente em cuidados paliativos. Os sintomas mais comuns são: Dor, fadiga, dispnéia, alterações cognitivas, anorexia, constipação intestinal, náuseas e vômito. Em relação à cirurgia esta pode ser aplicado com finalidade curativa ou paliativa, sendo considerado curativo quando indicado nos casos iniciais da maioria dos tumores sólidos, e tardiamente pode ser indicada quando os pacientes se beneficiam mesmo que em curto prazo, com o alívio dos sintomas, sem que estes tragam risco iminente de vida. **Método:** Abordagem qualitativa, prospectiva, do tipo estudo de caso único, realizado com paciente de 86 anos, sexo feminino, internada no Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói-RJ-Brasil, no período de 14 a 28 de maio de 2010. Tendo como técnicas de coleta de dados: a entrevista semi-estruturada baseado em Carpenito<sup>2</sup>, levantamento documental do prontuário, observação sistemática, associada ao “Telecare” a fim de continuar acompanhando os resultados da

**Trabalho 57 - 2/5**

paciente sistematicamente no pós-alta. Para análise utilizamos o raciocínio clínico proposto por Risner<sup>3</sup> que consiste em categorização dos dados e a identificação de lacunas, no processo de síntese realizamos o agrupamento de dados, comparação dos dados com a teoria sustentadora e a identificação de desvios ou potencialidades de saúde (inferência ou hipótese), para padronização diagnóstica utilizou-se a edição da NANDA-I 2009-2011, NIC 2008, e NOC, 2008. Quanto aos aspectos éticos, fizemos uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando à cliente que as informações obtidas serão sigilosas, não identificáveis, servindo de subsídio para o estudo, e a mesma concordou ao assinar o TCLE. Cabe ressaltar que o trabalho possui aprovação no comitê de ética em pesquisa sob número de protocolo CAAE-0015.0.258.000-09. **Resultados:** Obtivemos como diagnósticos de enfermagem no Pré-operatório, em ordem de prioridade: Dor aguda, Deambulação prejudicada, Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais, Ansiedade, Risco de integridade da pele prejudicada, Risco de infecção, Dentição prejudicada. Tendo como metas e avaliação do plano de cuidado: Controle da dor (3-4), Nível da dor (3-4), Bem-estar pessoal (3-4); Locomoção caminhar (3-3); Equilíbrio (3-3); Comportamento de prevenção de quedas (3-3), Conhecimento de prevenção de quedas (2-3); Apetite (3-3), Eliminação Intestinal (1-3); Nível de ansiedade (3-4), Sono (4-4); Força muscular (3-3), Mobilidade articular (3-3); Pele íntegra (5) e Higiene oral (2-4). Para tanto foram selecionadas os títulos de intervenções de enfermagem para esse momento de pré-operatório, fase culminante da preparação cirúrgica: Controle da dor, Administração de analgésicos, Assistência no autocuidado e transferência, Monitorização dos sinais vitais, Preparo e orientação para exames, Prevenção de quedas, Supervisão da pele, Cuidados com a pele, Posicionamento e conforto, Manutenção da saúde oral, Planejamento da dieta, Aconselhamento Nutricional, Controle da Constipação, Redução da Ansiedade, Técnica para acalmar, Melhora do sono, Orientação sobre o procedimento cirúrgico: família e paciente. Na avaliação dos resultados obtivemos melhores resultados: na Higiene oral (5), Dor (4), e Ansiedade (4), e Eliminação intestinal, em função da melhora no apetite e maior ingestão hídrica. Porém, como esperado um novo plano de cuidados foi requisitado no período pós-operatório, ainda mais pelo agravo da paciente ter diagnóstico médico de tumor maligno de cabeça de pâncreas, este inoperável com prognóstico ruim, com poucos meses de vida. A família decidiu por não verbalizar tal

### Trabalho 57 - 3/5

fato com a paciente, e junto com a equipe de saúde optaram por proporcionar retorno ao ambiente doméstico assim que houvesse a estabilização do quadro. Portanto, tivemos como diagnósticos de enfermagem, em prioridade: Dor aguda, Padrão respiratório ineficaz, Mobilidade no leito prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Déficit no autocuidado para banho, Déficit no autocuidado para higiene íntima, Déficit no autocuidado para vestir-se, Risco para infecção, e Processos familiares disfuncionais. Traçando como metas e avaliação do plano de cuidados segundo a classificação NOC: Controle da dor (3-4), Nível da dor (3-4), Estado de bem estar pessoal (3-4); Curativo (2-5), Cuidados com a pele (2-5); Sinais vitais (3-4); Nível de ansiedade (3-4) Controle de riscos (3-5), Conhecimento: controle de infecção (2-3); Autocuidado: banho (2-4), Mobilidade (2-4); Autocuidado: higiene (2-4); Autocuidado: vestir-se (2-4); Mobilidade (2-4). E como títulos das intervenções de enfermagem implementadas tivemos: Administração de analgésicos, Controle da dor, Monitorização de sinais vitais, Monitorização respiratória, Oxigenoterapia, Redução da Ansiedade, Proteção contra infecção, Cuidados com o local da incisão, Controle de infecção, Cuidados com sondas e drenos, Banho, Cuidados com períneo, Assistência no autocuidado vestir-se e arrumar-se, Posicionamento, Orientação familiar e Apoio. Como principais resultados obtidos com aspecto positivo até a alta hospitalar, tivemos: alívio da dor (4), função respiratória (5), Pele íntegra (4), Ansiedade (4), e Déficit no autocuidado (4). Como resultados de manutenção: Mobilidade (3) e Enfrentamento familiar (3), entendendo que para alcance de resultados esperados nesses domínios o fator tempo e persistência das ações seria preponderante, portanto caracterizado como ações de cuidado continuado. E, através de Telecare foi acrescido um novo diagnóstico Medo, além deste foi possível identificar que alguns diagnósticos presentes no pré-operatório e que havíamos alcançado o NOC desejado, se alteraram voltando ao valor encontrado nos primeiros contatos com a paciente, sendo eles: Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais em pré-operatório (3), eliminação intestinal (1), e nível de ansiedade (3). Quanto à família esta se sentia despreparada e com medo na piora do quadro relatando “*sentir necessidade de interná-la novamente*”. **Conclusão:** Portanto evidenciamos a necessidade de modelos assistenciais que garantam a continuidade do tratamento oferecido no ambiente hospitalar, seja domiciliário ou ambulatorial paliativo, no intuito de reforçarmos os esclarecimentos e orientações já fornecidas, sanando e apoiando o

**Trabalho 57 - 4/5**

paciente e seus familiares no fim da vida, garantindo qualidade de vida, bem-estar e conforto. Pois a palição deve ser indicada e contemplada aos pacientes com doenças crônico-degenerativa, implementadas em todos os níveis de atenção à saúde, contribuindo para um melhor controle de sintomas proporcionando sobrevida com qualidade. E cabe a equipe de saúde e a enfermagem garantir que durante a assistência paliativa seja cumprida os cinco princípios éticos relevantes aos pacientes com doença avançada: veracidade, proporcionalidade terapêutica, duplo-efeito, prevenção e justiça. E vimos que a vida dos pacientes com doença em estágio avançado pode ser melhorada de modo considerável com a implementação de uma quantidade pequena de recursos tecnológicos. Pois os cuidados visam à promoção de conforto e são voltados para higiene, alimentação, curativos e cuidados com ostomia, e atenção sobre analgesia, observando-se, portanto, as necessidades de diminuição de sofrimento e aumento de conforto. No entanto, apesar de cuidados relativamente simples, é importante observar que implica aos profissionais a aquisição de conhecimento e habilidades técnicas, atendendo a critérios científicos. Sendo assim, o investimento maior é com recursos humanos multiprofissionais. É importante tanto o paciente como a família estarem orientados sobre o controle dos sintomas relacionados ao tratamento oncológico, através de informações verbais e escritas pelo profissional que o assiste. Essa orientação visa a reforçar os benefícios da terapêutica instituída e conscientizar a família sobre a importância de seguir as orientações para a promoção do bem-estar.

**Palavras-chave:**

diagnóstico de enfermagem, enfermagem cirúrgica, enfermagem oncológica, cuidados paliativos, processos de enfermagem

**Área temática:**

Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Referências:**

**Trabalho 57 - 5/5**

Ações de enfermagem para o controle de câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. / Instituto nacional do Câncer. – 3ª ed.rev. Atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

Johnson M, Bulechek G, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S. Nursing diagnosis, outcomes and interventions – Nanda, Noc and Nic linkages. St Louis: Mosby; 2001.

North American Nursing Diagnosis Association – NANDA Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.

CLOSKEY, J. C., BULECHEK, G. M. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JOHNSON, Marion; MAAS, Meridean; MOORHEAD, Sue, classificação dos resultados de enfermagem(NOC). 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BRUNNER e LOBO, RD et al. Manual prático de procedimentos: assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde. SP: HCFMUSP,2009, 72p.

Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. Acta paul enferm. 2005;18(1):82-8.

CARPENITO LJ. Plano de cuidados e documentação. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2009.

Trabalho 58 - 1/4

ANÁLISE DE FATORES RELACIONADOS E CARACTERÍSTICAS  
DEFINIDORAS DE INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA EM PESSOAS  
COM ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE  
ENFERMAGEM

Suelen Gomes Malaquias

Maria Márcia Bacion

Marlene Andrade Martins

Cynthia Assis de Barros Nunes

Lilian Varanda Pereira

Silvana Vieira dos Santos

Queilene Rosa dos Santos

Gilson de Vasconcelos Torres

**Introdução:** O Processo de Enfermagem é ferramenta importante para a organização das ações de enfermagem relativas ao tratamento de feridas, sendo o diagnóstico de enfermagem (DE) ponto de partida para o planejamento das intervenções, visando contribuir para a qualidade da assistência<sup>(1)</sup>. Pesquisas de enfermagem envolvendo pessoas com úlceras vasculogênicas enfocam levantamento epidemiológico relativos aos aspectos sócio-econômicos e demográficos desta população, bem como descrição das características clínicas das úlceras<sup>(2)</sup>. Tem se avançado em estudos sobre tratamento das úlceras vasculogênicas, porém, pouco há descrito sobre a identificação de diagnósticos de enfermagem, em especial integridade tissular prejudicada, na população acometida com este agravo, o que poderia contribuir para o refinamento do conhecimento científico de enfermagem, e conseqüentemente melhoria da prática clínica, bem como direcionamento para o ensino. **Objetivos:** buscou-se neste estudo avaliar a ocorrência de integridade tissular prejudicada em pessoas com úlceras vasculogênicas atendidas nas unidades municipais de saúde em Goiânia – Goiás; identificar os fatores relacionados (FR) e características definidoras (CD) deste diagnóstico na população estudada; verificar a associação entre as variáveis sócio-econômicas, demográficas e clínicas com as CD e FR, bem como a associação entre estas variáveis e o número de CD e FR. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa clínica, observacional, transversal, de abordagem quantitativa, realizada de fevereiro e agosto de 2009, em salas de curativos de 13 unidades ambulatoriais de saúde em Goiânia, com funcionamento de 24 horas. Neste período foram identificados 67 usuários em tratamento para esta afecção. Adotaram-se como critérios de inclusão: idade maior ou igual a 18 anos, capacidade para expressar sua decisão em relação a sua participação na pesquisa e apresentar úlcera vasculogênica (com duração de seis semanas ou mais). Utilizaram-se como critérios de exclusão: não completar a coleta de dados ou retirar o consentimento para participação no estudo. A amostra constou de 42 pessoas. A coleta de dados realizou-se em dois a seis encontros com cada participante, mediante aplicação de protocolo, que incluiu procedimentos de entrevista e exame físico, planimetria manual e fotografia digital. Foram coletados dados de identificação, aspectos socio-econômicos, demográficos e dados clínicos da úlcera. Desenvolveu-se o protocolo de

Trabalho 58 - 2/4

avaliação considerando os FR e CD do diagnóstico estudado e a literatura especializada. Elaborou-se definição para os FR e CD e listados indicadores clínicos a serem observados para determinação de integridade tissular prejudicada<sup>(3-4)</sup>. O protocolo foi refinado por três juízes. Utilizou-se o software *Statistical Package of Social Sciences for Windows*®, versão 16.0, para realização dos testes estatísticos. Analisaram-se os dados mediante procedimentos de estatística descritiva, bem como inferencial. Para verificar a associação de cada FR e CD com as variáveis sócio-econômicas, demográficas e de clínicas, utilizou-se o teste  $X^2$  e Exato de Fisher, sendo dicotomizadas as variáveis de interesse. Para verificar associação entre o número de FR e CD em relação às variáveis de interesse, utilizou-se o teste Mann-Whitney para aquelas dicotômicas e Kruskal-Wallis para as não dicotômicas. Consideraram-se estatisticamente significantes diferenças menores que 5% ( $p < 0,05$ ). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, protocolo 032/2008. **Resultados:** os participantes eram predominantemente (73,8%) do gênero masculino, com idade média de 60 anos ( $\pm 12$ ), mediana de 59 anos, de classes sócio-econômicas de baixa renda (73,8%) e escolaridade de até o ensino fundamental (76,2%). Identificou-se 63 lesões entre os 42 participantes, sendo a maioria (66,7%) com lesão única e 17 (40,5%) participantes com recidivas. Todos os participantes apresentaram integridade tissular prejudicada como esperado em pessoas com úlceras vasculogênicas, sendo os FR mais freqüentes: circulação prejudicada (100%), déficit de conhecimento (100%), irritantes químicos (95,2%), excesso de líquidos (73,8%), fatores nutricionais (66,7%), extremos de temperatura (52,4%). Em relação ao fator “circulação prejudicada”, 38 (90,5%) apresentaram alteração de origem venosa, três (7,1%) de origem mista e um (2,4%) de origem arterial. Quanto ao “déficit de conhecimento”, observou-se que 17 (40,5%) desconheciam qualquer um dos fatores envolvidos no desenvolvimento de úlceras vasculogênicas, enquanto 15 (35,7%) souberam citar algum destes fatores e 10 (23,8%) mencionaram apenas trauma como responsável pelo desenvolvimento de úlcera vasculogênica. Outra área de conhecimento deficiente referiu-se ao tratamento, visto que 31 (73,8%) relataram aplicação de produtos não recomendados na lesão em fase aguda, demorando a procurar o serviço de saúde, o que contribuiu para o agravamento de suas condições. Observou-se alta freqüência de histórico de tabagismo e etilismo, na época do surgimento da lesão, que se configuram em “irritantes químicos”, em 40 (95,2%) participantes, sendo que 30 (71,4%) relataram ser tabagistas no período anterior ao desenvolvimento da lesão e oito (19,0%) tabagistas e etilistas no decorrer da lesão no período do estudo. Ainda em relação aos “irritantes químicos”, houve relato de uso regular de medicamentos descritos na literatura como contribuidores no desenvolvimento de distúrbios na coagulação sanguínea, e conseqüente predisposição a tromboembolismo, por 27 (64,3 %) participantes. Dentre estes, especificamente o uso de anticoncepcional ou reposição hormonal em cinco das participantes. Trinta e um (73,8%) dos participantes relataram edema em membros inferiores antes do desenvolvimento da lesão, indicando o FR “excesso de líquidos”. Quanto aos “fatores nutricionais”, o sobrepeso ou obesidade na época do surgimento da lesão foram relatados por 20 (27,6%) participantes. Neste sentido, destacou-se a ingestão porções de frutas e hortaliças bem menores que o recomendado, aliado à ingestão excessiva de massas e pães. Foi reportado aumento na temperatura em membro inferior antes do surgimento da lesão, por 28 (66,7%) participantes, configurando o FR “extremos de temperatura”. Dentre as CD destacou-se tecido de granulação e/ou epiteliação (100%), que está sendo proposto como acréscimo à

Trabalho 58 - 3/4

taxonomia da NANDA-I, com base nos achados deste estudo, os quais evidenciaram tecidos característicos da fase proliferativa do processo de cicatrização, além de tecidos que evidenciam a lesão tissular e celular. Foi identificado também, tecido destruído (100%) e tecido lesado (88,9%) nas úlceras dos participantes. Quanto à associação entre as variáveis sócio-econômicas, demográficas e clínicas dos participantes e os FR e CD do diagnóstico estudado, encontrou-se associação positiva entre o gênero dos participantes e FR extremos de temperatura ( $p=0,001$ ;  $OR=0,5$ - $IC=0,0$ - $0,4$ ). Quanto às variáveis clínicas, observou-se associação entre “extremos de temperatura” com ortostatismo relacionado à atividade ocupacional exercida ( $p=0,008$ ;  $OR=8,2$ - $IC=1,5$ - $44,8$ ) e histórico de tabagismo ( $p=0,025$ ;  $OR=5,2$ - $IC=1,3$ - $23,3$ ). Houve ainda associação de IMC indicativo de sobrepeso ou obesidade e “fatores nutricionais” e ( $p=0,000$ ;  $OR=27,4$ - $IC=3,1$ - $243,5$ ) e com “excesso de líquidos” ( $p=0,023$ ;  $OR=6,2$ - $IC=1,1$ - $33,8$ ). Quanto a associação entre o número de FR e CD do diagnóstico estudado e as variáveis sociodemográficas e clínicas observou-se associação estatisticamente significativa do número de CD com exercício de atividade ocupacional ( $p=0,043$ ) e do número de FR e tabagismo ( $p=0,046$ ). **Conclusão:** a integridade tissular prejudicada relacionada à circulação prejudicada, identificada em todos os participantes, era esperada, uma vez que a população era acometida por úlceras vasculogênicas. Contudo, os demais FR identificados em mais da metade dos participantes (déficit de conhecimento, irritantes químicos, excesso de líquidos, fatores nutricionais e extremos de temperatura), representam especificidades deste grupo, demandando intervenções de enfermagem individualizadas. As CD (tecido lesado e tecido destruído) necessitaram descrição detalhada para sua diferenciação, sendo adotado para tecido lesado a presença de necrose tecidual (escara e/ou esfacelo), que precisa ser removido por desbridamento; em contrapartida, compreendeu-se tecido destruído como a exposição de tecidos mais profundos que a derme (subcutâneo, fáscia muscular, músculo, tendão, osso), evidenciando perda de substância ou ausência de tecidos esperados, de acordo com a anatomia do local. Encontrou-se um achado não contemplado nas características definidoras da NANDA-I que foi “*tecido de granulação e/ou epitelização*”. Em relação às associações estudadas, os extremos de temperatura estiveram associados ao gênero, sendo que os homens apresentaram maior ocorrência deste FR em relação às mulheres, indicando um processo inflamatório mais intenso. Extremos de temperatura apresentou associação com atividade laboral, sugerindo que ortostatismo agrava o processo inflamatório, contribuindo para retenção de líquidos no local. A associação entre extremos de temperatura e histórico de tabagismo denota a ação deletéria dos componentes do tabaco nas condições circulatórias e no processo inflamatório. O IMC é considerado um marcador para o estado nutricional, e a ocorrência de sobrepeso ou obesidade é bem descrito na literatura como fator de risco para alteração da circulação venosa, contribuindo para a hipertensão venosa em membros inferiores e edema local. A associação encontrada número de CD e exercício de atividade ocupacional, indica que o número maior destas características contribui para o afastamento ou não engajamento em atividades ocupacionais na vigência da lesão. O histórico de tabagismo contribui para a ocorrência de número maior de fatores relacionados entre os participantes, o que corrobora com os achados a respeito da influência negativa do tabagismo sobre a homeostase do organismo. Aponta-se para a enfermagem como grandes desafios para o atendimento à esta população aumentar do conhecimento dos usuários sobre seu problema de saúde, instituir comportamentos que colaborem para a melhoria da circulação de membros inferiores, diminuir a retenção de líquidos, diminuir contato com

**Trabalho 58 - 4/4**

irritantes químicos, em especial o tabagismo e alcançar IMC dentro dos parâmetros recomendados. Além disso, é necessário o desenvolvimento e aplicação de tecnologias apropriadas para restabelecer a integridade dos tecidos.

**Referências:**

1. Backes DS, Koerich MS, Nascimento KC, Erdmann AL. Sistematização da Assistência de Enfermagem como fenômeno interativo e multidimensional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008;16:(6).
2. Torres GV, Costa IKF, Dantas DV, Dias TYAF, Nunes JP, Deodato OON, Balduino LSC, *et al.* Idosos com úlceras venosas atendidos nos níveis primário e terciário: caracterização sociodemográfica, de saúde e assistência. *Rev Enferm UFPE*. 2009;3(4):222-30.
3. North American Nursing Diagnosis Association (org). *Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2007-2008*. Michel JLM, tradutor. Porto Alegre: Artmed; 2008.
4. North American Nursing Diagnosis Association (org). *Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009-2011 / NANDA International*. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2010.

**Trabalho 59 - 1/5**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES  
INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

**INTRODUÇÃO**

O termo diagnóstico de enfermagem tem sua origem no advento da enfermagem moderna, quando Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia, diagnosticou e tratou problemas de saúde nos soldados e utilizou o levantamento desses problemas para planejar a sua assistência<sup>1</sup>.

Com o avanço da Enfermagem, e a organização do seu próprio conhecimento, na década de 1950, os enfermeiros resgataram a experiência daquela época, com o objetivo de planejar a prática profissional e educacional da enfermagem, realizando de forma sistemática o cuidar, ou seja, aplicando o Processo de Enfermagem (PE), composto por fases, onde o diagnóstico de enfermagem (DE) aparece, geralmente, como a segunda etapa desse processo<sup>1</sup>. Contudo, de acordo com as autoras foi na década de 1970 que o Grupo de Diagnóstico da Associação Norte Americana de Enfermagem desenvolveu uma classificação para denominação do conjunto de sinais e sintomas identificados pelo enfermeiro no paciente, ou seja, o diagnóstico de enfermagem. Desde então, várias taxonomias foram desenvolvidas para denominar os problemas encontrados nos pacientes, família e comunidade, como o Sistema de OMAHA, a Taxonomia da NANDA-I, a CIPE, entre outras.

Embora o cuidado de enfermagem seja considerado essencial para o tratamento da maioria dos pacientes, tal fato ainda não é muito visível ou reconhecido. Na prática assistencial percebe-se a necessidade de se instrumentalizar os enfermeiros para implementar o PE de uma forma mais efetiva e com ações sistematizadas. Essa realidade tem maior impacto, sobretudo, quando nos remetemos às Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). O número reduzido de vagas e a elevada procura por esses serviços, além do número de procedimentos realizados, nos levam a repensar sobre a necessidade de organização das ações executadas e do seu acompanhamento.

A descrição dos diagnósticos de enfermagem de doentes de unidades de terapia intensiva fornece um perfil das necessidades de cuidados desses doentes sobre o qual é possível organizar o conhecimento necessário na área, além de permitir comparações

### Trabalho 59 - 2/5

entre populações específicas de doentes. Assim visando descrever parte da demanda de cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva (UTI) realizou-se este estudo para identificar diagnósticos de enfermagem formulados por pacientes internados em uma UTI adulto.

Justifica-se este estudo por considerar-se que a utilização de um conjunto de diagnósticos de enfermagem pode representar importante instrumento para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas unidades onde a enfermagem presta assistência, em especial em UTI. Trata-se de uma questão deontológica para a enfermagem, uma vez que a Resolução COFEN nº272/2002, atualmente revogada e substituída pela Resolução COFEN 358/2009, enfatiza a necessidade de aplicação da sistematização da assistência na prática cotidiana da enfermagem em seus diferentes cenários de trabalho. Além disso, esta classificação será integrada a um software que irá auxiliar na SAE na área de UTI, e que está em construção.

Assim, o presente estudo teve por objetivo identificar os registros diagnósticos de enfermagem estabelecidos por enfermeiros nos prontuários de pacientes internados em uma UTI de adultos de Belo Horizonte (MG), os termos empregados, sua frequência e mapeá-los à Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB).

### MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, desenvolvido em uma UTI de Adultos de Belo Horizonte (MG), com 10 leitos destinados à internação particular e/ ou por convênios.

O estudo obteve parecer favorável da diretoria da unidade onde se realizou a pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer COEP nº 315/09), sendo seguidas as recomendações da resolução 196/96.

Para a realização deste estudo considerou-se como população todos os prontuários dos pacientes internados na UTI no período de 1 de setembro de 2008 a 30 setembro de 2009, totalizando 494 prontuários.

Para o cálculo da amostra utilizou-se o método de reamostragem por permutação<sup>2</sup>, determinando-se um total de 60 prontuários. Contudo, entre os 60 prontuários que compuseram a amostra 16 não apresentavam o registros dos diagnósticos de

### Trabalho 59 - 3/5

enfermagem, sendo os mesmos excluídos. Assim, a amostra foi constituída por 44 prontuários.

Os dados foram coletados diretamente no prontuário do paciente e foram transcritos individualmente para uma planilha do programa *Excell for Windows*, para identificação das informações necessárias à investigação e exclusão das repetições.

### RESULTADOS

Entre os 44 pacientes que fizeram parte da amostra deste estudo a maioria era do sexo feminino 30 (68%). A faixa etária variou entre 28 a 93 anos, com uma média de idade de 64 anos, uma mediana de 66,5 e um desvio padrão de 17,5 anos.

Para os 44 pacientes cujos prontuários foram analisados foram formulados 1087 diagnósticos de enfermagem. Após a realização do processo de normalização com exclusão das repetições, chegou-se a 28 diferentes títulos diagnósticos.

Foram elaborados, em média, 24,7 diagnósticos de enfermagem por paciente, número considerado alto se comparado com o trabalho realizado por Lucena<sup>3</sup> em que a média de diagnósticos encontrados por pacientes foi de 6,9. Tal fato pode ser explicado devido ao curto tempo de implantação das etapas do processo de enfermagem na unidade onde se coletou os dados (1 ano).

Verificou-se, que dos 28 diagnósticos identificados 7 apresentaram freqüência maior que 50%. Os de maior prevalência foram: risco de infecção, déficit no autocuidado para banho/higiene e risco de constipação, todos presentes em 100% dos prontuários. Outros diagnósticos também tiveram freqüência elevada, a saber: risco de integridade da pele prejudicada (98%), déficit no autocuidado para higiene íntima (93%), risco de glicemia instável (80%) e mobilidade no leito prejudicada (61%).

### DISCUSSÃO

Na amostra estudada, a maioria (68,3%) dos pacientes concentrou-se na faixa etária de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos. A idade média dos pacientes internados em UTI tem aumentado nos últimos anos e essa tendência deve continuar face ao envelhecimento da população em geral, o que já pode ser observado nos serviços de saúde.

### Trabalho 59 - 4/5

Verificou-se que, entre os diagnósticos formulados, 10 (36%) caracterizavam-se por serem diagnósticos de risco, sendo 4 deles identificados em mais de 50% dos prontuários. Os diagnósticos reais descrevem respostas já presentes nos pacientes e os diagnósticos de risco descrevem respostas que podem desenvolver-se no indivíduo e está apoiado em fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade<sup>4</sup>. O fato de que a maioria dos diagnósticos terem sido classificados como reais é a evidência que os cuidados de enfermagem em UTI devem ser centrados na recuperação da saúde. No entanto, a identificação de diagnósticos de risco também indica que existem preocupações por parte dos enfermeiros quanto os aspectos preventivos do cuidado dos pacientes<sup>3</sup>.

Ao analisar os diagnósticos de enfermagem identificados neste estudo de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta<sup>5</sup> percebe-se que 25 diagnósticos estão relacionados às necessidades psicobiológicas e somente 3 estão relacionados às necessidades psicossociais, quais sejam: risco de síndrome do estresse por mudança (48%), ansiedade (11%) e risco de solidão (5%). Apesar de representar uma frequência pequena este é um dado importante, visto que na grande maioria dos serviços os enfermeiros caracterizam pelo atendimento guiado por um modelo médico-centrado, atentando-se mais para os aspectos fisiológicos do cuidado quando se tem reconhecido que este profissional precisa ter uma visão mais holística, centrada no paciente como um ser biopsicossocial e espiritual. Muito embora estejamos cientes de que em uma UTI encontram-se pacientes em risco de vida, cabendo ao enfermeiro reconhecer os sinais iniciais de desvio da normalidade para implementar uma assistência de enfermagem de qualidade.

### CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos pacientes internados em uma UTI de Adultos. Para os 44 pacientes cujos prontuários foram analisados encontrou-se 28 títulos de diagnósticos de enfermagem diferentes. Desses, 7 foram formulados para mais de 50% dos pacientes, sendo que os diagnósticos risco de infecção, déficit no autocuidado para banho/higiene e risco de constipação foram identificados para todos os pacientes cujos prontuários foram analisados.

**Trabalho 59 - 5/5**

A maioria dos diagnósticos de enfermagem identificados também foi encontrada em outros estudos, confirmando que são comuns à prática clínica do enfermeiro. Esta realidade aponta para a importância da condução de outros estudos sobre os diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em UTI, pois estes referem-se aos problemas que os pacientes manifestam e devem guiar a prescrição de ações específicas de enfermagem e que podem contribuir para demonstrar o conhecimento próprio da profissão na área.

**Palavras-chave:** processos de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; unidades de terapia intensiva.

**REFERÊNCIAS**

1. Nóbrega MML, Silva KL. Fundamentos do cuidar em enfermagem. 2.ed. Belo Horizonte: ABEn; 2008/2009.
2. Good PI. Permutation Tests: a practical guide to resampling methods for testing hypotheses. New York: Springer-Verlag, (Springer series in statistics); 1994.
3. Lucena AF. Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva [dissertação]. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006.
4. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009.
5. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

**Trabalho 60 - 1/5****SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:  
PROPOSTA PARA PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DE PACIENTES  
EM UM CENTRO CIRÚRGICO DE BELO HORIZONTE****INTRODUÇÃO**

O presente estudo descreve uma proposta de intervenção realizada em um Centro Cirúrgico de um hospital universitário de Belo Horizonte. O estudo foi proposto com base na análise situacional dos problemas no local. Segundo Rodrigues & Sousa<sup>1</sup>, Bianchi & Leite<sup>2</sup> a prática do enfermeiro em centro cirúrgico está predominantemente direcionada ao gerenciamento da assistência e tem como atividades a provisão, preparação e organização dos materiais e equipamentos, assim como a supervisão das atividades exercidas pelos membros da equipe de enfermagem. Dessa forma, as atividades diretamente relacionadas aos cuidados aos pacientes são executadas por profissionais que atuam nas salas de operações, técnicos e auxiliares de enfermagem, que desempenham as funções de circulantes.

As dificuldades relatadas pelos profissionais enfermeiros em conciliar as atividades gerenciais e burocráticas com as demais atividades, principalmente as assistenciais, são muitas. No entanto, o enfermeiro precisa reconhecer que, apesar das inúmeras funções inerentes à profissão, não deve perder de vista a necessidade de estar em consenso com sua atuação ético-profissional. Assim estabelece-se a provocação de governar seu tempo, para que a assistência ao paciente seja realizada integralmente e com qualidade<sup>3</sup>. Tendo em vista a grande demanda de pacientes cirúrgicos que passam no referido centro cirúrgico de um hospital que atende politraumatizados e o tempo que os mesmos permanecem no setor, considera-se que o enfermeiro precisa se instrumentalizar para o encontro com o paciente, prestando uma assistência sistematizada, pautada em princípios científicos, e que seja capaz de cuidar do sujeito como um ser singular. Consideramos que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pode ser utilizada como uma estratégia para esta finalidade. Esta afirmativa justifica-se principalmente pelo fato da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) se tornar uma extensão das enfermarias, já que, inúmeras vezes, houve pacientes que permaneceram por até 21 horas no setor, devido a falta de vagas nas unidades de internação.

**Trabalho 60 - 2/5**

Sendo assim, este estudo teve por objetivo propor um instrumento para a SAE no Centro Cirúrgico do hospital tendo como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta<sup>4</sup>.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo para descrever características de uma determinada população ou fenômeno.

O estudo foi desenvolvido em um centro cirúrgico de um hospital universitário de Belo Horizonte, Minas Gerais e que possui 310 leitos. É responsável pela assistência aos pacientes de urgência clínica e cirúrgica, traumatológica e não traumatológica.

Este estudo foi desenvolvido em 3 etapas: elaboração de Diagnóstico Situacional da unidade com a identificação da ausência de registro do enfermeiro no prontuário do paciente; revisão teórica e, elaboração de instrumento para a SAE constituído por avaliação física, diagnósticos e prescrição de enfermagem .

**RESULTADOS**

Com a elaboração de um diagnóstico situacional foi possível identificar que durante a atenção prestada ao paciente desde a sua entrada no Centro Cirúrgico até a sua alta pós-anestésica, o mesmo é avaliado pela equipe multiprofissional, que registra a avaliação e os eventos em seu prontuário eletrônico. Sendo assim, há um registro do cirurgião e do anestesista no pré-operatório, na sala cirúrgica e na alta do paciente, do técnico de enfermagem circulante da sala de operações e do técnico de enfermagem na SRPA. Contudo, não se configura neste cenário um registro do enfermeiro. O papel deste profissional tem se caracterizado pela invisibilidade, pois é um colaborador que não se fez presente até aquele momento no prontuário do paciente.

A partir desta realidade fez-se uma revisão teórica sobre o referencial selecionado no hospital para guiar as etapas da SAE (coleta de dados/avaliação física, diagnóstico e prescrição de enfermagem) e passou-se a construção de instrumento constituído por avaliação física guiada pelo referencial das necessidades humanas básicas (NHB), diagnósticos e prescrição de enfermagem.

A primeira parte do instrumento contou com dados referentes ao exame físico do paciente e que foram distribuídos de acordo com as seguintes NHB: oxigenação,

**Trabalho 60 - 3/5**

circulação, eliminação, regulação neurológica e gastrointestinal e integridade cutâneo-mucosa. Incluiu, também, os itens previstos nas escalas de Glasgow e Ramsay para o registro do nível de consciência do paciente ou de sedação, a escala de Aldrete & Kroulik modificada, além do registro do nível de dor, presença ou ausência de vômitos e temperatura, itens julgados essenciais para a monitorização do paciente que se encontra em recuperação após uma intervenção cirúrgica.

A segunda parte do instrumento referiu-se ao registro dos diagnósticos de enfermagem e a terceira ao registro das prescrições de enfermagem. Foram acompanhados durante 30 dias pacientes na SRPA e identificado um perfil de 45 diagnósticos de enfermagem (07 nas necessidades oxigenação/cardiovascular/termorregulação; 02 nutrição; 04 eliminação; 02 neurológica; 02 hidratação; 05 senso-percepção; 06 integridade cutâneo-mucosa e integridade física; 07 locomoção/mobilidade/exercícios e atividades físicas além de 10 referentes às necessidades psicossociais.

O registro das prescrições caracteriza-se por um elenco de 18 ações de enfermagem identificadas como as mais registradas pela equipe nos prontuários daqueles pacientes analisados para fins de elaboração do instrumento de SAE para a SRPA.

### **DISCUSSÃO**

A proposta de implementação dos impressos para a SAE provocou discussões a respeito da assistência prestada pelo enfermeiro no centro cirúrgico. De acordo com o grupo de enfermeiros a demanda de atividades gerenciais (média diária de 20 pacientes agendados para procedimentos cirúrgicos), impediria a realização das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), pois não há recursos humanos suficientes para a execução das mesmas. Diante desta situação, restringiu-se o registro da assistência do enfermeiro à SRPA, no pós-operatório imediato devido a muitos pacientes permanecerem por várias horas na unidade, aguardando vagas para internação nas unidades. A proposta deste instrumento foi alicerçada no cuidado individualizado que deve ser prestado pela equipe de enfermagem aos pacientes na SRPA, direcionado e guiado por um enfermeiro responsável técnico.

### **CONCLUSÃO**

**Trabalho 60 - 4/5**

O enfermeiro de Centro Cirúrgico deve ter uma visão holística, atentando às possibilidades de alcançar a autonomia para transformar suas próprias ações, não se esquecendo do conhecimento no processo de cuidar. Assim, é premente a preocupação desses enfermeiros em estabelecer uma assistência sistematizada ao paciente no período perioperatório.

Buscou-se com a construção desse instrumento atender às principais necessidades dos pacientes admitidos no centro cirúrgico, com os objetivos de contribuir para a melhoria na qualidade da assistência e auxiliar no desenvolvimento de bases de dados de enfermagem que favoreçam a utilização de indicadores de saúde com vistas a qualidade da assistência à saúde (eficácia) no Brasil. Além disso, considera-se que a criação e utilização do instrumento proposto possibilitará a coleta de informações que poderão gerar indicadores de qualidade de assistência, como por exemplo, taxa de hipotermia, risco de quedas, náuseas e vômitos muitas vezes apresentados pelos pacientes que se encontram em período de pós-operatório imediato.

A próxima etapa do estudo caracteriza-se pela inserção do instrumento no prontuário eletrônico do hospital com o objetivo de implementar a SAE na unidade. Faz-se necessário a validação de conteúdo e a validação clínica deste instrumento com o objetivo de legitimá-lo e torná-lo mais preciso e representativo da prática do enfermeiro no centro cirúrgico.

**Palavras-chave:** Sistematização da Assistência de Enfermagem; Enfermagem perioperatória; Processos de enfermagem.

**REFERENCIAS**

1. Rodrigues RAP, Sousa FAEF. O trabalho da enfermagem em centro cirúrgico: análise de depoimentos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 1993 Jul [citado 2010 Jun 14]; 1(2): 21-34. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691993000200003&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691993000200003&lng=pt).

**Trabalho 60 - 5/5**

2. Bianchi ERF, Leite RCBO. Modelos de assistência de enfermagem perioperatória. In: Carvalho R, Bianchi ERF (orgs). Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. São Paulo: Manole; 2007.
3. Sperandio DJ, Évora YDM. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2005 Dec [cited 2010 June 14]; 13(6): 937-943. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000600004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600004&lng=en).
4. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

Trabalho 61 - 1/4

DEMANDA DE CUIDADOS INFANTIS: DESENVOLVIMENTO DE  
UMA PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PARA  
NANDA - I

Caroline M. Predebon<sup>1</sup>; Cíntia C. F. Oliveira<sup>2</sup>; Cláudia B. Iung<sup>3</sup>; Deise S  
Vieira<sup>4</sup>; Miriam de Abreu Almeida<sup>5</sup> ; Amália de Fátima Lucena<sup>6</sup>

**Introdução:** A assistência especializada à criança hospitalizada requer cuidados voltados à manutenção das necessidades humanas básicas, relacionadas às etapas do desenvolvimento infantil. Durante a internação hospitalar, a família é estimulada a continuar realizando os cuidados referentes à alimentação, higiene e conforto, a fim de oferecer maior segurança e acolhimento<sup>(1)</sup>. Porém, freqüentemente as famílias não conseguem manter o acompanhamento contínuo das crianças nas vinte e quatro horas do dia, o que leva a enfermagem a assumir os cuidados diretos à criança como o banho, a troca de fraldas, a alimentação, a proteção e a maternagem. Na nossa realidade, os motivos de ausência dos familiares são os mais variados: situação de abandono, crianças institucionalizadas, afastamentos judiciais dos pais por maus tratos, problemas sócio-econômicos e culturais que envolvem a ausência do cuidador de referência. Assim, a enfermagem assume o papel de assegurar os direitos da criança hospitalizada, que estará diretamente envolvida na proteção e manutenção da saúde<sup>(2)</sup>. Atualmente, dispomos na taxonomia NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association International*) de um Diagnóstico de Enfermagem (DE) denominado *Déficit no auto-cuidado*, o qual se aproximaria a algumas necessidades de cuidados da criança. Este DE descreve o indivíduo que não consegue realizar as atividades do seu dia-a-dia, aproximando-se, de certa forma a algumas das necessidades de cuidado e de auxílio às crianças. Porém, por déficit se entende a perda parcial ou total de uma capacidade já adquirida. Para a criança não podemos definir como déficit, o fato de não realizar estas atividades, pois a mesma, em suas diferentes etapas do desenvolvimento, ainda não desenvolveram certas habilidades, o que as faz necessitar de cuidados diretos tais como: alimentação, higiene, conforto, auxílio na conciliação do sono, estimulação e afeto<sup>(3)</sup>. O desenvolvimento se caracteriza por ser um processo seqüencial complexo e de caráter contínuo, que está diretamente relacionado à idade cronológica, abrangendo aspectos fisiológicos e

#### Trabalho 61 - 2/4

ambientais. Por meio dele, o ser humano adquire habilidades motoras, as quais evoluem de movimentos simples e desorganizados para altamente organizados e complexos<sup>(4)</sup>.<sup>1</sup> Assim sendo, devemos considerar que o bebê precisa ser pensado como um ser humano imaturo e de dependência absoluta a outro ser humano. Na faixa etária de zero a cinco anos, as crianças são dependentes de outra pessoa para satisfazer suas necessidades básicas para a manutenção da vida, além de segurança e proteção, visto que são mais vulneráveis devido ao processo de crescimento e desenvolvimento acelerado<sup>(5)</sup>. Desta forma, identificou-se a importância de sugerir um novo diagnóstico de enfermagem que contemplasse essas necessidades, características de algumas etapas do desenvolvimento infantil, para as quais a criança ainda necessita de cuidados e depende inteiramente de outra pessoa; o que não se configura propriamente em um déficit, mas sim em uma habilidade ainda não desenvolvida. Não havendo um diagnóstico de enfermagem na taxonomia da NANDA-I, que contemple tais necessidades esta proposta foi desenvolvida. **Objetivo:** Propor um novo diagnóstico de enfermagem para contemplar as necessidades de crianças, relacionadas à sua etapa de desenvolvimento, contribuindo assim para o desenvolvimento da taxonomia da NANDA-I e qualificando a prática clínica. **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre o desenvolvimento de uma proposta de um novo diagnóstico de enfermagem relacionado às necessidades de cuidados à criança conforme as etapas do desenvolvimento infantil. **Resultados:** Um grupo de enfermeiras pediátricas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre entrou em contato com o Diagnosis Development Committee (DDC) da NANDA-I e sugeriu um diagnóstico de enfermagem específico para uso na pediatria intitulado: *Dependência de cuidados por etapa do desenvolvimento*. O e-mail com a proposta do novo diagnóstico de enfermagem foi avaliado pelo DDC da NANDA-I, que deu retorno incentivando a elaboração deste novo diagnóstico de enfermagem, sugerindo como título *Demanda de cuidados infantis*, pertencendo ao domínio Crescimento e desenvolvimento, dentro da classe de crescimento. Após este retorno positivo, iniciou-se o aprofundamento do referencial metodológico e teórico para então enviar a proposta final de inclusão deste novo diagnóstico à taxonomia da NANDA-I. Assim, sugerimos o título: Demanda de

<sup>1</sup> Enfermeira. Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rua Portuguesa, [162/302.carolmprede@gmail.com](mailto:162/302.carolmprede@gmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

<sup>3</sup> Enfermeira. Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

<sup>4</sup> Enfermeira. Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

<sup>5</sup> Enfermeira. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>6</sup> Enfermeira. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Trabalho 61 - 3/4**

cuidados infantis, com a definição: necessidades de cuidados para manutenção das necessidades humanas básicas por etapa de desenvolvimento infantil. Seguimos sugerindo as seguintes características definidoras: necessidade de ser alimentado, necessidade de higiene e conforto, necessidade de ser auxiliado na conciliação do sono e repouso, necessidade de proteção, necessidade de ambiente lúdico e seguro, necessidade de afeto, necessidade de um cuidador de referência, necessidade de estimulação. Uma das indicações para as propostas de novos diagnósticos de enfermagem à NANDA-I é indicar três intervenções de enfermagem conforme a NIC e três resultados de enfermagem conforme a NOC relacionadas ao diagnóstico. Porém, nas classificações NIC e NOC também não identificamos termos que expressassem intervenções e resultados voltados diretamente ao cuidador profissional, que prestaria os cuidados à criança. Na classificação NIC temos intervenções que dizem respeito às ações de cuidado voltados a educar o cuidador familiar (ex.: ensinar a administração de mamadeira). Na classificação NOC, a exemplo da classificação NIC, encontramos resultados voltados ao cuidador familiar, como por exemplo: administração por mamadeira. Isso implica que nesse processo de construção, futuramente, seja também sugerido intervenções e resultados para este novo diagnóstico. **Conclusão:** A criança percorre uma trajetória desde a dependência total até começar a se transformar num ser autônomo e independente. Isto está relacionado às condições biológicas e ambientais. Destaca-se a importância de se proporcionar, na internação hospitalar pediátrica, um ambiente mais próximo ao ideal, de forma a contribuir com o tratamento instituído, a recuperação, o crescimento e o desenvolvimento infantil. Assim sendo, e acreditando-se nessa proposta de desenvolvimento de um novo diagnóstico de enfermagem específico para suprir algumas necessidades básicas infantis por etapa do desenvolvimento, seguiremos neste processo de criação. Além disto, o desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem que atendam as necessidades específicas da criança contribuirá para assistência de enfermagem mais qualificada, à acurácia diagnóstica e com o desenvolvimento da taxonomia da NANDA-I, além de auxiliar também no processo de ensino-pesquisa-aprendizado de diagnósticos de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Referências:

**Trabalho 61 - 4/4**

1. Hockenberry MJ, Winkelsein W. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Tradução da 7ª Ed, São Paulo: Ed Mosby Elsevier, 2006.
2. Brasil. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da República Federativa do Brasil (BR): Seção I, p. 16319-20, 17 de outubro de 1995.
3. NANDA-I. **Nursing Diagnoses: Definitions and Classification.** 2009-2011. Ames: Editora Wiley – Blackwele, 2009.
4. Willrich A, Azevedo CCF, Fernandes JO. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. Ver Neu, 2008.
5. Neto OF. Principais contribuições de Winnicott à prática clínica. Ver Brás PSC, v.42, n.1, 2008.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem, Cuidados de enfermagem, Necessidades e demandas de serviços de saúde.

Área do conhecimento: 1 - Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Trabalho 62 - 1/5**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APLICADA AO CLIENTE SUBMETIDO A INTERVENÇÕES HEMODINÂMICAS**

Dania Brocardo<sup>1</sup>; Telma Scarsi<sup>2</sup>; Ivete Maroso Krauzer<sup>3</sup>; Edlamar Kátia Adamy<sup>4</sup>

Introdução: o presente trabalho descreve a prática assistencial de enfermagem realizada para cumprir os requisitos do Estágio Curricular Supervisionado II, do Curso de Enfermagem de uma universidade da região oeste de Santa Catarina, Brasil. A temática desenvolvida foi a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE aplicada aos clientes submetidos a procedimentos intervencionistas hemodinâmicos, em um hospital privado. A opção por realizar esta prática foi motivada pelos índices epidemiológicos alarmantes das doenças cardiovasculares, que levam, invariavelmente, à necessidade de uma intervenção cirúrgica num serviço hospitalar especializado. As doenças cardiovasculares causaram 17,1 milhões de mortes por ano em todo o mundo e constituem a principal causa de mortalidade e morbidade no Brasil<sup>(1)</sup>. No período de março de 2009 a março de 2010 foram efetivadas 1.232.506 internações no Brasil, das quais 32.529 pessoas foram a óbito, que corresponde a 2,63% do total de óbitos<sup>(2)</sup>. Em Santa Catarina, das 51.769 internações hospitalares registradas, 3.351 pessoas foram a óbito (6,47%) por estas causas. Destas internações, 24.765 eram clientes do sexo masculino e 27.003 do feminino<sup>(2)</sup>. No município de Chapecó, ocorreram 120 óbitos no mesmo período, registrando um percentual de 50%, por gênero<sup>(2)</sup>. Tais indicadores geram a necessidade de qualificar os profissionais de saúde, especialmente, da Enfermagem, para prestar cuidados específicos, bem como identificar os fatores predisponentes destas intercorrências, que poderão ser prevenidos. A importância deste trabalho está aliada, também, a implantação recente do Serviço de Hemodinâmica e da SAE, no hospital em foco. Esta é considerada, pela enfermagem, como um dos modos disponíveis para aplicar conhecimentos técnicos, científicos e humanos na assistência ao cliente, guiando as suas ações, afim de que possam atender as necessidades do

---

<sup>1,2</sup> Acadêmicas do 9º período, Curso de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó UNOCHAPECÓ.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre. Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ e Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre. Docentes da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Rua Marechal Floriano Peixoto, 341L, Apto 102. Chapecó SC. E-mail katiadamy@hotmail.com

**Trabalho 62 - 2/5**

cliente/família/comunidade e prevenir agravos. Além disso, em um recente estudo foi detectado que os enfermeiros entendem a SAE como a valorização e o reconhecimento da enfermagem como profissão; promoção na melhoria da qualidade da assistência e contribuição ao aprendizado da enfermagem<sup>(3)</sup>. Objetivo: foi estabelecido como objetivo sistematizar a assistência de enfermagem, durante período perioperatório aos clientes submetidos a intervenções hemodinâmicas. Metodologia: esta prática assistencial realizou-se com clientes internados no Setor de Hemodinâmica de um hospital particular do oeste de Santa Catarina, no período de fevereiro a maio de 2010, à luz da teorista Callista Roy. Esta teorista estabelece que objetivo principal da enfermagem seja a promoção da adaptação do cliente, em quatro modos adaptativos, que são: o Modo Adaptativo Fisiológico; Modo Adaptativo de Auto Conceito ou Identidade Grupal; Modo Adaptativo de Função do Papel e o Modo Adaptativo de Interdependência<sup>(4)</sup>. Estes diferentes modos adaptativos foram aplicados nas entrevistas com os clientes, através de um roteiro, com questões objetivas e subjetivas, que contemplavam as fases da sistematização preconizadas pela teorista, quais sejam: a investigação ou avaliação comportamental; diagnósticos de Enfermagem; estabelecimento de metas; planos para implementação ou intervenção e, por fim, a avaliação<sup>(4)</sup>. A abordagem aos clientes ocorreu de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aceito pelo Comitê de Ética da Unochapecó, através do Protocolo N° 067/10. Resultados e conclusão: as intervenções cirúrgicas mais frequentes encontradas no Setor de Hemodinâmica foram: cateterismo cardíaco, angioplastia, angiografia, aortografia, eletrofisiologia, dissecação de aorta, inserção de marca-passo e destruição de ateromas. Estas informações foram essenciais para direcionar o tipo de assistência de enfermagem que deveria ser planejado. A sistematização foi realizada em 52 clientes, totalizando 47,27% dos clientes assistidos no hospital, nesse período. Destes, 24 eram do sexo feminino (46,15%) e 28 do sexo masculino (53,85%). Na fase de investigação comportamental ou coleta de dados a entrevista pré-operatória com a maioria dos clientes ocorria no vestiário do centro cirúrgico, onde era explicado sobre o procedimento cirúrgico; realizada a tricotomia; punção de acesso venoso periférico e identificadas as possíveis respostas comportamentais adaptativas ou ineficientes. Muitos clientes já haviam passado pelo Setor, e retornavam para complementar o diagnóstico ou realizar uma intervenção após a identificação de alguma alteração. A

**Trabalho 62 - 3/5**

partir daí foram identificados os diagnósticos de enfermagem do cliente através da tipologia da NANDA, pois, apesar de algumas diferenças entre a tipologia de Roy e a de NANDA, há uma forte relação entre as mesmas, o que pode ser fruto da participação de Callista Roy como membro da NANDA desde os primeiros trabalhos dessa associação<sup>(5)</sup>. Os diagnósticos de enfermagem que mais apareceram foram déficit de conhecimento sobre o procedimento cirúrgico relacionado à intervenção; integridade tissular e de pele prejudicada associada à punção e evidenciada por hematomas, equimoses, erupções, soluções de continuidade relacionadas ao procedimento, punção com cateter venoso; risco de dor aguda, evidenciada pela punção venosa, relacionada ao acesso venoso periférico; risco de infecção, relacionada ao procedimento cirúrgico, evidenciada pelo acesso venoso periférico; andar prejudicado e ansiedade associada ao déficit de educação em saúde. O estabelecimento de metas repousou sobre as possíveis reações tardias ao contraste injetado, monitoramento do volume urinário, encaminhamento de exames laboratoriais pós-procedimento, atentando para a elevação precoce das taxas de uréia e creatinina, além do estímulo a ingestão hídrica, visando à eliminação do contraste infundido. A atuação da enfermagem no pós-procedimento em cardiologia intervencionista, o foco de atenção das acadêmicas foi para as possíveis intercorrências no repouso do cliente. O plano de Intervenção consistiu na elaboração das prescrições prioritárias, de modo a manter o membro puncionado em repouso, favorecendo a hemostasia da punção arterial, atentando para que fossem realizados movimentos suaves da extremidade do membro. Quando o cliente permanecia com compressão por peso, além de avaliação constante de possível presença de sangramento, o paciente era orientado a manter o posicionamento deste sobre o local da punção. Foi elaborado, também um plano de alta. Na avaliação mantinha-se uma conversa com o cliente no pós - procedimento, enquanto este não adormecia, e também foi explicado aos familiares que aguardavam na sala de espera. Antes de efetivar a alta médica, o cliente também recebia uma dieta leve e geralmente no término da assistência no hospital, aconteciam as orientações para alta, tanto para o cliente quanto para o familiar que estava a sua espera. A SAE aplicada aos clientes internados no Setor de hemodinâmica proporcionou as acadêmicas a possibilidade de identificar as alterações de adaptação e a resposta do cliente às intervenções realizadas período perioperatório. Pois a ação das acadêmicas não se limitava aos procedimentos técnicos, mas em atender

**Trabalho 62 - 4/5**

as necessidades do cliente, priorizando a ação humanística voltada para o indivíduo, acolhendo-o de forma integral.

**Referências**

1 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise da situação de saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil [internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 2010 mai 22] Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_2008\\_web\\_20\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf).

2 Ministério da Saúde. DATASUS. Morbidade hospitalar do SUS [internet]. Brasília (DF); 2010 [citado 2010 mai 22]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.

3 Krauzer IM. Sistematização da assistência de enfermagem: um instrumento de trabalho em debate [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.

4 Leopardi MT. Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livro; 1999.

5 Galbreath JG. Callista Roy. In: George, JB et al. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artmed; 2000.

**Palavras chave:** Sistematização da Assistência de Enfermagem. Enfermagem Perioperatória. Hemodinâmica

**Área temática**

1. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

Trabalho 62 - 5/5

Trabalho 63 - 1/4

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS  
PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Édlamar Kátia Adamy<sup>1</sup>

Eleine Maestri<sup>2</sup>

Eliane Regina Pereira do Nascimento<sup>3</sup>

Josiane de Jesus Martins<sup>4</sup>

**INTRODUÇÃO** Hoje em dia, a profissão de enfermagem vivencia um grande desafio na construção e organização do conhecimento sobre o alicerçar e direcionar sua prática assistencial. Assim, surgiu, já há muito tempo, o Processo de Enfermagem, um instrumento metodológico e sistemático de prestação de cuidados. Teoricamente, sabe-se que a assistência prestada pelo Serviço de Enfermagem necessita de uma metodologia assistencial que o conduza, possibilitando, assim, um atendimento sistematizado, científico, qualificado e humanizado. É importante ressaltar que, independente do paradigma ou da metodologia adotada, oferecer assistência de enfermagem inclui observar, refletir e agir de maneira que envolva o paciente e família, pois os cuidados devem ser programados em conjunto, respeitando seu querer, valores, crenças e hábitos. Para que esse se efetive, faz-se necessário que o profissional conheça o paciente assistido, buscando subsídios a fim de programar cuidados que auxiliem no processo saúde-doença. É através da administração planejada e organizada que o enfermeiro leva a efeito qualquer atividade de enfermagem, seja no nível de instituição, seja no de assistência, educação, pesquisa ou outros serviços profissionais prestados à sociedade. **OBJETIVO** O objetivo geral da proposta foi implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem através da efetivação do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital geral do Planalto Serrano Catarinense. Traçamos como objetivos específicos: Instigar o repensar da prática assistencial de enfermagem com os enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva; Re-discutir com enfermeiros da instituição a proposta de sistematização da assistência

<sup>1</sup> Enfermeira, mestre em saúde coletiva, professora assistente da Universidade do Estado de Santa Catarina, e-mail katiadamy@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, mestre em enfermagem, professora assistente da Universidade Federal do Pampa.

<sup>3</sup> Enfermeira, doutora em enfermagem, professora adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>4</sup> Enfermeira, doutora em enfermagem, professora da Universidade do Sul de Santa Catarina.

**Trabalho 63 - 2/4**

construída, a partir do processo de enfermagem baseado na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta; Fomentar na equipe de enfermagem a importância da implementação do processo de Enfermagem; Avaliar se a implantação do PE favorece o desenvolvimento sistemático do assistir/cuidar em enfermagem.

**METODOLOGIA** É caracterizado como uma pesquisa qualitativa de abordagem descritiva-reflexiva, com triangulação de dados obtidos com as seguintes estratégias: entrevista individual semi-estruturada, observação participante e grupo focal. O estudo está sustentado na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta<sup>(1)</sup> propondo o processo simplificado. A instituição hospitalar do estudo é um estabelecimento assistencial de saúde, caracterizado como filantrópico, oferecendo assistência médica e hospitalar a toda a comunidade local e regional. Os sujeitos constituíam a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva da instituição, totalizando dezoito (18) técnicos/auxiliares de enfermagem e quatro (4) enfermeiras. A pesquisa teve parecer positivo (06.223.4.04.III) do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina, e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**RESULTADOS** Entre as facilidades na implantação identificou-se que esta favoreceu o melhor contato e avaliação, organizou e auxiliou na continuidade da assistência de enfermagem, bem como no registro dos dados sobre a evolução do paciente. O estímulo e a mudança de postura frente aos cuidados prestados aos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva envolvem todos os membros da equipe de enfermagem. Observamos que, antes da implantação do Processo de Enfermagem, os enfermeiros ficavam mais envolvidos com questões administrativas e burocráticas e que os problemas relacionados à assistência eram, habitualmente, solucionados pelos médicos. Posteriormente ao Processo de Enfermagem, os enfermeiros, fundamentados no conhecimento, participavam ativamente do processo de assistência e passaram a ocupar o seu lugar na equipe, tornando-se referência para os profissionais da saúde. Por outro lado os técnicos e auxiliares de enfermagem começaram a ser despertados para olhar de outro modo para o paciente ali hospitalizado e a perceberem a importância do seu trabalho. A rejeição dos próprios enfermeiros que estão limitados ao modelo técnico-burocrático, é apontada como uma das maiores dificuldades relacionadas a implementação do Processo de Enfermagem, pois os enfermeiros muitas vezes utilizam, estratégias não éticas e inflexíveis para não participarem do processo. “É preciso

**Trabalho 63 - 3/4**

compreender, entretanto, que a própria rejeição e inflexibilidade podem caracterizar a falta de um conhecimento específico e a desatualização profissional<sup>(2)</sup> (p.28). Entre os fatores que dificultaram a implantação identificou-se o pouco tempo e o não cumprimento do estabelecido por todos os membros da equipe; a repetição de dados e a ausência de dados importantes no histórico e evolução. As enfermeiras possuem dificuldades em operacionalizar o histórico de enfermagem, diagnosticar, evoluir e prescrever. As autoras seguem enfatizando que a área das Ciências Humanas tem sido pouco exploradas nos cursos de graduação e especialização, o que acreditam dificultar a integração da aplicação dos conhecimentos integrados ao planejamento da assistência. No entanto, tecem que o saber profissional vem evoluindo para conquistarmos uma assistência de enfermagem complexa, plena, flexível e conseqüentemente humanizada<sup>(3)</sup>. A equipe acredita na continuidade da proposta e considerou de extrema importância para a aproximação do enfermeiro na assistência direta ao paciente. **CONCLUSÃO** A escolha por realizar a sistematização da assistência é importante à organização do serviço de Enfermagem e, em especial, para qualificar a assistência prestada aos pacientes e familiares. No entanto, para sua efetivação, faz-se necessário que todos os profissionais envolvam-se no planejamento, implementação e avaliação do referido processo de implantação. Assim, é necessário que os profissionais se engajem e sintam-se estimulados à construção desta sistematização. Algumas dificuldades se fizeram presentes durante a realização da pesquisa, principalmente, no tocante à disponibilidade dos profissionais para participarem dos encontros e da aplicação dos instrumentos. A sistematização da assistência de enfermagem exige estudo, dedicação e consenso por parte da equipe de enfermagem. Por isso, acredito que colaborar através dos conhecimentos sobre sistematização da assistência, para que, posteriormente, a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva, possa dar continuidade à implantação da metodologia, de acordo com a sua realidade, o que vem ocorrendo atualmente, com a validação dos instrumentos desenvolvidos pelas enfermeiras daquela unidade. Todo o caminho foi gratificante pelo fato de deixar transparente a importância de uma metodologia assistencial em uma instituição composta por profissionais competentes e interessados em buscar caminhos diferenciados para o cuidar. A operacionalização do PE exige a utilização de um referencial teórico adequado, interação da equipe multiprofissional, adequação à realidade e, acima de tudo, ter como premissa a atenção

**Trabalho 63 - 4/4**

com qualidade e segurança ao indivíduo hospitalizado. O Processo de Enfermagem pode contribuir para que a Enfermagem adquira uma autonomia profissional, visto que utiliza bases científicas e teóricas, que só será alcançada com a aplicação sistemática deste. Foi visível perceber que o atendimento aos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva sofreu alterações importantes. Apesar de serem dados subjetivos, percebemos que a equipe cresceu bastante. Discutem mais as coisas, procuram formas de atender cada paciente de acordo com as crenças, costumes e cultura. Observamos que temos nos preocupado muito em cumprir todos os requisitos que nos é atribuído enquanto trabalhadores de enfermagem de determinada instituição, aqui especificamente a instituição hospitalar, e colocamos de lado atitudes simples e transformadoras. Estas podem ser realizadas sem prejudicar a prática do cuidado e, possibilitam também a construção de um novo de cuidar em Enfermagem. É imprescindível trabalhar de forma coletiva, envolvendo todos os trabalhadores nas discussões e assim fazendo com que as soluções possam ser construídas coletivamente. Uma possibilidade que se mostra pertinente ao contexto investigado seria a construção e implementação de um programa de treinamento para os trabalhadores da Unidade de Terapia Intensiva.

**REFERÊNCIAS**

1. HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
2. BACKES, D.S. et al. **Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico**. Acta Sci. Health Sci., Maringá, v. 27, n.1, p. 25 – 29, 2005.
3. SILVA, A.L., CIAMPONE, M.H.T. **Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo**. Ver. Esc. Enferm. USP 2003; 37 (4): 13 – 23.

**Palavras-chave:** Sistematização da Assistência, Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva

**Área temática do trabalho:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

Trabalho 64 - 1/5

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: FERRAMENTA  
IMPORTANTE PARA CONDUZIR O CUIDADO.**

ARIAS, Vanessa<sup>I</sup>

AZZOLIN, Gabriela Marchiori Carmo<sup>II</sup>

**Introdução:** O processo de enfermagem orienta o trabalho do enfermeiro para coletar dados, identificar as necessidades de cuidados, propor intervenções e avaliar os resultados do trabalho que realiza. A documentação do processo de enfermagem pode ser um instrumento útil para a avaliação do cuidado pelo gerenciamento das informações de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem é uma das etapas desse processo e vem sendo introduzido em vários serviços de saúde no Brasil. A inserção do diagnóstico de enfermagem requer que os enfermeiros tenham uma linguagem comum que favoreça o entendimento entre os seus pares sobre os fenômenos clínicos, norteando as decisões da equipe de enfermagem. A contextualização do diagnóstico de enfermagem no processo de enfermagem pode ter efeitos positivos na definição dos fenômenos, na proposição de intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados obtidos<sup>1</sup>. A North American Nursing Diagnostics Association (NANDA) aprovou, em sua nona conferência em 1990, uma definição amplamente aceita de diagnóstico de enfermagem, que é entendido como: julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde, processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados de maneira articulada, pelos os quais o enfermeiro é responsável, possibilitando desta forma que os líderes e pesquisadores avaliem a prática em todas as organizações<sup>2</sup>. O ato diagnóstico em enfermagem tem como foco as respostas humanas às enfermidades e seu tratamento e aos processos de vida. A validade das associações entre as manifestações apresentadas pelos doentes, objetivas e subjetivas, e o diagnóstico atribuído é ponto fundamental e a prática baseada em evidência contribui para a acurácia diagnóstica<sup>3</sup>. **Objetivos:** Identificar a importância do diagnóstico de enfermagem a partir de um levantamento bibliográfico e

<sup>I</sup> Acadêmica da Faculdade de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.  
Endereço: Rua Bororé, 34, Parque Universitário, Campinas – SP (CEP 13056-497)  
e-mail: arias.vanessa@gmail.com

<sup>II</sup> Enfermeira, Mestre, Docente da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

**Trabalho 64 - 2/5**

avaliar seus benefícios para a prática do cuidado e para o gerenciamento em enfermagem. **Metodologia:** Estudo bibliográfico, a partir de 2001/2009, na Biblioteca Virtual da Bireme e Base de dados LILACS e SCIELO, partindo dos descritores indexados nos DeCs: Diagnóstico de Enfermagem; Medicina Baseada em Evidências; Tomada de Decisões. Utilizado também o banco de dissertações e teses da USP, do qual foi utilizada uma tese de doutorado. **Resultados:** A introdução da fase do diagnóstico de enfermagem no processo de enfermagem em qualquer serviço exige esforços para uma mudança planejada. Dentre essas os esforços podemos citar: preparações da equipe, realização de cursos, preparam para a informatização do serviço, acordo entre sujeitos da mudança sobre a linguagem comum que será utilizada por eles, criação de grupos facilitadores, reuniões mensais com a equipe e a diretoria do serviço. Por isso constituiu-se um grande desafio para todos da equipe de enfermagem<sup>1</sup>. Para líderes de enfermagem, o principal desafio dos diagnósticos de enfermagem é a sua implementação na prática clínica diária. Para ser bem-sucedida requer liderança de enfermagem especializada e altamente qualificada. O enfermeiro deve também possuir algumas habilidades como: níveis elevados de capacidade técnica, habilidades para influenciar e delegar, raciocínio crítico, trabalho em equipe e acompanhamento desse processo. A implantação de diagnóstico de enfermagem traz vários benefícios aos cuidados do paciente, tais como planejamento melhorado e mais coerente; melhor comunicação entre enfermeiros, entre enfermeiros e médicos, entre enfermeiros e pacientes e entre enfermeiros e sua equipe; e um melhor reconhecimento de fenômenos como as questões psicológicas, espirituais e sexuais. Dados sobre diagnóstico de enfermagem coletados de áreas clínicas permitem que enfermeiros avaliem sua prática clínica individual e integrem explicitamente teoria e prática. Da mesma forma, os dados permitem que líderes de enfermagem e pesquisadores avaliem, auditem e estabeleçam prioridades da prática, de forma organizacional, realizando estudos de prevalência. Do ponto de vista das organizações, os diagnósticos de enfermagem ajudam a melhorar o controle clínico e o gerenciamento de riscos e demonstram com clareza um compromisso para unir a teoria, a educação e a prática clínica da enfermagem. Essas informações podem ajudar a definir o conteúdo da formação dentro das instituições, bem como o que é oferecido como educação nas universidades. A avaliação e o diagnóstico de pessoas, famílias e comunidades ensinam aos estudantes raciocínios

**Trabalho 64 - 3/5**

hipotéticos e raciocínio crítico<sup>2</sup>. A carência de estudos sobre os conceitos diagnósticos é grande e limita o desenvolvimento de testes válidos e confiáveis que gerem evidências fortes as quais sustentem a prática diagnóstica na enfermagem<sup>3</sup>. As classificações de diagnósticos são indispensáveis para o desenvolvimento da enfermagem baseada em evidência. Em nosso meio, na última década, foram desenvolvidos vários estudos sobre o ensino do diagnóstico de enfermagem. Uma vez que a tarefa de fazer diagnósticos é entendida como prática essencial para a profissão, a compreensão desse processo é importante, tanto para quem está envolvido na condução do cuidado direto a pacientes, quanto para quem se responsabiliza pelo ensino. A maior contribuição do diagnóstico de enfermagem é o resgate e a validação do conhecimento clínico do enfermeiro. O processo de julgamento, tomada de decisão e determinação de resultados são essenciais para que este profissional se estruture diante da equipe, do paciente/família e da sociedade<sup>4</sup>. Em uma época em que contenção de custos e prática baseada em evidências constituem objetivos centrais de líderes em enfermagem, a classificação, o esclarecimento e a documentação dos fenômenos são essenciais. Estudos apontam que diagnósticos de enfermagem individualizados a cada paciente explicavam parte da duração da permanência hospitalar, da permanência nas Unidades de Terapia Intensivas e do total de gastos hospitalares. Para isso, mostra-se de fundamental importância o registro das atividades realizadas pela enfermagem<sup>2</sup>. **Conclusão:** O diagnóstico de enfermagem é fundamental para a provisão de um cuidado de enfermagem altamente qualificado e seus benefícios são inúmeros. O uso de diagnósticos é essencial para o futuro do cuidado de enfermagem profissional e baseado em evidências. Assim, precisa tornar-se prioridade para todas as lideranças de enfermagem na administração e no gerenciamento da enfermagem, a fim de conferir viabilidade à prática da enfermagem possibilitando um atendimento mais eficiente para resolutividade das necessidades dos pacientes. Os resultados e a escolha das intervenções dependem de diagnósticos de enfermagem precisos e válidos de maneira articulada, portanto, além dos serviços de gerenciamento, o ensino tem um papel fundamental na formação dos estudantes mostrando como realizar o processo de enfermagem em todas as suas etapas e como fazer diagnósticos a partir do raciocínio clínico.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem; Medicina Baseada em Evidências;

**Trabalho 64 - 4/5**

Tomada de Decisões.

**Área Temática do trabalho:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Referências Bibliográficas**

**Trabalho 64 - 5/5**

- <sup>1</sup>. Fontes CMB, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo 2007 Set; v. 41; n. 3. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 Jun 2010. doi: 10.1590/S0080-62342007000300008.
- <sup>2</sup>. North American Nursing Diagnosis Association . Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- <sup>3</sup>. Cruz DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto 2005 Jun; v. 13; n. 3. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 Jun 2010. doi: 10.1590/S0104-11692005000300017.
- <sup>4</sup>. Corrêa CG. Raciocínio Clínico: o desafio do cuidar. São Paulo. Tese [doutorado em enfermagem] – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.

Trabalho 65 - 1/5

**PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM  
IDENTIFICADOS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS  
SUBMETIDOS À FOTOTERAPIA**

Francisco Ernesto Barbosa de Assis<sup>1</sup>

Raquel Lane Nogueira Gomes<sup>2</sup>

Katia Maria Ferreira da Rocha<sup>3</sup>

Regina Cláudia Melo Dodt<sup>4</sup>

Emanuella Silva Joventino<sup>5</sup>

Lorena Barbosa Ximenes<sup>6</sup>

**INTRODUÇÃO:** A hiperbilirrubinemia neonatal é uma das enfermidades mais frequente entre os recém-nascidos, a qual se caracteriza por uma concentração excessivamente alta de bilirrubina no sangue, deixando o recém-nascido (RN) icterício. A icterícia pode ocorrer devido à elevação de bilirrubina por destruição acelerada de glóbulos vermelhos, imaturidade hepática que torna o fígado incapaz de conjugar a bilirrubina, bem como pela obstrução das vias biliares<sup>1</sup>. A fototerapia é o tratamento mais utilizado na hiperbilirrubinemia neonatal por ser um método não invasivo e de alto impacto na diminuição dos níveis de bilirrubinas plasmáticas, para tanto, o RN submetido à fototerapia necessita de cuidados especiais e permanentes, sobretudo dos

---

1

<sup>1</sup> Acadêmico de Enfermagem 5º semestre da Faculdades do Nordeste (FANOR)

Endereço para correspondência: Rua Inácio Vasconcelos, nº 221, Messejana. Fortaleza-CE Tel: (85) 88040702. E-mail: [manoernesto@yahoo.com](mailto:manoernesto@yahoo.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará – UFC. E-mail: [raquellane83@hotmail.com](mailto:raquellane83@hotmail.com)

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialista em Programa Saúde da Família – PSF. Assistencial do Município de Itatinga e do Instituto Dr. José Frota – IJF. E-mail: [km.rocha@hotmail.com](mailto:km.rocha@hotmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC. Assistencial do Alojamento Conjunto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC e UTIN do HIAS. Docente da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO E-mail: [reginadodt@yahoo.com.br](mailto:reginadodt@yahoo.com.br)

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista do CNPq – Brasil. E-mail: [manujoventino@yahoo.com.br](mailto:manujoventino@yahoo.com.br)

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associado I do Departamento de Enfermagem da UFC. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Pesquisadora do CNPq. E-mail: [lboximenes@yahoo.com.br](mailto:lboximenes@yahoo.com.br)

**Trabalho 65 - 2/5**

enfermeiros que devem estar preparados para diagnosticar e intervir com rapidez e eficiência nas possíveis intercorrências<sup>2</sup>. O processo de enfermagem é uma estrutura organizacional, sólida que qualifica e individualiza o cuidado de enfermagem prestado ao usuário e facilita a documentação em enfermagem. Inclui cinco etapas e inter-relacionadas: histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento do cuidado, implementação do cuidado e evolução<sup>3</sup>. Identificar um diagnóstico de Enfermagem requer análise, síntese e acurácia ao interpretar e dar sentido a dados clínicos complexos. Logo, a identificação dos diagnósticos de enfermagem em todo o período do tratamento é necessária para que a Enfermagem possa realizar um plano de cuidados capaz de promover o retorno do cliente a um nível relativamente funcional de bem-estar tão rápido quanto possível<sup>4</sup>. Além disso, uso de uma linguagem padronizada de Enfermagem para documentar o pensamento do enfermeiro é uma forma capaz e eficiente de obter a compreensão interdisciplinar<sup>5</sup>. Assim, torna-se relevante conhecer os principais diagnósticos de enfermagem dos recém-nascidos submetidos à fototerapia para que a equipe de enfermagem possa elaborar planos de cuidados e intervenções adequadas às reais necessidades dessas crianças, aprimorando assim, a qualidade da assistência. **OBJETIVO:** Identificar os principais diagnósticos de enfermagem em recém-nascidos pré-termos que foram submetidos ao tratamento fototerápico. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em um hospital público de grande porte e de referência estadual, situado em Fortaleza-CE. A missão do referido hospital é atuar na assistência terciária humanizada, com procedimentos de alta complexidade, em clínica e cirurgia e no atendimento materno-infantil, preferencialmente a pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS e como Hospital de ensino e pesquisa. A amostra do estudo foi toda a população de recém-nascidos pré-termos, com diagnóstico de hiperbilirrubinemia neonatal, submetidos ao tratamento com fototerapia no mês de maio de 2008. Observaram-se os recém-nascidos pré-termos durante os dias em que estiveram usando fototerapia, em quaisquer de seus tipos, com a finalidade de identificar os principais diagnósticos de Enfermagem segundo a taxonomia da NANDA (2007-2008). Utilizou-se um formulário que abordou dados como: data de admissão da mãe no hospital, idade da mãe, sexo, diagnóstico médico, tipo de tratamento fototerápico. Os referidos dados foram obtidos por meio das informações presentes no prontuário das crianças, sendo transportados para o formulário

**Trabalho 65 - 3/5**

para fins de análise computacional. Realizou-se avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como seu exame físico com o intuito de identificar os diagnósticos de enfermagem relacionados. Os dados foram processados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (versão 13.0), analisados por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e discutidos de acordo com literatura pertinente. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde se realizou o estudo, conforme protocolo nº 216/2008, sendo obedecidos os princípios éticos segundo a Resolução nº196/96 instituída pelo Conselho Nacional de Saúde. **RESULTADOS:** Dos doze recém-nascidos pré-termos participantes da pesquisa, sete eram do sexo masculino (58,3%) e cinco do sexo feminino (41,7%). Quanto aos diagnósticos médicos encontrados nas crianças pré-termo, observou-se que 6 (50%) tinham síndrome do desconforto respiratório (SDR) e 1 (8%) era cardiopata. Dos doze recém-nascidos que realizavam fototerapia, 10 (83%) foram submetidos ao tratamento com bilispot e 2 (16%) com biliberço. Identificaram-se oito diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 50% nas crianças investigadas, sendo que seis diagnósticos foram observados na totalidade dos recém-nascidos pré-termos acompanhados na unidade (12-100%), são eles: risco de desequilíbrio na temperatura corporal; risco de infecção; risco de volume de líquidos deficientes; risco para integridade da pele prejudicada; risco para crescimento desproporcional e risco para comportamento desorganizado do bebê e atraso no crescimento e no desenvolvimento. A presença do diagnóstico risco de desequilíbrio na temperatura corporal na amostra estudada pode dever-se à imaturidade do centro termorregulador, bem como à limitação de gordura subcutânea que protegeria o neonato do estresse pelo frio. O risco para infecção pode estar associado ao elevado número de procedimentos invasivos nos RN estudados, à possibilidade de destruição de tecidos, à exposição ambiental aumentada e defesas primárias inadequadas. Ressalta-se que o RN em uso de fototerapia possui maior necessidade de reposição hídrica, fato que deve ser observado para que se previna o diagnóstico de enfermagem de risco de volume de líquidos deficientes. O risco para integridade da pele prejudicada pode ter relação tanto com o tratamento fototerápico quanto com a realização de procedimentos invasivos nas crianças pré-termos, associando-se à hipertermia, fatores mecânicos (esparadrapo), extremos de idade (prematuridade), radiação e estado de líquidos alterados. O risco para crescimento

**Trabalho 65 - 4/5**

desproporcional e o risco para comportamento desorganizado do bebê podem relacionar-se à prematuridade e à internação prolongada, pois estes fatores muitas vezes são acompanhados por restrições físicas, dependência dobrada e interrupção das rotinas de sono, alimentação, eliminações e brincadeiras. Contudo o risco para comportamento desorganizado do bebê também pode dever-se à hiperestimulação ambiental comum em unidades de internação neonatal. Ressalta-se que os seis diagnósticos mais prevalentes na amostra estudada trataram-se de diagnósticos de risco, inerentes à prematuridade e à internação. Constatou-se que dois diagnósticos de enfermagem, privação do sono e diarreia, foram presentes em 7 (58%) recém-nascidos pré-termos. Alguns diagnósticos de enfermagem foram identificados em 6 (50%) recém-nascidos pré-termos: hipertermia; perfusão tissular ineficaz; troca de gases prejudicada; padrão respiratório ineficaz. Enquanto que dois diagnósticos de enfermagem (amamentação ineficaz e risco para aspiração) fizeram-se presentes em 5 (42%) crianças um (constipação) foi encontrado em apenas um recém-nascido pré-termo (8%). Ressalta-se que em um paciente fez-se presente catorze dos quinze diagnósticos de enfermagem identificados no presente estudo. Diante disso, observa-se o quanto o RN pré-termo em tratamento de fototerapia encontra-se com suas necessidades humanas básicas afetadas, necessitando, assim, de que a enfermagem sistematize sua assistência, de modo que esta seja individualizada, holística e de qualidade, a fim de que se promova a saúde da criança.

**CONCLUSÃO:** Foi notório quão grande é a importância da realização da sistematização da assistência de enfermagem no período de tratamento desses recém-nascidos pré-termos, a partir daí tornando possível a elaboração de um plano de cuidados específicos para as peculiaridades no cuidado que elas necessitam. Acredita-se que a identificação correta dos diagnósticos de enfermagem pode interferir sobremaneira na presteza e eficácia das intervenções de enfermagem, consequentemente, de boas avaliações do recém-nascido. Além disso, o reconhecimento dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em determinada população facilitam o trabalho de uma enfermagem sistematizada e comprometida com a recuperação e reabilitação desses pacientes, proporcionando às crianças e familiares uma assistência mais humanizada.

**REFERÊNCIAS:**

**Trabalho 65 - 5/5**

1. Garces MLV. Manual de Enfermagem - Enfermagem Materno-infantil. São Paulo. Vergara, 2008.
2. Gomes NS, Teixeira JBA, Barichello E. Cuidados ao recém nascido em fototerapia: o conhecimento da equipe de enfermagem. Rev Eletr Enf [Internet]. 2010;12(2):342-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a18.htm>.
3. Cyrillo RMZ, Dalri MCB, Cristina JA. Construção e validação do instrumento de coleta de dados para a assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel avançado a vítimas de trauma. Rev RENE. 2005; 6 (2): 55-62.
4. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem- Conceitos, Processos e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
5. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006. Porto Alegre: Artmed; 2006.

**Palavras-chave:** Diagnósticos de Enfermagem; Hiperbilirrubinemia; Fototerapia

**Área temática:** 1- Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

**Trabalho 66 - 1/5**

**IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO  
DOMÍNIO ATIVIDADE/REPOUSO EM IDOSOS: ENFOQUE NA  
PREVENÇÃO**

Helisamara Mota Guedes<sup>1</sup>, Daniella Pires Nunes, Adélia Yaeko K. Nakatani, Maria  
Márcia Bachion

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) percebe-se o grande número de idosos que já foram hospitalizados. As ações dos profissionais da atenção básica são muito restritas no restabelecimento da saúde dos idosos que voltam a se reinternar. As doenças cardiopulmonares são as mais prevalentes entre os idosos<sup>1</sup>, e quando descompensadas podem gerar alterações nas respostas humanas que envolvam sono/repouso, atividade/exercício, equilíbrio de energia, respostas cardiovasculares/pulmonares e autocuidado, que são fenômenos envolvidos no domínio atividade/repouso da NANDA<sup>2</sup>. Diante da necessidade de se repensar a atuação do enfermeiro na saúde do idoso, surge a necessidade de se conhecer as respostas humanas que levam idosos a se internar. O conhecimento dos DE poderá auxiliar na reestruturação do planejamento da assistência de enfermagem na comunidade, ampliando o espaço do enfermeiro e reforçando suas competências diante da equipe interdisciplinar, contribuindo para a integralidade e resolubilidade. Esta pesquisa pretende contribuir para uma reflexão da atenção à saúde do idoso, nas instituições hospitalares e na própria atenção básica, uma vez que, medidas neste contexto, também serão necessárias, após a alta hospitalar. Os resultados gerados poderão direcionar o ensino de enfermagem na área de saúde do idoso e apontar questões para pesquisas futuras. Esta pesquisa objetivou analisar o perfil dos diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/repouso, da Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), na admissão hospitalar de idosos. Tratou-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, em 28 idosos admitidos nas primeiras 24 horas, na clínica médica, em um Hospital Escola da Região

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás. Docente da Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri. R: Grupiara, no 150, B: Vila Operária, Diamantina, Minas Gerais, CEP: 39100-000. E-mail: helisamaraguedes@yahoo.com.br.

**Trabalho 66 - 2/5**

Centro-Oeste. A coleta de dados ocorreu entre abril a outubro de 2007, mediante a utilização de um instrumento estruturado para avaliação do idoso. Para a identificação dos diagnósticos de enfermagem foi utilizado o processo de raciocínio clínico de acordo com Risner (1995)<sup>3</sup>. Este estudo foi aprovado pela Diretoria Geral do Hospital Escola e o Comitê de Ética em Pesquisa Médica e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo 171/06). Os resultados mostraram que os 28 idosos admitidos na clínica médica apresentaram como características serem predominantemente homens 21(75,0%), casados (71,4%), católicos (75,0%), portadores de duas ou mais enfermidades 21(75,0%), destacando-se as cardiovasculares com 18(64,2%). No domínio Atividade/Repouso foram identificados doze títulos de diagnósticos, dentre os 26 previstos na taxonomia da NANDA<sup>2</sup>. O número de diagnósticos variou de 1 a 8 com média de 2,1 ( $\pm$  DP) por idoso. Os principais diagnósticos encontrados foram: insônia 8(28,5%), fadiga 7(25,0%), mobilidade física prejudicada 7(25,0%) e intolerância à atividade 7(25,0%). O diagnóstico insônia refere-se ao “distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa”<sup>2:170</sup>, esteve relacionado principalmente à falta de ar 4(50%) e foi caracterizado por queixas referentes ao tempo despendido, na cama, sem dormir, dificuldades para reiniciar o sono, menor duração do sono noturno, maior latência de sono e despertar, pela manhã, mais cedo do que o desejado. A falta de ar relatada, pelos idosos, pode ser decorrente das doenças cardiopulmonares, uma vez que estas geram despertares frequentes, agitação no leito, dificuldade para voltar a dormir, perambular noturno. Entende-se por fadiga “uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual”<sup>2:139</sup>. Os fatores relacionados a esta resposta humana foram: estado de doença 6(85,7%), condição física debilitada 3(42,8%) e anemia 1(14,2%). Apresentou como característica definidora a incapacidade de manter o nível habitual de atividade física, cansaço, incapacidade de manter as rotinas habituais, incapacidade de restaurar as energias, mesmo após o sono. Entre os idosos, um dos sintomas mais comuns é a fadiga decorrente de eventos como: anemia, insuficiência cardíaca, hemodiálise e câncer caracterizada por letargia, sonolência, diminuição da motivação, atenção, paciência e concentração, sofrimento, necessidade extrema de descanso e mal-estar. No que tange à dificuldade de realização das atividades habituais do dia-a-dia, encontra-se a fadiga

**Trabalho 66 - 3/5**

causada por fatores físicos ou mentais. O indivíduo sente-se incapacitado para realizar suas atividades da vida diária e, portanto, apresenta redução de sua capacidade de trabalho. A resposta humana intolância à atividade refere-se “à energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas”<sup>2:38</sup>, e a causa mais frequente foi o desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio (57,1%), que foi definida por relato verbal de fadiga ou fraqueza. Os fatores relacionados a esse diagnóstico estão ligados diretamente ao tipo de doença manifestada, pois os idosos, deste estudo, apresentaram como patologia de base doenças dos aparelhos cardíaco e respiratório. Estes dados sugerem que as doenças cardiorrespiratórias reduzem a oxigenação dos tecidos, diminuindo assim a energia necessária para desempenhar atividades como: prática de atividade física, autocuidado, cuidados com o lar e objetos pessoais. Isto é consequência do desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio e a fraqueza causada por aquelas patologias. Reforça-se a necessidade da visão ampliada do enfermeiro tendo em vista que muitos fatores que interferem na saúde do idoso como: o avanço da idade, condições físicas e patológicas. O desafio é fazer com que o idoso permaneça autônomo e independente, praticando atividades que promovam a qualidade de vida. Em condições basais, a função cardíaca é suficiente para as necessidades orgânicas. No entanto, em condições de sobrecarga, como é o caso de presença de esforços, a reduzida capacidade de reserva poderá ser responsável pela descompensação. O diagnóstico mobilidade física prejudicada é descrito como “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades”<sup>2:190</sup>. Essa resposta esteve relacionada às restrições prescritas de movimentos que foram caracterizadas por locomover de forma lenta. Observou-se que alguns idosos sentiam dificuldades e dores ao trocar de passo, e em determinados momentos apoiavam-se nas superfícies ou nas pessoas. Estudo demonstra que dentre as possíveis causas para a mobilidade física prejudicada em idosos destacam-se: a redução da força física; redução tanto da força estática e dinâmica máxima quanto da potência e da velocidade máximas; diminuição da tolerância ao esforço físico; dores; perdas do domínio cognitivo; menor estimulação sobre o sistema cardiovascular; alterações nas funções neuromusculares; enfraquecimento muscular; lesões que afetam músculos, ossos e ligamentos e também doenças crônico-degenerativas<sup>4</sup>. Diante dos fatores relacionados e das características definidoras do domínio Atividade/ Repouso

**Trabalho 66 - 4/5**

verificou-se que todos se referiram ao estado de doença. Por isso, o enfermeiro deve intervir através da promoção de atividades inerentes a situação, para a obtenção do nível desejado para o regime terapêutico. A internação hospitalar é considerada de risco para as pessoas idosas, em função da diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes irreversíveis. Diante disto, a equipe de enfermagem deve estar preparada para amenizar os riscos causados pela internação hospitalar, e atuar na prevenção de sequelas que possam diminuir a autonomia e independência dos idosos. Uma vez detectada as consequências das doenças crônicas ações deverão ser implementadas precocemente a fim de permitir ao idoso uma boa qualidade de vida, maior sobrevida livre de complicações. Conclui-se que o domínio Atividade/Repouso trata-se da produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos, sendo de vital importância para o restabelecimento da saúde do idoso. Exige-se do enfermeiro que esteja capacitado quanto aos aspectos humano, científico e técnico para lidar com o envelhecimento, e preparado para trabalhar com a prevenção de incapacidades e doenças. A sistematização da assistência corresponde é um instrumento de trabalho que facilita a aplicação de planejamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem a essa clientela. Os diagnósticos identificados subsidiarão o planejamento da assistência de enfermagem individualizada, por meio da otimização dos recursos humanos e materiais, garantindo a qualidade do cuidado prestado, ao idoso. Verifica-se que a maioria dos idosos tem como causas e fatores de risco os problemas biológicos, envolvendo as alterações fisiológicas do envelhecimento e as doenças crônicas, mesmo sabendo das influências psicossociais, as biológicas ainda preponderaram na admissão. Esta associação consiste em um desafio para a assistência ao idoso, pois requer um planejamento resolutivo somado à necessidade de capacitação de profissionais para atender à clientela utilizando-se para isto de ações contínuas que minimizem os fatores de risco e os reais, tanto no ambiente hospitalar quanto na atenção básica. Por se tratar de idosos, no momento da admissão hospitalar, torna-se importante enfatizar a necessidade da atuação multiprofissional e interdisciplinar. Este estudo aponta para a necessidade de conhecimentos das especificidades do processo de envelhecimento humano, principalmente as alterações cardiorrespiratórias.

Referências:

**Trabalho 66 - 5/5**

1. Sousa VEC, Lopes MVO, Rocha DH, Páscoa LM, Montoril MH, Melo RP. Troca de gases prejudicada: análise em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Rev enferm UERJ. 2008; 16: 545-49.
2. NANDA. Diagnóstico de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2007-2008. Tradução de Cristina Correa. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
3. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Christesen PJ, Kenney JW, organizadoras. Nursing process application of conceptual models. St. Louis: Mosby; 1995. p 124-49.
4. Araújo LAO, Bachion M. M. Diagnósticos de enfermagem do padrão mover em idosos da comunidade. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39: 53-61.

Palavras-chave: diagnóstico de enfermagem, idoso, cuidados de enfermagem.

Área Temática:

Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

Trabalho 67 - 1/5

DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS PARA O RESULTADO DE ENFERMAGEM COMPORTAMENTO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS: VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS\*

Thelma Leite de Araujo<sup>1</sup>

Allyne Fortes Vitor<sup>2</sup>

Marcos Venícios de Oliveira Lopes<sup>3</sup>

Introdução: A operacionalização de um sistema de linguagem seja este referente a diagnósticos, intervenções ou resultados, pode contribuir para a construção de um raciocínio clínico mais acurado, além de facilitar a comunicação entre os profissionais e permitir o desenvolvimento da enfermagem<sup>1</sup>. Verifica-se a urgência de construção e avaliação de definições constitutivas para os resultados de enfermagem existentes, como no caso do Comportamento de Prevenção de Quedas, com o uso do devido rigor científico, com a finalidade de prover instrumentos cientificamente fundamentados, amplos e criteriosos para avaliação do estado de saúde. Observa-se quanto a isto, que a avaliação correta do risco de quedas no paciente fornece um substrato essencial e adequado ao melhor planejamento do cuidado preventivo. É notória a necessidade de desenvolver parâmetros para a mensuração do risco de quedas especificamente no âmbito hospitalar, conquanto seja um importante indicador sobre a qualidade da assistência. Objetivos: Submeter à validação por especialistas as definições constitutivas para os indicadores do resultado de enfermagem NOC<sup>2</sup> (Nursing Outcomes Classification) Comportamento de Prevenção de Quedas. Metodologia: As definições constitutivas foram anteriormente construídas mediante método de pesquisa integrativa e análise do conceito “quedas”, realizada com base no modelo proposto por Walker e Avant<sup>3</sup> e com o uso de sete critérios da psicometria: Comportamental, Simplicidade, Clareza, Precisão, Tipicidade, Amplitude<sup>4</sup>. Posteriormente, as definições construídas foram submetidas à validação por especialistas, analisadas com uso dos sete critérios da psicometria<sup>4</sup>. Os especialistas foram selecionados conforme os critérios de Fehring<sup>5</sup> adaptados para o estudo. O cálculo amostral foi determinado por  $n = 1,96^2 \cdot 0,85 \cdot 0,15 / 0,15^2$  e com isso, obteve-se uma amostra de 22 especialistas, captados por amostragem bola-de-neve. Em seguida ao aceite do convite, tais especialistas

\*Estudo extraído da tese de Allyne Fortes Vitor, discente do curso de Doutorado em Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Desenvolvido no projeto Ações de cuidado em saúde cardiovascular-UFC.

1. Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professor Associado II da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora CNPq. End.: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fortaleza-CE. E-mail: thelmaaraujo2003@yahoo.com.br.

2. Enfermeira. Mestre em enfermagem. Discente do curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CNPq processo nº 141203/2008-0. E-mail: allynefortes@yahoo.com.br.

3. Enfermeiro. Doutor em enfermagem. Professor Adjunto IV da Universidade Federal do Ceará. Pesquisador CNPq. E-mail: marcos@ufc.br.

### Trabalho 67 - 2/5

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O “instrumento fase 1” foi submetido a três juízes não pertencentes à amostra para refinamento. Os especialistas avaliaram cada definição constitutiva ao atribuir as notas: -1 (definição constitutiva/ indicador não adequada); 0 (definição constitutiva de algum modo adequada) ou +1 (definição constitutiva adequada). Assim, a frase referente à definição constitutiva deveria ser consistente com seu respectivo indicador. Os dados de cada especialista, e suas respectivas notas para cada definição foram organizados no programa Excel 2007. Em sequência, foi calculada a média ponderal para cada definição constitutiva de cada indicador do resultado de enfermagem NOC Comportamento de Prevenção de Quedas e aplicado o teste binomial para verificar diferença entre a proporção de concordância calculada e a proporção esperada de 0,85. Resultados: Daqueles que retornaram o instrumento dentro do prazo estabelecido previamente, todos atenderam os critérios de inclusão, ao atingir a pontuação mínima necessária de 5 pontos. Portanto, esta etapa do estudo contou com a participação de 22 enfermeiros, conforme indicou o cálculo amostral. Mediante a revisão integrativa e análise de conceito, 28 definições foram construídas e pela análise dos especialistas e cálculo de média ponderal, todas apresentaram índice de concordância maior que 0,85. Conforme a aplicação do teste binomial, as definições constitutivas com  $p < 0,05$ , ou seja, diferente do índice de 0,85, se apresentaram desta forma por possuir, na verdade, índice de concordância maior que 0,85. As sugestões referidas pelos especialistas foram, na maioria, acatadas pelos pesquisadores, indispensáveis para a disposição da proposta final das 28 definições constitutivas para o resultado de enfermagem NOC Comportamento de Prevenção de Quedas. A lista final contempla os seguintes indicadores (definições constitutivas): 1. Usa corretamente mecanismos auxiliares (Usa de forma correta o mecanismo auxiliar como andador, bengala, cadeira de banho ou outras tecnologias assistivas durante a deambulação); 2. Provê auxílio pessoal (Solicita ajuda de familiares, amigos, cuidadores ou profissionais, por meio das relações sociais, na execução das tarefas mais arriscadas para a ocorrência de quedas); 3. Coloca barreiras para prevenir quedas (Utiliza barreiras seguras para prevenir quedas durante a permanência no leito como grades ou travesseiros); 4. Faz uso de corrimãos conforme a necessidade (Utiliza corrimãos sempre e corretamente durante uso de escada, rampa ou durante uma mudança no nível do solo); 5. Elimina água derramada (Utiliza estratégias

**Trabalho 67 - 3/5**

para manter o chão livre de água); 6. Elimina o acúmulo de objetos e obstáculos no chão (Diminui ou elimina obstáculos e objetos soltos pelo chão, mantendo o ambiente organizado); 7. Prende pequenos tapetes (Elimina tapetes ou utiliza estratégias seguras para prender tapetes ao piso para prevenir deslizos ou tropeços); 8. Utiliza adequadamente banquinhos e escadas (Sobe e desce de banquinhos ou escadas lentamente, um degrau por vez, com concentração, apoiando todo o pé no degrau, sem desviar a atenção para alcançar objetos) 9. Usa calçado adequado para prevenir quedas (Sempre que vai deambular, faz uso de calçado fechado, com solado antiderrapante, de suporte reforçado no calcanhar, com calcanhar de salto baixo, com meia-sola mais fina que o calcanhar, sendo flexível e firme, provido de mecanismo de amarração e sem pontos de tensão); 10. Adapta a altura do vaso sanitário conforme a necessidade (Faz uso de estratégias para adaptar a altura do vaso sanitário conforme a sua necessidade de maneira a apoiar por completo os pés no chão ao sentar-se e levantar-se do vaso); 11. Utiliza adequadamente cadeiras (Utiliza cadeiras ou poltronas apenas para sentar, somente as que possuem braços e que facilitem os atos de sentar-se e levantar-se); 12. Usa adequadamente a cama (Emprega ações que visam reduzir o risco de quedas enquanto está deitado, muda de posição no leito, vai deitar-se ou levantar-se dele); 13. Usa tapetinhos de borracha na banheira/ ou box do chuveiro (Utiliza tapetes de borracha na banheira ou chuveiro e os prende ou estende quando não estão em uso); 14. Descreve medidas para prevenção de quedas (Descreve todas as medidas transmitidas sobre prevenção de quedas a serem executadas por ele); 15. Anda de um modo eficaz (Deambula com equilíbrio em linha reta, aplane ou declive totalmente independente); 16. Executa posicionamento eficaz do corpo (Desempenha o posicionamento ereto do corpo com equilíbrio e completamente independente); 17. Usa barras de segurança para as mãos (Utiliza barras de segurança para o apoio das mãos antes, durante ou após o uso de banheira, chuveiro ou vaso sanitário); 18. Controla a agitação e a inquietação (Controla espontaneamente ou faz uso de estratégias para controlar ou prevenir a sensação de agitação ou inquietação); 19. Utiliza precauções ao tomar medicamentos que aumentam o risco de quedas (Adota ações que eliminam, minimizam ou compensam os efeitos adversos dos medicamentos que aumentam o risco de quedas); 20. Utiliza adequadamente recursos de correção da visão (Utiliza recursos para melhorar a capacidade de enxergar objetos e obstáculos do ambiente ou para compensar a

**Trabalho 67 - 4/5**

diminuição da acuidade visual); 21. Faz uso de procedimento seguro de transferência (Utiliza ações seguras no ajuste de altura, no travamento de rodas, na aproximação, no posicionamento do corpo e da cadeira e na utilização de auxílio pessoal ou equipamentos auxiliares para movimentar-se entre cama, maca ou cadeiras de rodas ou cadeiras higiênicas); 22. Utiliza iluminação adequada (Ajusta a iluminação para adequar-se à capacidade ou necessidade para enxergar o ambiente claramente); 23. Uso correto do sistema de alarme (Usa dispositivo de alarme que solicita ajuda em caso de dificuldade, urgência, emergência ou ocorrência de quedas); 24. Administra urgência urinária/intestinal (Faz uso de estratégias ou auxílio pessoal para minimizar ou administrar de forma segura a saída súbita do local onde está para atender à urgência de urinar ou defecar); 25. Controla o medo de cair (Controla espontaneamente ou faz uso de estratégias para controlar a auto-percepção de baixa eficácia para evitar quedas durante atividades essenciais, não-perigosas do cotidiano); 26. Faz uso de roupas do tamanho adequado (Utiliza roupas de tamanho adequado quanto ao comprimento e largura); 27. Utiliza corretamente recursos de correção auditiva (Uso adequado de amplificação sonora para seguir uma conversação ou ouvir sons de objetos se aproximando); 28. Controla o peso (Mantém um peso excelente para sua compleição física ( $18,5 < \text{Índice de Massa Corpórea} < 24,9$ )). Conclusão: As definições constitutivas para o resultado de enfermagem NOC Comportamento de Prevenção de Quedas obtiveram índice de concordância estatisticamente maior que 0,85, sendo consideradas de conteúdo válido, semelhante ao que existe na literatura científica e capaz de mensurar o construto comportamento de prevenção de quedas. Entretanto, ainda é necessária investigar sua validade clínica em populações específicas, atendidas em ambiente hospitalar, sendo assim, recomendado o desenvolvimento sistemático de pesquisas neste sentido.

Palavras-chave: Enfermagem; Estudos de Validação; Avaliação em Enfermagem.

Área temática do trabalho: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

Referências:

1. Silva VM. Padrão respiratório ineficaz em crianças portadoras de cardiopatias congênitas: validação de um instrumento de avaliação dos resultados de enfermagem. Fortaleza-CE; 2007 [Doutorado] - Universidade Federal do Ceará.

**Trabalho 67 - 5/5**

2. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Classificação dos Resultados de Enfermagem. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. Walker LO, Avant KC. Strategies for Theory Construction in Nursing. 4ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall; 2005.
4. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. 1ed. Brasília: LabPAM/IBAPP; 1999.
5. Fehring R. The Fehring Model. Philadelphia: JB Lippincott - North American Nursing Diagnosis Association; 1994.

Trabalho 68 - 1/5

O CUIDADO À MÃE QUE AMAMENTA UTILIZANDO  
NANDA/NIC

Vívian Mara Ribeiro<sup>1</sup>, Liane Oliveira Souza Gomes<sup>2</sup>, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery<sup>3</sup>

**INTRODUÇÃO:** Este estudo aborda os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, em relação à amamentação, tendo como referencial a assistência sistematizada segundo a classificação da *North American Nursing Diagnosis Association* (Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem) – NANDA e da *Nursing Intervention Communication – NIC*<sup>1, 2</sup>. A NANDA possui três diagnósticos de enfermagem com características definidoras e fatores relacionados a amamentação, denominados: **amamentação eficaz, amamentação ineficaz e amamentação interrompida**, além de trazer também outro diagnóstico congruente com a temática, denominado **padrão ineficaz de alimentação do bebê**<sup>1</sup>. A **amamentação eficaz** é definida quando o binômio mãe-filho/família demonstra adequada proficiência e satisfação com o processo de amamentação. A **amamentação ineficaz** tem como definição a insatisfação ou dificuldade que a mãe, bebê ou criança experimenta com o processo de amamentação. E a **amamentação interrompida** como a quebra na continuidade do processo de amamentação como resultado de incapacidade ou inconveniência de colocar a criança no peito para mamar. O **padrão ineficaz de alimentação do bebê** se define pela capacidade prejudicada de um bebê de sugar ou de coordenar a resposta sucção-deglutição, resultando em nutrição oral inadequada para as necessidades metabólicas<sup>1</sup>. A utilização do diagnóstico de enfermagem e suas respectivas intervenções, como etapas do processo de enfermagem, no atendimento ao binômio mãe-filho, durante o período pré e pós-natal pode contribuir para uma assistência mais direcionada e eficaz ao aleitamento materno. Amamentar é um processo que envolve interação entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, imunológico, em sua fisiologia e no desenvolvimento cognitivo e emocional.

1, 2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -UESB. Rua Email: alvares.eduardo@ig.com.br.

3 Enfermeira. Doutora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -UESB.

**Trabalho 68 - 2/5**

As características do leite humano como fonte de alimento e de proteção contra doenças, e do ato de amamentar, como fonte de desenvolvimento afetivo do binômio mãe-filho, justifica a recomendação da Organização Mundial de Saúde em priorizar a amamentação exclusiva por seis meses de vida do bebê<sup>3</sup>. Apesar dos benefícios esclarecidos e postulados, muitos são os fatores que podem levar ao insucesso da amamentação, estudos mostram que o profissional de saúde tem papel fundamental como apoio no processo de amamentar, tanto durante o pré-natal quanto no pós-parto imediato.<sup>4</sup> **OBJETIVOS:** Conhecer o impacto de ações na Atenção Básica em Saúde, relacionadas a amamentação; Traçar o diagnóstico de enfermagem em amamentação de acordo com as características definidoras; Implementar as intervenções de enfermagem relacionadas à amamentação no momento da coleta de dados. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de intervenção, descritivo, realizado no município de Jequié/BA. A coleta de dados foi realizada entre 22 e 30 de maio de 2010, após a submissão e aprovação da referida pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, sendo aprovado através do parecer 081/2009. Os sujeitos foram 05 mães e seus filhos acompanhados no serviço de Crescimento e Desenvolvimento de uma Unidade de Saúde da Família-USF, do município. O critério de inclusão foi a criança estar na faixa etária de 0 a 02 meses de vida. Utilizou-se como estratégia a visita domiciliar com os agentes comunitários de saúde que acompanhavam as mães em suas microáreas, da área adscrita da USF. Os instrumentos utilizados foram o cartão da criança; um guia contendo as características definidoras para identificação do Diagnóstico de Enfermagem e a definição das atividades relacionadas à Sistematização da Assistência de Enfermagem. Foram utilizadas as técnicas de entrevista, observação e exame clínico das mamas para a investigação de possíveis diagnósticos. **RESULTADOS:** A idade das mães variou entre 17 e 34 anos, apenas uma das informantes tinha atividade extradomiciliar, porém se encontrava em licença maternidade no momento da coleta dos dados e apenas uma estudava. Todas as informantes tinham companheiros, quatro moravam com outros membros da família e apenas uma morava apenas com o companheiro. Foi investigado também sobre o acompanhamento por algum profissional de saúde durante a gestação e todas disseram terem sido acompanhadas no pré-natal. Com relação aos diagnósticos de enfermagem encontrados na sua totalidade as informantes apresentaram características definidoras que definiam como **Amamentação**

**Trabalho 68 - 3/5**

**Eficaz** o diagnóstico de enfermagem presente no momento. Os fatores relacionados para esse diagnóstico também foram encontrados em sua totalidade. No momento da coleta percebeu-se que as mães estavam muito confiantes na prática do aleitamento e na importância dessa prática para o desenvolvimento de seus bebês. Todas demonstraram conhecimentos sobre amamentação, relatando que foram adquiridos durante o acompanhamento pré-natal, com o enfermeiro da unidade de saúde. Em relação aos aspectos fisiológicos e de estrutura mamária das mães todas apresentaram normalidade, a estrutura oral das crianças também não apresentaram alterações. Ao serem indagadas sobre apoio no processo de amamentação, todas relataram encontrá-lo principalmente entre suas próprias mães e entre os companheiros. Apenas uma das informantes relatou ter encontrado resistência da sogra sobre a amamentação referindo que o argumento foi a não saciedade do bebê após a mamada. A importância do apoio da família e principalmente do companheiro ficou muito evidente durante as visitas domiciliares realizadas, bem como a presença de outras mulheres da família nos momentos da amamentação e dos cuidados com o bebê. As intervenções de enfermagem implementadas neste estudo foram relacionadas à Assistência na Amamentação, levando em consideração o diagnóstico de Amamentação Eficaz e a não introdução de mamadeira para a alimentação da criança. Como uma forma de preparar uma nova mãe para amamentar seu bebê, ou de reforçar a manutenção do processo de aleitamento materno em andamento, a assistência deve ser desenvolvida pelo enfermeiro a partir das necessidades encontradas. Durante este estudo foi possível realizar orientações pertinentes ao momento de cada mãe no ato de amamentar. A monitoração da sucção do bebê, da integridade do seio da mãe, a observação da pega e da posição correta, a orientação sobre a livre demanda, a técnica correta para interrupção da mamada e a prevenção de formação de feridas em mamas foram possíveis de serem realizadas no momento da mamada, durante as visitas domiciliares. As orientações sobre a regurgitação do bebê e sobre as características normais das eliminações e dos estirões de crescimento dos mesmos foram realizadas como um reforço, pois as mães já estavam esclarecidas sobre essas questões. As informantes relataram que haviam sido discutidas essas informações no serviço de Pré-natal pelo enfermeiro e algumas relataram que haviam sido orientadas por suas mães sobre tais aspectos. Foi encorajado que a mãe oferecesse ambos os seios, justificando a importância do leite do fim como fonte de

**Trabalho 68 - 4/5**

gordura, monitorado o reflexo da descida e orientado sobre formas de armazenamento e aquecimento do leite materno e oferta de suplementação, somente quando necessário e indicado pelo profissional de saúde. Com relação à saúde materna, foram abordadas a dieta equilibrada, ingesta hídrica, os períodos frequentes de repouso e a importância de consultar profissionais antes do uso de qualquer medicamento inclusive de métodos contraceptivos. Encorajou-se a mãe a evitar cigarros durante o período em que estivesse amamentando e a manutenção da lactação após a volta do trabalho ou escola.

**CONCLUSÃO:** Os resultados encontrados permitiram concluir que o acompanhamento da gestante no serviço de Pré-Natal contribui de forma significativa com o processo de aleitamento materno, tanto em sua adesão quanto em sua manutenção. A participação de outros membros da família durante as visitas realizadas quer esclarecendo dúvidas ou expressando suas opiniões sobre o tema demonstrou que o Aleitamento Materno é um processo que envolve toda a família. Desse modo, pode-se sugerir um direcionamento das ações dos enfermeiros que lidam com o aleitamento materno no sentido de envolver toda a célula familiar para alcançar sucesso nas ações educativas e no cuidado à mãe que amamenta. Discutir sobre um tema de relevância como a amamentação contribui para que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, possam refletir e aprimorar suas práticas, buscando estratégias que possam ampliar e melhorar a qualidade dos serviços que são prestados ao binômio mãe-filho.

Palavras-Chave: Amamentação; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermeiro.

Área Temática: Sistematização da assistência na Atenção à saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

REFERÊNCIAS

**Trabalho 68 - 5/5**

1. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA. Diagnóstico de Enfermagem da Nanda: definições e classificação. 2007 – 2008. Porto Alegre: Artmed, 2008.
2. NURSING INTERVENTION COMMUNICATION – NIC. Comunicação das Intervenções de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2008.
3. Carrascoza KC et al. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estud Psic.* 2005; 22 (4): 433-440.
4. Santos LC, Ferrari AP, Tonete VLP. Contribuições da enfermagem para o sucesso do aleitamento materno na adolescência: revisão integrativa da literatura. *Cienc Cuid Saude.* 2009; 8(4): 691-698.

**Trabalho 69 - EXPECTATIVAS DOS ENFERMEIROS DA UTI ACERCA DA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Liane Oliveira Souza Gomes<sup>1</sup>, Linalva Santos Oliveira<sup>2</sup>, Thaís Larissa de Oliveira Santos<sup>3</sup>, Agnes Claudine Fontes De La Longuinere<sup>4</sup>.

**INTRODUÇÃO:** Este estudo qualitativo aborda sobre as expectativas dos enfermeiros na implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), no município de Jequié-BA. A SAE propõe a organização e sistematização do cuidado ao paciente, através dos enfermeiros. Assim, a SAE é uma atividade na qual através de um método e estratégia de trabalho científico realiza-se a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando a prescrição e implementação das ações da assistência de enfermagem<sup>1</sup>. Com a aplicação dessa metodologia de trabalho é possível um planejamento individualizado das ações de enfermagem, além de valorizar o profissional enfermeiro e demais categorias de Enfermagem. Portanto, entendemos que a SAE é um processo sistemático e organizado da prestação do cuidado ao paciente, elaborado pelo enfermeiro, por meio das etapas do processo de enfermagem que são histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação e avaliação<sup>2</sup>. Deste modo, a SAE é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado<sup>2</sup>. Deste modo, a SAE já é realidade em algumas instituições hospitalares do Brasil, e deixou de ser apenas uma ferramenta de trabalho, passando a ser também após a sua implantação/implementação uma exigência através da Resolução COFEN- 272/2002 de 27 de agosto de 2002 em toda instituição de saúde, seja ela, pública ou privada que pres-

---

<sup>1</sup>Enfermeira da Maternidade do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -UESB. Rua Apolinário Peleteiro, nº: 351 - Campo do América, Email: alvaes.eduardo@ig.com.br.

<sup>2</sup>Enfermeira da Maternidade do HGPV. Discente do Curso de Especialização em Unidade de Terapia Intensiva, pela IBPEX- INSTITUTO BRASILEIRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO.

<sup>3-4</sup>Enfermeiras da UTI do HGPV. Discentes do Curso de Especialização em Unidade de Terapia Intensiva, pela IBPEX- INSTITUTO BRASILEIRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO.

ta assistência de enfermagem ao indivíduo<sup>3</sup>. O enfermeiro de posse desta tecnologia reconhece a importância de continuar na busca de constantes atualizações, seja no aprofundamento teórico seja em função dos desafios impostos pela necessidade de conhecimento como base para uma assistência de qualidade ao paciente<sup>4</sup>. Assim, por tudo isso e também pela necessidade de implantar e implementar a SAE neste hospital justificar-se o interesse inicial em realizar este estudo, o qual propõe a ser relevante para a profissão de enfermagem e comunidade científica. **OBJETIVOS:** Conhecer as expectativas dos Enfermeiros da UTI acerca da implantação da SAE e os objetivos específicos são: averiguar o conhecimento desses enfermeiros acerca da SAE e identificar as possíveis dificuldades e facilidades na implantação da SAE nesta UTI. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, tendo como campo de pesquisa a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HGPV do município de Jequié-BA. A coleta de dados foi realizada no período de 1 à 30 de Setembro do ano de 2009. Para a técnica de coleta de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada, tendo como sujeitos da pesquisa sete enfermeiros atuantes na UTI deste hospital, sendo que estes foram selecionados com base no seguinte critério de inclusão: atuarem na UTI desde a sua implantação no HGPV, no ano de 2006, considerando que estes enfermeiros teriam maiores condições de responderem à entrevista no estudo. Na análise dos dados usamos a técnica de análise de conteúdo. Foram atendidas as diretrizes contidas na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, respaldados os aspectos éticos e legais da pesquisa. Na coleta os enfermeiros, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando sigilo da pesquisa e anonimato das informações, contidas na entrevistas. **RESULTADOS:** Quanto ao tempo de graduação dos enfermeiros, este variou de dois à vinte anos de formado e em relação ao tempo de serviço na UTI de um ano e seis meses à três anos e sete meses, o que poderíamos concluir que muitos enfermeiros estão atuando nesta unidade desde à sua inauguração no hospital. Os enfermeiros demonstraram quando questionados sobre o que entendia sobre SAE conhecimento científico, como também que a implantação da SAE é um processo importante para organização do trabalho de enfermagem na UTI e que busca o planejamento das ações de enfermagem para a execução do cuidado e consequentemente a melhoria na qualidade da assistência ao paciente crítico. Em

relação como a SAE pode contribuir para o processo de enfermagem na unidade de terapia intensiva, dois enfermeiros responderam que a SAE abre espaço para o reconhecimento da enfermagem, como uma profissão exemplar e que pode contribuir para o aumento da autonomia da enfermagem nesta unidade e passar a compreender o paciente como um ser bio-psico-social, como também documentar toda a prática profissional que poderá contribuir para pesquisa científica e para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade e economizar tempo ao passo que planejamos as ações. Na entrevista às expectativas dos enfermeiros em relação a implantação da SAE todos foram á favor à implantação e uma das expectativas relatado por uma das enfermeiras é o reconhecimento da enfermagem. Na pesquisa, cinco destas entrevistadas espera que a SAE possa contribuir com a melhoria da qualidade da assistência e que através deste processo possa se fortalecer à categoria de enfermagem e humanizar à assistência ao paciente nesta unidade de tratamento. No estudo foram identificados as seguintes facilidades: conhecimento do enfermeiro sobre a SAE e já ter o impresso da SAE bem elaborado para a execução do processo de enfermagem. As dificuldades encontradas no estudo foram: o número reduzido de técnicos de enfermagem nesta unidade para auxiliar o enfermeiro neste processo; a inexperiência da grande maioria da equipe de enfermagem com o novo método e a demanda de trabalho excessiva no cuidado ao paciente crítico pela equipe de enfermagem, como também a falta de conhecimento sobre a SAE pelos técnicos de enfermagem, devido inclusive estes atuarem com prática antigas no processo de cuidar.

**CONCLUSÃO:** Após a análise dos resultados, concluímos que o processo de cuidado na UTI é altamente especializado e complexo e que o enfermeiro através da SAE pode desenvolver na Unidade de Terapia Intensiva, a sistematização e a organização do processo de trabalho e por conseguinte, do trabalho da equipe de enfermagem, mostrando imprescindível uma assistência de qualidade, no tratamento aos pacientes, sendo preciso para a implantação da SAE a capacitação dos técnicos de enfermagem sobre o processo de enfermagem para facilitar o processo de implantação e execução no processo de trabalho e consequentemente para facilitar a implantação do método seria necessário aumentar o número de técnicos de enfermagem nesta unidade de tratamento. Assim, teríamos com a implantação da SAE nesta unidade de tratamento o reconhecimento da enfermagem.

Palavras-Chaves: Enfermeiro; assistência; Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Área Temática: Sistematização da assistência na Atenção à saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

#### REFERÊNCIAS

1. Truppel TC et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009; mar-abril; 62(2): 221-227
2. GARCIA TR. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexos sobre o processo: livro resumo. In: Anais do 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Recife: Associação Brasileira de Enfermagem, 2002.
3. COFEN. Resolução nº 272, de 27 de agosto de 2002.
4. PIRES SMB. Sistematização do cuidado em enfermagem: uma análise da implementação. Curitiba, 2007.

Trabalho 70 - 1/5

**APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM À CLIENTE  
PORTADORA DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM UMA UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE CASO**

**Natália de Melo Manzi<sup>1</sup>**

**Andréa Mathes Faustino<sup>2</sup>**

**Paula Elaine Diniz dos Reis<sup>3</sup>**

**Ivone Kamada<sup>3</sup>**

**Cristine Alves Costa de Jesus<sup>3</sup>**

INTRODUÇÃO: A enfermagem é uma profissão essencial na qualidade da assistência em saúde e tem como objetivo promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde do indivíduo, família ou comunidade. Seu foco de trabalho não está na doença, e sim na resposta dos indivíduos aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais<sup>1</sup>. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado<sup>2</sup>. Nesse contexto, é possível propiciar um cuidado holístico, no qual o indivíduo é visto como um todo, além de trazer ao profissional um corpo de conhecimento próprio e reflexões acerca de sua prática. O Processo de Enfermagem (PE), considerado a base de sustentação da SAE, é constituído por cinco fases: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Essas etapas são interdependentes dentro de uma atuação prática. Em 1982 houve a criação da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) com a finalidade de reunir esforços para denominar, classificar e desenvolver as questões referentes ao diagnóstico de enfermagem (DE)<sup>1</sup>. Esses diagnósticos, que vêm sendo desenvolvidos por essa

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Residente de Enfermagem em Atenção Oncológica. Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília – DF

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem / Universidade de Brasília – DF

<sup>3</sup> Enfermeira. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem / Universidade de Brasília – DF

**Trabalho 70 - 2/5**

associação, são uma forma de discriminar os fenômenos de interesse para a enfermagem, uma vez que descrevem as respostas dos pacientes aos problemas de saúde ou aos processos vitais<sup>1</sup>. Esses diagnósticos vêm sendo bastante utilizados na prática de enfermagem no Brasil atualmente. A aplicação do processo de enfermagem é essencial ao paciente de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Sua situação instável torna a assistência de enfermagem sistematizada ainda mais necessária, pois esta facilitará o domínio apurado da técnica, conciliando-o com um cuidado humanizado e completo. Quanto maior o número de necessidades afetadas do cliente, maior é a necessidade de se planejar a assistência, uma vez que a sistematização das ações visa a organização, a eficiência e a qualidade da assistência prestada<sup>2</sup>. O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença reumática de etiologia desconhecida, de natureza auto-imune inflamatória, com envolvimento sistêmico. Caracteriza-se pela formação excessiva de auto-anticorpos, alguns causando dano citotóxico, e por complexos imunes, que são mediadores da resposta inflamatória em múltiplos sistemas orgânicos<sup>4</sup>. O maior número de casos de LES ocorre entre mulheres jovens (entre 20 e 40 anos), na proporção de 9 a 10 mulheres para um homem, em todo o mundo e em todas as raças<sup>3</sup>. Dentre as diversas manifestações clínicas que essa doença pode propiciar, o envolvimento da pele é o mais comum (86%). Outras manifestações incluem: alopecia, lesões hiperemiadas no palato ou lesões ulceradas em mucosa, envolvimento articular, mialgia, fraqueza, comprometimento renal e do sistema nervoso. A pleurite, hipertensão pulmonar, hemorragia pulmonar dentre outros acometimentos pleuropulmonares podem aparecer. Manifestações cardíacas como pericardite e miocardite também acontecem. Já as complicações do aparelho digestivo não são tão comuns<sup>3</sup>. O plano de tratamento é individual, variando de acordo com a gravidade do quadro clínico e o tipo de órgão envolvido. Além de medidas gerais e controle das diferentes manifestações clínicas, as drogas utilizadas incluem basicamente antiinflamatórios não-hormonais, antimaláricos, corticosteróides e imunossupressores<sup>3</sup>. As alterações e a evolução imprevisível do LES exigem avaliação preparada e especializada, um cuidado de enfermagem sistematizado e de qualidade. Diante das particularidades apresentadas pelo paciente lúpico, das diversas complicações desencadeadas pela doença e das necessidades humanas básicas alteradas, a enfermagem se faz participante e necessária no desenvolvimento do cuidado, desempenhando suas funções e desenvolvendo o processo de enfermagem a

**Trabalho 70 - 3/5**

fim de assistir ao indivíduo na busca da assistência integral e holística frente às necessidades afetadas. OBJETIVOS: descrever as etapas do processo de enfermagem aplicadas a uma cliente portadora de LES, utilizando o referencial teórico de Imogene King e a Taxonomia II da NANDA. METODOLOGIA: Trata-se de estudo de caso de uma cliente com diagnóstico médico de LES, atendida na UTI de um hospital de ensino de Brasília. O presente trabalho se insere na linha de pesquisa “Metodologia da Assistência de Enfermagem”, com projeto encaminhado ao Comitê de Ética da instituição, sob o protocolo nº 053/2010. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento elaborado baseando-se no referencial teórico de Imogene King e nas categorias de divisões diagnósticas propostas por Doenges, Moorhouse e Murr<sup>5</sup>. Após a anuência do cliente, os dados foram coletados com entrevista e exame físico, durante o período de 11 a 14 de Maio de 2010. Em seguida, os dados foram analisados e, a partir da Taxonomia II da NANDA, foram formulados os diagnósticos de enfermagem. Também foram estabelecidos objetivos e intervenções de enfermagem para cada um dos diagnósticos identificados. A implementação do processo foi realizada por uma das autoras do trabalho. RESULTADOS: Será descrito a seguir um resumo do relato do caso. Paciente de 27 anos, sexo feminino, solteira, sem filhos, desempregada, natural de Brasília, procedente de Luziânia (GO). Em 2005, após um episódio de desmaio seguido de internação, foi diagnosticado LES. Desde então, vinha seguindo o tratamento e recebendo acompanhamento ambulatorial. Em dezembro de 2009, parou o tratamento por conta própria e passou a apresentar inapetência, episódios de náusea, vômitos, diarreia e perda ponderal importante. No dia 10 de maio de 2010 foi internada em um serviço de atendimento de emergência apresentando hálito urêmico, anúria, depressão do nível de consciência, Glasgow 10 e frequência respiratória de 50 irpm, necessitando de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Evoluiu com insuficiência renal aguda, anemia hemolítica e pneumonia. No exame físico realizado a cliente apresentava-se sonolenta, responsiva, acamada, contida ao leito, hipocorada (+/4+), anictérica, acianótica, afebril e em anasarca. Escala de Hamsay: 2, Escala de Sedação-Agitação (SAS) - 4. Em uso de sonda nasointestinal, cateter venoso central em veia subclávia direita, cateter de hemodiálise em veia femoral direita, sonda vesical de demora e ventilação mecânica por tubo orotraqueal com modalidade PSV, PEEP: 5 cmH<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub>: 30%, FR: 16 irpm e volume corrente de 600ml. Apresentava lesões eritematosas-

**Trabalho 70 - 4/5**

vesiculosas secas em face, couro cabeludo, dorso e região perianal. O exame também evidenciou alopecia, gânglios cervicais e submandibulares e lábios ressecados. Murmúrios vesiculares rudes, com presença de roncos em ápices pulmonares, apresentando expansibilidade torácica simétrica. Edema de membros superiores e inferiores. Diagnósticos de Enfermagem e Planejamento da Assistência: foram identificados 10 diagnósticos de enfermagem, com as respectivas metas a serem alcançadas e as intervenções necessárias. Os diagnósticos de enfermagem identificados foram: Percepção sensorial perturbada, Déficit no autocuidado (para alimentação, banho/higiene, higiene íntima e vestir-se/arrumar-se), Comunicação verbal prejudicada, Volume excessivo de líquidos, Mobilidade física prejudicada, Ventilação espontânea prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Mucosa oral prejudicada, Eliminação urinária prejudicada e Deglutição prejudicada. CONCLUSÃO: Foi possível aplicar uma assistência de enfermagem sistematizada por meio do Processo de Enfermagem, onde a paciente constituiu-se como centro da atuação do profissional, de forma que suas necessidades foram atendidas através de ações fundamentadas em um modelo teórico próprio da profissão. A aplicação do PE em uma jovem portadora de LES em uma UTI evidenciou a necessidade de realizar uma assistência planejada e individualizada, direcionada a esse tipo de paciente. Tendo em vista a gravidade da doença e suas diversas complicações, é exigido do(a) enfermeiro(a), enquanto profissional de saúde, conhecimento técnico-científico que subsidie suas ações, proporcionando um cuidado de qualidade. A aplicação desse conhecimento dentro da profissão perpassa pelo PE trazendo maior visibilidade à assistência oferecida pelo enfermeiro e, conseqüentemente, maior valorização de sua atuação.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). North American Nursing Diagnosis Association - NANDA: definições e classificação 2009-2011 / NANDA International; Porto Alegre: Artmed, 2010.

**Trabalho 70 - 5/5**

2- Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 617-28.

3- Moreira C, Carvalho MAP. Reumatologia - Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Medsi, 2001.

4- Reis MG, Loureiro MDR, Silva MG. Aplicação da metodologia da assistência a pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico em pulsoterapia: uma experiência docente. Rev. Bras. Enferm. Brasília 2007 mar-abr; 60(2):229-32.

5- Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Diagnósticos de Enfermagem: Intervenções, Prioridades, Fundamentos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

**Palavras-chave:** Processos de Enfermagem; Planejamento de Assistência ao Paciente; Diagnóstico de Enfermagem; Lúpus Eritematoso Sistêmico.

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem

**Trabalho 71 - 1/5**

**PROPOSTA DE PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM PARA  
PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE RISCO PERFUSÃO  
TISSULAR CARDÍACO INEFICAZ**

Denise Viana Rodrigues de Oliveira

Maria Selma Pacheco Peixoto

Ana Carolina Lici Monteiro

Andrea Cotait Ayoub

Márcia Viana de Oliveira klassen

**Introdução** - As doenças cardiovasculares têm apresentado expressiva prevalência nos quadros de morbi-mortalidade na maioria dos países do ocidente, inclusive em países da América do Sul, como o Brasil. O pico de mortalidade por doenças circulatórias no Brasil ocorreu no final da década de 70 e de 1979 até os dias atuais a incidência de mortalidade vem demonstrando uma queda progressiva, provável consequência das ações de controle de fatores de risco como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, dentre outros<sup>1</sup>. Apesar disso, as doenças circulatórias representaram em 1995 30% do total de óbitos. As doenças cardiovasculares de maior ocorrência foram as coronariopatias com impacto na causa de morte e as síndromes coronarianas agudas (SCA) nas incapacidades e suas manifestações clínicas, tais como infarto agudo do miocárdio com e sem elevação do seguimento ST-T (IAM) e angina instável (AI). Na mortalidade por doenças do aparelho circulatório, a doença arterial coronariana vem tendo declínio constante nas últimas décadas, mas têm permanecido como principal grupo de causas de mortalidade no Brasil. As causas deste declínio são discutidas, sendo citadas principalmente, as mudanças nos estilos de vida da população e avanços terapêuticos. A promoção da saúde na divulgação dos riscos de desenvolver um problema coronariano devido a uma má qualidade de vida deveria esclarecer e Enfermeira, Mestranda pela Ciências Médicas do IAMSPE, Especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – São Paulo – SP, Endereço: Rua: Arapá, nº 109, apº 72, Vila Mascote, São Paulo – SP, CEP: 04363060. Endereço eletrônico denise\_vro@yahoo.com.br

**Trabalho 71 - 2/5**

conscientizar a população com campanhas e projetos que fossem desenvolvidas desde escola primária. Provavelmente no futuro teríamos mudanças significantes na qualidade de vida das pessoas diminuindo o crescente número de pacientes com doença arterial coronariana. Apesar dos progressos expressivos do diagnóstico e tratamento nas últimas três décadas, o infarto agudo do miocárdio (IAM) continua sendo a principal problema de saúde pública no mundo industrializado<sup>2</sup>. Sendo assim, é imprescindível à enfermagem assegurar o preparo do paciente que foi acometido pela síndrome coronariana aguda, sendo considerada a necessidade da proposição de um roteiro de orientações para pacientes na alta hospitalar, intitulado neste estudo como plano de alta. A Alta hospitalar permite ao indivíduo retorno de suas ações necessárias para dar seguimento ao tratamento; portanto, deve-se considerar que a autonomia está diretamente relacionada à capacidade de o indivíduo ser dependente ou independente na realização de suas atividades diárias, bem como adquirir conhecimentos e habilidades que propiciem o autocuidado, como proposto pela teoria de Orem<sup>3</sup>. O plano de alta tem como objetivo capacitar o indivíduo para o autocuidado, que é o conjunto de ações que o ser humano realiza de modo consciente e independente em seu favor, beneficiando seu bem estar e saúde<sup>4</sup>. O plano de alta, assim como as demais fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem, tem que ser implementado pelo enfermeiro, devendo ser elaborado de forma clara, simples, tornando um instrumento facilitador ao paciente e familiar a possibilidade da continuidade ao tratamento após alta hospitalar. Assim sendo a preocupação das autoras em elaborar o instrumento. **Objetivo:** elaborar e implementar um instrumento de orientações com foco na alta hospitalar aos pacientes com diagnóstico de enfermagem risco para perfusão tissular cardíaca ineficaz<sup>5</sup>. **Material e Métodos** - Esta pesquisa tem enfoque o método descritivo. Fundamentado em uma

Enfermeira, Mestranda pela Ciências Médicas do IAMSPE, Especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – São Paulo – SP, Endereço: Rua: Arapá, nº 109, apº 72, Vila Mascote, São Paulo – SP, CEP: 04363060. Endereço eletrônico denise\_vro@yahoo.com.br

**Trabalho 71 - 3/5**

abordagem bibliográfica oriunda *de busca* em literatura dos últimos dez anos nas bases de dados Lilacs, Medline, SCieLO, indexados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos descritores: infarto agudo do miocárdio, síndrome coronariana aguda, fatores de riscos e orientações de enfermagem. Além das bases de dados descritas, também, foi realizada uma busca ativa em livros texto nas seguintes bibliotecas: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e Escola Paulista de Medicina (BIREME). Os resumos dos artigos foram lidos e selecionados, segundo a vinculação com o estudo, enquanto os livros foram separados, analisando-se seu índice remissivo.

**Resultados** – Consideramos a temática de fundamental importância para a área de enfermagem, principalmente para que o enfermeiro possa orientar pacientes e familiares de forma simples e compreensível, devendo haver por parte dos profissionais de enfermagem, principalmente aqueles ligados a educação em saúde com interesse em desenvolver programas orientações que facilitem o restabelecimento do paciente. A estruturação das informações a serem transmitidas aos pacientes foi baseada nos fatores de risco modificáveis e não modificáveis com estratégias importantes para instrumentalizar o autocuidado. Os fatores de risco modificáveis compreendem hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, sedentarismo, estresse, etilismo, dislipidemias, obesidade, circunferência abdominal, uso de contraceptivos hormonais e terapias hormonais. Já foi comprovado que os fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DAC) são muito prevalentes nas populações urbanas atualmente com estimativas de prevalência dos fatores de risco. Os fatores de risco não modificáveis incluem idade, sexo, raça e a herança hereditária. Deve-se levar em consideração a estrutura etária, sexo das populações sob comparação. As taxas de mortalidade por doença arterial coronariana têm um crescimento contínuo com o aumento da idade, e

Enfermeira, Mestranda pela Ciências Médicas do IAMSPE, Especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – São Paulo – SP, Endereço: Rua: Arapá, nº 109, apº 72, Vila Mascote, São Paulo – SP, CEP: 04363060. Endereço eletrônico denise\_vro@yahoo.com.br

**Trabalho 71 - 4/5**

são maiores para o sexo masculino; sabe-se que há previsão de aumento da idade média da população brasileira o que levará ao aumento da prevalência de Doença Cardiovascular em números absolutos. Destacam-se as orientações nutricionais, controle da pressão arterial, importância da atividade física, conscientização dos malefícios do hábito de bebidas alcoólicas, cigarro, estresse, incentivo ao retorno das atividades de trabalho, reforço da importância do uso contínuo das medicações e também os cuidados após a realização de cateterismo e/ou angioplastia. **Conclusões** - o plano de alta foi elaborado baseado nos principais fatores de risco para doença arterial coronariana e foram enfatizados também alguns cuidados que concluímos ser importantes para enriquecer e contribuir nas orientações dos pacientes. Desta forma, faz-se necessário as orientações específicas compostas no instrumento que podem instrumentalizar o paciente para o autocuidado, devendo o enfermeiro ao orientar considerar entre vários fatores: conhecimento sobre a patologia/doença e conscientização quanto à importância da continuidade no tratamento, expectativa do mesmo quanto à alta hospitalar, sendo primordial que o enfermeiro valorize os dados obtidos na coleta do histórico de enfermagem realizado na internação, quanto a sua cultura e condições socioeconômicas. A atuação do enfermeiro na alta do paciente contribui no processo educativo de indivíduos, e corrobora na eficácia do tratamento e pode evitar a ocorrência de novos eventos cardiovasculares indesejáveis.

**Referências revisadas**

1. Serrano CV, Tirmerman A, Stefanini E. Tratado de Cardiologia – SOCESP. 2ª edição. São Paulo: SOCESP; 2009. p.1599.

Enfermeira, Mestranda pela Ciências Médicas do IAMSPE, Especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – São Paulo – SP, Endereço: Rua: Arapá, nº 109, apº 72, Vila Mascote, São Paulo – SP, CEP: 04363060. Endereço eletrônico denise\_vro@yahoo.com.br



**Trabalho 71 - 5/5**

2. Braunwald, E.( Ed.). Tratado de medicina cardiovascular. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
3. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 2001. p.29.
4. Huber DL, McClelland E. Patient preferences and discharge planning transitions. J Prof Nurs. 2003; 19 (4):204-10.
5. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Trad. Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Palavras-chave: dor torácica; plano de alta; enfermagem

Área temática: Sistematização de assistência de enfermagem na atenção à saúde ao indivíduo em diferentes fases da vida

Trabalho 72 - 1/4

**CARDIOVERSOR-DEFIBRILADOR IMPLANTÁVEL:  
PRINCIPAIS DÚVIDAS DOS PACIENTES NO QUE SE REFERE AO  
AUTOCUIDADO APÓS IMPLANTE**

Denise Viana Rodrigues de Oliveira

Márcia de Fátima da Silva

Maria Selma Peixoto Pacheco

Ana Carolina Lici Monteiro

Andrea Cotait Ayoub

**Introdução:** A morte súbita tem sido responsável por aproximadamente 20% da mortalidade natural e é um dos maiores problemas na cardiologia, segundo a Diretriz para Implante do Cardioversor-Desfibrilador Implantável (CDI)<sup>1</sup>. Na maioria dos casos, a morte súbita ocorre devido ao início abrupto de uma taquicardia ventricular que persiste ou progride para a fibrilação ventricular. Visto que a reversão espontânea da fibrilação ventricular é extremamente rara, é reconhecido que o fator mais importante para determinar a sobrevivência é o intervalo de tempo entre o início do colapso e a primeira tentativa de desfibrilação<sup>1</sup>. O tratamento profilático da morte súbita sofreu profunda reformulação nos últimos 15 anos. A utilização de fármacos antiarrítmicos foi a melhor alternativa disponível até a primeira metade da década de 1980, mostrando-se pouco eficaz, ineficaz ou mesmo deletéria, servindo de cenário para o desenvolvimento do CDI<sup>2</sup>. O Cardioversor-Desfibrilador Implantável foi desenvolvido com o objetivo de efetivar a desfibrilação ou cardioversão nos pacientes que apresentavam arritmias ventriculares complexas. Em função de sua eficácia e segurança, essas próteses tornaram-se a primeira opção no tratamento da profilaxia secundária de morte súbita e, em algumas situações, na profilaxia primária. O Registro Brasileiro de Marcapasso (RBM) é uma base de dados nacional que tem por objetivo coletar e divulgar informações relacionadas aos procedimentos para a estimulação cardíaca. Entre junho de 2004 e maio de 2005, foram realizados no Brasil, 15.804 procedimentos: 10.477 implantes de marca-passo, 543 implantes de desfibriladores, 366 de ressincronizadores e 4.448 reoperações, incluindo troca de geradores, entre outros. Os pacientes que

Enfermeira, Mestranda pela Ciências Médicas do IAMSPE, Especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – São Paulo – SP, Endereço: Rua: Arapá, nº 109, apº 72, Vila Mascote, São Paulo – SP, CEP: 04363060. Endereço eletrônico denise\_vro@yahoo.com.br

## Trabalho 72 - 2/4

receberam os aparelhos de ressincronização/desfibrilação foram incluídos no grupo de desfibriladores<sup>2</sup>.

O grande número de internações possibilitou observar certa insegurança por parte dos pacientes quanto ao tratamento recebido com o CDI, e em estudo preliminar ficou evidenciado o déficit de informação, provavelmente em decorrência da baixa qualidade da comunicação enfermeiro/equipe médico/paciente em relação às possíveis dúvidas quanto à intervenção. Com base no diagnóstico do déficit de conhecimento relacionado à falta de orientação dos pacientes<sup>3</sup>, foi considerada a necessidade da proposição de um Manual de Orientações para pacientes submetidos ao tratamento com CDI. Ressalta-se aqui a teoria do Déficit do Autocuidado<sup>4</sup>, pois ao utilizar métodos de ajuda, o enfermeiro oferece cuidados de enfermagem que auxiliam o indivíduo a se autocuidar, centrando, também, suas ações nas necessidades de autocuidado expressadas pelo paciente, tanto no ambiente hospitalar como no domiciliar. O presente estudo mostrou as principais dúvidas no que refere ao autocuidado após implante de CDI que foram: 71% dos pacientes desconheciam sua funcionalidade, onde, por que e de que forma fora implantado. Todos alegaram dúvidas em relação a interferências externas (telefone fixo e celular, televisor e porta de banco), 73% alegaram dúvidas em relação a interferências no transporte coletivo, 66% em relação à durabilidade da bateria, 42% interferências do aparelho de som, 42%, possibilidade de uso microondas, 26%, de choque elétrico, 26%, dos elevadores, 11%, do colchão magnético, 6.6%, da furadeira elétrica e 2.2%, viajar de avião. Quando questionados se gostariam de receber um manual de orientação em relação ao procedimento e ao tratamento com o CDI, 100% responderam positivamente. Após descrição dos dados foi possível levantar os problemas evidenciados dos mesmos, a partir desses associados aos domínios da taxonomia da Nanda<sup>3</sup> foi promoção a saúde e conseqüentemente o diagnóstico de enfermagem foi conhecimento deficiente do Enfermeira, Mestranda pela Ciências Médicas do IAMSPE, Especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – São Paulo – SP, Endereço: Rua: Arapá, nº 109, apº 72, Vila Mascote, São Paulo – SP, CEP: 04363060. Endereço eletrônico denise\_vro@yahoo.com.br

#### Trabalho 72 - 3/4

tratamento. **Objetivos:** identificar as dúvidas no pós-operatório de implante de CDI em relação ao tratamento e elaborar diagnóstico específico para o autocuidado. **Métodos:** Estudo descritivo-exploratório com abordagem quanti-qualitativo realizado em uma instituição pública, da cidade de São Paulo, especializada em afecções do sistema cardiovascular, que tem como filosofia a tríade: assistência, ensino e pesquisa. O estudo foi realizado em uma enfermaria composta por 93 leitos onde está centralizada a internação da população em estudo. A amostra foi coletada entre dezembro 2006 e agosto 2007, respeitando os preceitos éticos de pesquisa. A pesquisa foi elaborada em consonância com as Diretrizes e normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo Seres Humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, resolução número 196 de 1996. Foi obtido termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado pela equipe de pesquisa, junto a cada pacientes que aceitou participar do estudo. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisado Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia; constituiu-se de 45 pacientes, na faixa etária de maior incidência (60 a 70 anos), portadores de doença cardiovascular em sua maioria do sexo masculino (85%). **Resultados:** Com base no diagnóstico do déficit de conhecimento relacionado à falta de orientação dos pacientes, foi considerada a necessidade da proposição de um manual de orientações contendo as principais dúvidas a fim de instrumentalizar a população em estudo a realização do autocuidado<sup>3</sup>. Na prática de enfermagem, é necessária uma avaliação contínua e atualizada do paciente, a fim de adequar o plano de assistência às necessidades e habilidades individuais. **Conclusão:** A partir desta pesquisa, pode-se concluir que 32 (71%) pacientes no período do pós-operatório do Cardioversor-Desfibrilador implantável desconhecem suas principais funcionalidades, onde, por que e de que forma fora implantado, identificando dessa forma, a necessidade da elaboração

Enfermeira, Mestranda pela Ciências Médicas do IAMSPE, Especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – São Paulo – SP, Endereço: Rua: Arapá, nº 109, apº 72, Vila Mascote, São Paulo – SP, CEP: 04363060. Endereço eletrônico denise\_vro@yahoo.com.br

**Trabalho 72 - 4/4**

de uma manual de orientações. A principal função do manual será de instrumento facilitador para a compreensão sobre suas funcionalidades e os cuidados devidos a partir do implante. Além disso, o desconhecimento dessas informações pode provocar sensações emocionais (ansiedade, nervosismo, irritabilidade) prejudiciais ao bom funcionamento do seu tratamento. Acredita-se que a elaboração de um Manual contribuirá para a educação em saúde e ainda, para fornecer instruções e experiências de aprendizagem que facilitem o dia-dia dos pacientes, além da maior participação dos enfermeiros e médicos no processo pré e pós-operatório. Certamente, um paciente melhor orientado, passará a cumprir com mais facilidade as situações recomendadas pelos profissionais de saúde, o que poderá contribuir para que sua recuperação seja mais rápida, além de facilitar a relação enfermeiro-paciente.

**Bibliografias consultadas:**

- 1- Andrade JC, Ávila Neto V, Braile DM, Brofman PR, Costa AR, Costa R. Diretrizes para o implante de cardioversor desfibrilador implantável. *Arq Bras Cardiol* 2000; 74(5): 481-2.
- 2- Bauer Júnior V, Moura JJC, Nadalin E, Silva M, Maia F, Ramos CB, et al. Desfibrilador cardioversor automático implantável: experiência inicial. *Rev Bras Cir Cardovasc.* 1999;14(2):139-43.
- 3- Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Trad. Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 4- Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979. p.29.

Palavras-chave: assistência de enfermagem, cardioversor-desfibrilador, orientação de enfermagem.

Área temática: Sistematização de assistência de enfermagem na atenção à saúde ao indivíduo em diferentes fases da vida.

Enfermeira, Mestranda pela Ciências Médicas do IAMSPE, Especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – São Paulo – SP, Endereço: Rua: Arapá, nº 109, apº 72, Vila Mascote, São Paulo – SP, CEP: 04363060. Endereço eletrônico denise\_vro@yahoo.com.br

**Trabalho 73 - 1/5**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A ADOLESCENTE HOSPITALIZADO: ESTUDO DE CASO<sup>1</sup>**

Isabelle Pimentel Gomes<sup>2</sup>; Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>3</sup>; Neusa Collet<sup>4</sup>; Maria das Graças Melo Fernandes<sup>5</sup>

**INTRODUÇÃO:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem sendo alvo de discussão devido às exigências do Conselho Federal de Enfermagem para que todas as instituições de saúde, pública ou privada, façam a implantação desta em suas rotinas de enfermagem. No Brasil, em geral, esta ainda não é uma prática comum na metodologia da assistência de enfermagem nos serviços de saúde. Tal fato pode ser explicado pela falta de aplicação pelos enfermeiros mostrando a desarticulação entre ensino e prática assistencial, bem como o baixo impacto da academia para modificar os serviços de saúde<sup>1</sup>. A aplicação de uma assistência sistematizada requer a utilização de um modelo teórico que direcione a prática assistencial, e que este seja apropriado para a população atendida e congruente com a filosofia da Instituição<sup>2</sup>. Portanto, para este estudo, foi escolhida a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Horta como referencial teórico orientador da prática de enfermagem. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta tem como foco o cuidado centrado no atendimento das necessidades afetadas do indivíduo, família e comunidade, o que proporciona um largo espectro de aplicabilidade, tendo em vista que essas necessidades são comuns a todos os seres humanos diferenciando apenas a manifestação e a forma de atendê-las, que variam de indivíduo para indivíduo<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Recorte do projeto de Sistematização da assistência de enfermagem nas unidades clínicas do Hospital Universitário Lauro Wanderley / Universidade Federal da Paraíba.

<sup>2</sup> Enfermeira, da Clínica Pediátrica do HULW – UFPB, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela UFPB. Email: enfisabelle@yahoo.com.br Endereço: Av. Cabo Branco, 3008, 401ª, Cabo Branco, João Pessoa-PB. CEP: 58.045-010.

<sup>3</sup> Enfermeira, doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da UFPB. Docente de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

<sup>4</sup> Enfermeira, doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da UFPB. Docente de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

<sup>5</sup> Enfermeira, Doutora em Sociologia. Professora do Departamento de Enfermagem Clínica e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

**Trabalho 73 - 2/5**

**OBJETIVO:** sistematizar a assistência de enfermagem a um adolescente hospitalizado com diagnóstico de anemia falciforme.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso, que teve como sujeito um adolescente com diagnóstico de anemia falciforme, hospitalizado. A coleta de dados foi por meio de um instrumento estruturado contemplando a anamnese, o exame físico e outros dados registrados no prontuário do adolescente. Seguiu-se o instrumento, fundamentado na Teoria das NHB de Horta e a CIPE® Versão 1.0, para denominar os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, criado e validado para ser aplicado por enfermeiros<sup>4</sup>. O adolescente foi incluído como sujeito após sua aceitação em participar do estudo e assinatura pela responsável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**RESULTADOS:** Adolescente do sexo masculino, 12 anos, natural de Santa Inês-PB, estudante da 5ª série do ensino fundamental, católico, portador de anemia falciforme, peso de 35,5 kg, altura 1,52 cm. A mãe relata que desde o nascimento sempre achou o filho quieto. Há 5 anos recebeu o diagnóstico de anemia falciforme. Internou no dia 02/12/2009, apresentando debilidade geral há 2 dias, dores articulares em região lombar e membro inferior direito. Tais dores tiveram o diagnóstico médico de Crise Falcêmica. No dia 06/12/09, às 9 horas, a anamnese e exame físico da enfermagem identificaram o adolescente com estado geral comprometido, em infusão de hidratação venosa, estado nutricional emagrecido, aceitação alimentar insuficiente por via oral. Deambula com dificuldade devido à dor no membro inferior direito. Capacidade para o autocuidado comprometida pela dificuldade de movimentação. Verifica-se conjuntivas ictéricas. Identifica-se comportamento não verbal de dor, verbalização de dor intensa, escala visual analógica 8. O mesmo desconhece o seu problema de saúde, sabe apenas que a dor é um sintoma de sua doença. Realizou-se o seguinte plano de cuidados: Necessidade de Nutrição - Diagnóstico/ Resultado de Enfermagem: Nutrição prejudicada/ Nutrição adequada. Intervenção de Enfermagem: Realizar analgesia antes das refeições se necessário, conforme prescrição médica; Registrar aceitação alimentar; Estimular a aceitação da dieta. Evolução: 06/12/09 - Adolescente aceitando pouco a alimentação, apenas líquidos; 07/12/09 – Aceitou no desjejum e lanche apenas líquidos, no almoço

**Trabalho 73 - 3/5**

aceitou bem a alimentação; 08/12/09 – Aceitando bem a alimentação apenas no almoço e jantar, nas outras refeições aceitando só líquidos. Necessidade de Atividade Física - Diagnóstico/ Resultado de Enfermagem: Deambulação prejudicada/Deambular. Intervenção de Enfermagem: Planejar as atividades do paciente de acordo com seu nível de tolerância; Promover ambiente seguro ao locomover-se e auxiliá-lo quando necessário. Evolução: 06/12/09 – Adolescente deambulando apenas para ir ao banheiro; 07/12/09 – Mantém o mesmo nível de movimentação; 08/12/09 – Caminhou até o posto de enfermagem, quando estava sem dor. Necessidade de Regulação imunológica - Diagnóstico/ Resultado de Enfermagem: Risco para infecção/ Não adquirir infecção. Intervenção de Enfermagem: Promover limpeza pessoal e ambiental para diminuir a ameaça de microorganismos; Lavar as mãos antes e após contato com o cliente; Atentar para sinais de flebite e data da punção venosa, avaliando necessidade de troca de acesso venoso. Evolução: 06 a 08/12/09 – mantém higiene corporal preservada; sem sinais flogísticos em local de inserção do dispositivo intravenoso. Necessidade de Percepção dos Órgãos dos Sentidos: Olfativa, Visual, Auditiva, Tátil, Gustativa, Dolorosa/Comunicação - Diagnóstico/ Resultado de Enfermagem: Dor em membro inferior direito / Ausência de dor em membro inferior direito. Intervenção de Enfermagem: Avaliar os sinais e sintomas da dor e administrar analgésico, conforme prescrição; Monitorar e registrar a eficácia e os efeitos do medicamento administrado; Promover conforto e medidas que ajudem na diminuição da dor; Aplicar compressa morna no local; Aumentar a velocidade do gotejamento da hidratação venosa. Evolução: 06/12/09 – A dor de maior intensidade foi 8 de acordo com a escala visual analógica (EVA). Com administração de opióide, compressa morna e aumento na velocidade de infusão da hidratação após 30 minutos a dor reduziu para 5. Segundo o adolescente a dor está reduzindo com o tratamento, quando chegou sentia dor na região lombar e no membro inferior direito, hoje só sente no membro inferior direito. A dor piora com a movimentação do membro. 07/12/09 – A dor de maior intensidade foi EVA=5, melhorou com as intervenções após 30 min. para EVA=2. A dor está localizada no joelho D. Em uso de analgésico e opióide. 08/12/09 – A intensidade da dor se repetiu EVA=5 e após 30 min. das intervenções EVA=2. Usando analgésico e opióide. Necessidade de Educação para a Saúde/Aprendizagem/Terapêutica/Liberdade e Participação - Diagnóstico/ Resultado de Enfermagem: Déficit de conhecimento sobre a

**Trabalho 73 - 4/5**

doença/ Conhecimento sobre a doença. Intervenção de Enfermagem: Incluir o paciente nas decisões relacionadas ao cuidado sempre que possível; Observar como o adolescente realiza as atividades de autocuidado e orientá-lo se necessário; Prestar esclarecimentos acerca da sua doença e cuidados no domicílio; Estabelecer um ambiente de confiança e respeito para estimular o aprendizado; Enfatizar a importância da participação no cuidado para a promoção e recuperação da sua saúde. Evolução: 06/12/09 – Adolescente não sabe explicar sua doença. Relata apenas a dor como sintoma da doença; 08/12/09 – Consegue explicar que: sua doença é no sangue, um tipo de anemia, onde as células vermelhas redondas ficam em forma de foice.

CONCLUSÃO: A doença crônica na adolescência, neste caso a anemia falciforme, determina necessidade de atenção singular em especial no processo de hospitalização. O relato apresentado mostra que o diagnóstico de enfermagem com maior comprometimento do estado geral foi a dor, e a assistência contribuiu para o alcance dos resultados. Assim, ressalta-se a importância da utilização dos instrumentos para o cuidado de enfermagem sistematizado minimizando os problemas do adolescente com anemia falciforme.

PALAVRAS-CHAVES: adolescente, sistematização da assistência, enfermagem.

**REFERÊNCIAS**

1. Gonçalves LRR, Nery IS, Nogueira LT, Bonfim EG. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discentes. Esc Anna Nery. 2007 Set; 11(3): 459-65.
2. Furtado LG, Nóbrega MML, Fontes WD. Assistência de enfermagem a paciente com anemia falciforme utilizando a teoria NHB e a CIPE® versão 1.0. [Rev RENE](#). 2007 set; 8(3):94-100.
3. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1970. 104p.
4. Marques DKA. Construção e validação de um instrumento para sistematização da assistência de enfermagem ao adolescente hospitalizado [dissertação de mestrado]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2008.

Trabalho 73 - 5/5

**Trabalho 74 - 1/4**  
IDENTIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENIR E  
TRATAR A DISREFLEXIA AUTONÔMICA

<sup>1</sup>Leonardo Tadeu de Andrade

<sup>2</sup>Eduardo Gomes de Araújo

<sup>3</sup>Karla da Rocha Pimenta Andrade

<sup>4</sup>Danyelle Rodrigues Pelegrino de Souza

<sup>5</sup>Tânia Couto Machado Chianca

## INTRODUÇÃO

A lesão medular (LM), principalmente as traumáticas, e suas sequelas vêm se tornando mais incidentes e prevalentes. O processo de reabilitação deve começar tão logo seja feito o diagnóstico da LM e os profissionais de saúde reabilitadores devem abordar as necessidades específicas de cada paciente para ajudá-lo a desenvolver todo seu potencial, com o intuito de prevenir as complicações, diminuindo as reinternações. Os motivos mais frequentes para o atendimento de urgência e reinternações são: complicações genitourinária, gastrintestinais, pneumonia, úlcera de pressão, dor e disreflexia autonômica (DA). A DA é uma emergência médica, podendo ocorrer em pacientes com LM com nível neurológico igual ou superior a nível torácico seis (T6). Seu início é súbito, resultante de vários estímulos abaixo do nível da lesão, ocasionando uma hiperatividade simpática.

A DA caracteriza-se pela elevação da pressão arterial. O paciente com DA pode ter um deslocamento de retina, acidente vascular cerebral, crises convulsivas, infarto do miocárdio e morte. A distensão vesical é o estímulo mais comum, seguido pela distensão retal, úlcera de pressão, infecções, onicocriptia, cólica menstrual e condições musculoesqueléticas indetectáveis. Os sinais e sintomas observados são: elevação da pressão arterial, bradicardia, cefaléia, visão embaçada turva, rubor, congestão nasal e sudorese, acima do nível da lesão; abaixo do nível da lesão, palidez cutânea, piloereção e extremidades frias. Encontram-se ainda: ansiedade, mal estar, náuseas, tremores, parestesia, e uma sensação de pressão precordial.

O tratamento da DA precisa ser rápido e decisivo, eliminando o estímulo e controlando a hipertensão. Como o início da DA é inesperado com conseqüências potencialmente graves, os pacientes buscam atendimento em unidade de pronto atendimento, que na sua grande maioria, é dotada de profissionais de saúde com pouca ou nenhuma experiência no tratamento da DA. Portanto, é fundamental a utilização de um sistema de classificação para estabelecer padrões de cuidados utilizados em qualquer parte do mundo, possibilitando uma documentação eficaz dos elementos da prática profissional do enfermeiro, sustentado

<sup>1</sup> Mestre pela Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisador Núcleo de Estudos e Pesquisas Sobre a Sistematização do Cuidar em Enfermagem. Enfermeiro da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. E-mail: leonardo@Sarah.br

<sup>2</sup> Mestre pela Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeiro da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. E-mail: eduardogomes@Sarah.br

<sup>3</sup> Especialista em Enfermagem em UTI pela Escola São Camilo. Enfermeira da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. E-mail: karlarocha@Sarah.br

<sup>4</sup> Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeira da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. E-mail: danyellesouza@Sarah.br

<sup>5</sup> Enfermeira Doutora em Enfermagem, Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: tchianca@enf.ufmg.br

**Trabalho 74 - 2/4**

as suas decisões clínicas tomadas em relação a DA. Esse tipo de linguagem possibilita uma comunicação precisa entre os enfermeiros e os diversos profissionais da equipe de saúde.

O sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) permite uma melhoria do cuidado de enfermagem, por meio da sistematização, registro e quantificação das ações do enfermeiro, além de possibilitar a transferência de informações e a comunicação científica. O prontuário eletrônico do paciente (PEP), por sua vez, possibilita aos diversos profissionais de saúde envolvidos na assistência do paciente, o acesso direto ao registro em suas respectivas áreas. O uso da CIPE® permite a formação de uma base de dados que armazena e recupera informação, gerando dados para pesquisa sobre a qualidade e eficiência de um determinado procedimento de enfermagem.

**OBJETIVO**

Este estudo é um recorte de um projeto maior cuja finalidade é construir uma terminologia específica de enfermagem baseada na CIPE® para pacientes em reabilitação do aparelho locomotor. Portanto, propõe-se verificar a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem “Disreflexia Autonômica” e o “Risco para Disreflexia Autonômica”, além de identificar as intervenções usadas para tratar e prevenir a DA, segundo a CIPE® versão 1 e os principais estímulos nocivos, sinais e sintomas da DA, a fim de disponibilizar informações que possam habilitar enfermeiros no tratamento de pacientes com LM e DA.

**METODOLOGIA**

Foi utilizado o método retrospectivo, transversal. O estudo foi desenvolvido na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, unidade Belo Horizonte. A unidade foi escolhida devido ao uso do processo de enfermagem como metodologia da assistência e da CIPE® como sistema de classificação utilizado.

A coleta de dados foi realizada através da revisão dos prontuários dos pacientes maiores de 18 anos, com LM, admitidos na reabilitação de pacientes com lesão medular, no período de 01/01/2009 a 31/12/2009.

Os dados foram coletados após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, garantindo assim, a observância dos aspectos éticos preconizados na Resolução N° 196/96, do Ministério da Saúde.

No ano de 2009, foram internados 465 pacientes. Todos os registros de enfermagem desse ano foram transferidos do PEP para o programa Access for Windows. Um programa de busca e recuperação de informação foi usado para localizar nos registros a ocorrência dos diagnósticos estudados. Os descritores utilizados na busca foram “Disreflexia Autonômica” e “Risco para Disreflexia Autonômica”.

O instrumento de coleta de dados considerou gênero, faixa etária, mecanismo da lesão, etiologia, o nível neurológico da lesão, extensão da lesão, os estímulos nocivos que precipitaram, os sinais e sintomas registrados, os diagnósticos de enfermagem DA, risco para DA, e as intervenções de enfermagem utilizadas para tratar ou prevenir os diagnósticos de enfermagem estudados.

#### **Trabalho 74 - 3/4**

Foi feita a transcrição para planilhas e procedeu-se à validação do banco de dados mediante dupla entrada em planilhas independentes. A análise dos dados foi realizada empregando-se o programa estatístico SPSS (Statistical Package For Social Science) versão 16.0. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva. Em todas as análises utilizou-se valor de significância (p) inferior a 0,05.

#### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Identificou-se 271 pacientes com o diagnóstico de enfermagem risco para DA. Desses pacientes, 79% são do sexo masculino, 21% do feminino e a média de idade foi de 35,7 anos. A amostra foi composta de indivíduos jovens, sendo que 69,4% tinham entre 18 e 40 anos de idade.

O trauma foi o principal mecanismo de lesão em 80,1% dos casos observados. Em relação ao tipo de acidente, os acidentes automobilísticos, motociclístico e ferimentos de arma de fogo são responsáveis por 65,9%, seguidas do mergulho em águas rasas e queda de altura. Dentre às lesões não traumáticas, a mielite infecciosa foi a principal causa, com 42,6%. 170 (62,7%) pacientes tiveram LM cervical e 101 (37,3%) torácica, com nível igual ou superior a T6. Observou-se, que 138 (50,9%) das LM eram completas. Dos pacientes com risco de DA, foi observado em 80 (29,5%) o diagnóstico de enfermagem DA.

Além disso, foram identificadas alterações significativas, nas variáveis demográficas e clínicas. A média de idade caiu para 30,5 anos, com 82,5% de adultos jovens, entre 18 e 40 anos. Quanto ao gênero, 90% são do sexo masculino. Observa-se neste estudo, a incidência da DA foi de 29,52%. O diagnóstico de DA foi encontrado em 96,2% dos pacientes com lesão traumática. Quanto ao nível neurológico, 58 (72,5%) pacientes tinham lesão cervical, sendo que 52 (65%) eram lesões completas e 47 (58,8%). O principal estímulo causador da DA foi a distensão vesical (89,2%), seguida pela dor (5,8%), distensão retal (2,9%) e infecção, úlcera de pressão e condições musculoesqueléticas, com (0,7%) cada.

Quanto aos sinais e sintomas apresentados durante a DA, hipertensão, bradicardia, cefaléia e piloereção foram os mais registrados pelos enfermeiros. As intervenções identificadas foram classificadas em dois grupos. O primeiro voltado para prevenção contém as seguintes intervenções: avaliar a eliminação urinária e intestinal do paciente; avaliar o paciente, cuidador, familiar no cuidado e manejo de técnicas de prevenção da DA; avaliar os sinais e sintomas de infecção urinária; ensinar o paciente, cuidador, familiar a cuidar da pele ou lesão de pele; ensinar o paciente, cuidador, familiar a identificar as causas, sinais e sintomas, prevenção e controle da DA; identificar os estímulos nocivos capazes de precipitar a DA; iniciar o plano de cuidados para a pele; iniciar o programa de reeducação vesical e intestinal; minimizar os estímulos nocivos capazes de precipitar a DA; prevenir a obstipação; registrar no prontuário do paciente; tratar a lesão de pele.

O segundo grupo refere ao tratamento e contém as seguintes ações: administrar medicação antihipertensiva, conforme prescrição médica; aliviar pontos de pressão na pele; elevar a cabeceira da

**Trabalho 74 - 4/4**

cama, no ângulo de 45 a 90 graus ou sentar o paciente; identificar o estímulo que precipitou a DA; monitorar os sinais e sintomas da DA; monitorar os sinais vitais e o estado físico do paciente; realizar cateterismo vesical; registrar no prontuário do paciente; retirar o estímulo causador da disreflexia; retirar as fezes do paciente; retirar o vestuário ou meias elásticas ou dispositivo apertados; virar o paciente.

**CONCLUSÕES**

Há uma prevalência na LM do sexo masculino, com lesão medular traumática completa e nível neurológico cervical. Evidenciou-se uma baixa incidência de DA que pode ser determinada pelo conhecimento da síndrome e do seu manejo pelos enfermeiros, pois nos registros observou-se uma atenção na prevenção. A CIPE® como instrumento de informação possibilitou a descrição da prática do enfermeiro e sua inserção no PEP a identificar a sua contribuição no cuidado do paciente com LM, através dos registros dos diagnósticos de enfermagem estudados, além das intervenções de enfermagem para prevenir e tratar a DA.

Ficou evidente que retirar o estímulo causador da DA foi a terapêutica mais eficaz e a melhor estratégia na prática clínica. O uso da CIPE® possibilitou verificar a função educadora do enfermeiro, na tentativa de capacitar o paciente/cuidador/família na prevenção e tratamento.

Outro ponto importante evidenciado neste estudo foi a construção de um guia de intervenções para o manejo da DA, além de possibilitar o uso desse guia em sistemas de informação na prática clínica, para o apoio à tomada de decisões, possibilitando assim, estudos clínicos que evidenciem o manejo e tratamento não farmacológico da DA.

**REFERÊNCIA**

1. Karlsson, A.K. Autonomic dysreflexia. *Spinal Cord* (1999) 37, 383 ± 391
2. MARIN HF. Os componentes de enfermagem do prontuário eletrônico do paciente. In: Massad E, Marin HF, Raymundo Neto RS. *O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico*. São Paulo (SP): UNIFESP, OPAS/OMS; 2003. p.51-57.
3. Krassioukov, A., Warburton, D.E., Teasell, R. EngJ.J. A Systematic Review of the Management of Autonomic Dysreflexia After Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil* Vol 90, April 2009
4. Consortium for Spinal Cord Medicine. *Acute management of autonomic dysreflexia: adults with spinal cord injury presenting to health-care facilities*. Washington (DC): Paralyzed Veterans of America; 2001.

**Palavras Chaves:** Reabilitação, Diagnóstico de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem

**Trabalho 75 - 1/4**

**ATIVIDADES NÃO REALIZADAS: ANÁLISE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AS INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS DA NIC PARA O PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ EM IDOSOS.**

CAVALCANTE, Agueda Maria Ruiz Zimmer<sup>1</sup>  
NAKATANI, Adelia Yaeko Kyosen<sup>2</sup>  
BACHION, Maria Márcia<sup>3</sup>  
NUNES, Daniella Pires<sup>4</sup>  
NUNES, Patrícia Silva<sup>5</sup>  
VIEIRA, Flaviana<sup>6</sup>

**Introdução:** O Processo de Enfermagem (PE) consiste na dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que viabiliza a organização da assistência de enfermagem. Muitos estudos têm sido desenvolvidos em diferentes cenários e situações clínicas, pois se observa que a implementação desta metodologia oferece subsídios essenciais para o fazer do enfermeiro levando a conseqüências significativamente positivas evidenciadas na prática. Dentre estes estudos, o desenvolvimento de trabalhos que abordam o uso das classificações dos elementos da prática da enfermagem, mostra-se relevante. A utilização dos sistemas de classificação proporciona maior visibilidade à enfermagem além de contribuir para a qualidade da assistência prestada. Entre os sistemas de classificação de linguagens mais utilizados destaca-se a classificação dos diagnósticos de enfermagem (NANDA-I), de intervenções de enfermagem (NIC) e de resultados de enfermagem (NOC). A utilização do sistema de classificação de intervenções de enfermagem (NIC) mostra-se menos freqüente quando comparado ao uso da NANDA-I. Além disso, observam-se lacunas na produção de conhecimentos sobre este sistema como também na identificação de atividades realizadas ou não pela

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Pesquisadora do NUTADIES. Docente da Faculdade de Enfermagem da UniEVANGÉLICA. Enfermeira do Hospital das Clínicas da UFG. Endereço para contato: R. C-152, nº 726. Jardim América. CEP 74275-120. Goiânia. E-mail: [enf\\_agueda@yahoo.com.br](mailto:enf_agueda@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

<sup>5</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professor Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

**Trabalho 75 - 2/4**

enfermagem que estejam contidas na NIC e que contribuam para o aprimoramento do cuidado de enfermagem, para ampliar o conhecimento da categoria profissional consolidando suas ações. A *Nursing Intervention Classification* (NIC) padroniza as intervenções de enfermagem realizadas pela enfermagem. Inclui mais de quinhentas intervenções, voltadas às necessidades previsíveis e referentes ao ciclo vital, podendo ser dependentes ou independentes de outros profissionais, e ainda, para o cuidado direto e/ou indireto do paciente/cliente. A NIC está voltada ao manejo de diagnósticos de enfermagem identificados, propondo intervenções necessárias para a diminuição ou eliminação das respostas humanas identificadas frente a problemas de saúde. Dentre a população mais vulnerável aos problemas de saúde e com maior risco de adoecimento, destaca-se o idoso por ser, na maioria das vezes, acometido por doença crônica e até múltiplas, principalmente, de natureza cardiovascular e respiratória, gerando respostas humanas que contribuem para altos índices de internação e reinternações. Pesquisadores descreveram que os pacientes com problemas respiratórios sempre apresentam a resposta humana “padrão respiratório ineficaz” descrito pela taxonomia da NANDA-I e definido como inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada. Consideram que tal diagnóstico precede o desenvolvimento de diagnósticos que se sobrepõem pela piora clínica, como troca de gases prejudicada e desobstrução ineficaz das vias aéreas. Em estudo mais abrangente identificamos que uma parte das intervenções previstas na NIC tem sido implementada no atendimento a idosos hospitalizados, enquanto que outras intervenções, apesar de serem classificadas como prioritárias, não são utilizadas. Nesse sentido, revela-se importante analisar as intervenções prioritárias não realizadas pela equipe de enfermagem, diante de indivíduos idosos portadores de “padrão respiratório ineficaz”, a fim de identificar seus fatores intervenientes. **Objetivos:** Identificar as atividades prioritárias da NIC que são referidas pela equipe de enfermagem como não realizada e, os motivos para a não realização. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, realizado na clínica médica de um Hospital Universitário da Região Centro-Oeste. A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2008, onde participaram 43 profissionais da equipe de enfermagem após concordarem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. Foi utilizado um questionário fundamentado na NIC, em forma de *check list*. Todas as atividades correspondentes às intervenções prioritárias para o diagnóstico

### Trabalho 75 - 3/4

Padrão respiratório ineficaz (Controle da Asma, Monitoração Respiratória e Controle de Vias Aéreas) foram listadas. O participante deveria responder se realizava ou não tal atividade, elegendo o motivo da não realização, o qual foi delimitado em “*atividade realizada por outro profissional*”, “*o serviço não dispõe de meios para realização*” e “*não sei do que se trata*”. Para análise, os dados foram lançados em um banco de dados no software *Statistical Package of Social Sciences for Windows®*, versão 16.0 e analisados quanto à frequência simples e percentual. **Resultados:** 67 atividades foram analisadas pelos participantes. Destas, apenas 07 foram referidas como realizadas por todos os participantes. Dez atividades também apresentaram concordância entre os participantes, porém para a não realização, ou seja, todos os participantes referiram não realizá-las. Das 50 atividades restantes referidas como não realizadas, 15 apresentaram frequência maior que 60%. Entre as atividades referidas como não realizadas, destacam-se: prescrever e/ou renovar a medicação (100%), realizar fisioterapia do tórax (100%), monitorar as leituras de parâmetros da função respiratória (95%), monitorar laudos de raio-x de tórax (92%), auxiliar com espirômetro de incentivo (90%), percutir o tórax em ambos os lados (80%), palpar em busca de expansibilidade (80%), obter medidas de espirometria (78%), auscultar sons pulmonares (70%), usar técnicas lúdicas para encorajar a respiração profunda (68%), identificar desencadeadores conhecidos e a reação usual (67%), observar a localização da traquéia (65%), determinar a necessidade de aspiração por meio da ausculta de estertores e roncocal nas vias aéreas e monitorar fadiga muscular diafragmática (46%). As atividades com menores proporções foram: monitorar os padrões respiratórios (14%), remover secreções encorajando a tossir (12%), monitorar reações asmáticas (11%) e monitorar o padrão respiratório e oxigenação (3%). Em todos os grupos de atividades não realizadas, predominou como motivo de não realização, a execução destas ações por parte de outro profissional como: médico, fisioterapeuta e nutricionista; seguido dos motivos: o serviço não dispor de condições para tal, e ainda, por não saberem do que se tratava aquela atividade. **Conclusão:** Como parte das atividades prioritárias da NIC para o diagnóstico “padrão respiratório ineficaz”, entende-se que a não realização destas atividades resulta em lacunas importantes na resolutividade da assistência de enfermagem. Contudo, percebe-se no contexto, imprecisões entre os participantes sobre as atividades que, legalmente, podem e devem ser realizadas por outros profissionais. Nesse sentido, salienta-se a

#### Trabalho 75 - 4/4

necessidade de aparato legal da descrição de atividades que compõem a prática da enfermagem, a necessidade de considerar a interdisciplinaridade nas intervenções e as lacunas na assistência prestada pela equipe de enfermagem. A não-realização destas atividades leva-nos a inferir que outras atividades, deixam de ser realizadas por falta de pessoal preparado e treinado, e por sobrecarga de tarefas. As atividades não realizadas pela enfermagem favorecem o fortalecimento de atuação clínica de outros profissionais em áreas que historicamente tenham sido ocupadas pela enfermagem e gera, concomitantemente, a diminuição da autonomia profissional, o afastamento do enfermeiro das ações de cuidado e da participação nas tomadas de decisão junto à equipe, e que influenciam na melhora clínica do paciente/cliente.

**Palavras-chave:** Enfermagem; intervenção de enfermagem; idosos.

Área temática: Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção à saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

#### Referências Bibliográficas

1. Chianca TCM, Souza CC, Werli A, Hamze FL, Ercole FF. Uso das intervenções de enfermagem na prática clínica no Brasil. *Rev. Eletr. Enferm.* 2009; 11(3): 477-83.
2. Rodrigues FCP, Lima MADS. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. *Rev. Gaucha Enferm.* 2004; 25(3): 314-22.
3. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Ver Esc Anna Nery.* 2009; 13(1): 188-93.
4. Ciampone JT, Gonçalves LA, Maia FOMM, Padilha KG. Necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em Unidade de Terapia Intensiva: estudo comparativo entre idosos e não idosos. *Rev. Acta Paul. Enferm.* 2006; 19(1): 28-35.
5. Guerra IC, Cerqueira ATAR. Risco de hospitalização repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(3): 585-92.

Trabalho 76 - 1/7

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM  
APLICÁVEIS AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS**

**César Augusto Guimarães Marcelino**

**Andrea Braz Vendramini e Silva**

**Rika Miyahara Kobayashi**

**Andrea Cotait Ayoub**

**<sup>1</sup>Ana Paula da Conceição**

**Introdução**

Os transplantes de órgãos e tecidos são alternativa eficaz no tratamento de diversas patologias, resultando em inquestionável melhora na qualidade e perspectiva de vida dos pacientes. No entanto, o crescente aumento das listas de espera em relação ao número de transplantes é preocupante, sobretudo se considerarmos fatores limitantes, como a não notificação de mortes encefálicas, educação continuada deficiente aos profissionais de saúde, manutenção clínica inadequada e recusa familiar.

No Brasil, os transplantes sofreram grande organização a partir de 1997, com a publicação da lei 9434, regulamentada pelo Decreto Federal n 2.268 /97, onde foram criados o Sistema Nacional de Transplante (SNT) e as Centrais de Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO's). <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Enfermeira, Especialista em Enfermagem Cardiovascular, Chefe da Seção de Enfermagem Adulto II do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese nº 500 Ibirapuera – SP CEP 04012-909

Email: apalega@hotmail.com

### Trabalho 76 - 2/7

Em obediência a lei 9434, a Secretaria de Saúde de São Paulo organiza o Sistema Estadual de Transplante e transfere às Organizações de Procura de Órgãos (OPO) a execução das etapas do processo doação –transplante.

O ano de 2009 foi extremamente positivo, o melhor da história. Houve crescimento de 26% na taxa de doação, em decorrência de elevação de 16% da taxa de efetivação. Os transplantes renais obtiveram crescimento de 12 % (devido ao aumento dos transplantes com doadores falecidos), seguidos pelos transplantes de pulmões com crescimento de 11,1%.<sup>1</sup>

O potencial doador de órgãos (PD) é definido como indivíduo em morte encefálica (ME), tendo sido excluídas contra-indicações clínicas que possam representar riscos aos futuros receptores dos órgãos. O objetivo é viabilizar o maior número de órgãos, como pulmões, fígado, coração, rins, pâncreas, intestino e tecidos: pele, vasos, ossos, tendões, córneas e valvas cardíacas.<sup>2</sup>

Assim, o processo doação – transplante é definido como o conjunto de ações que são capazes de transformar um PD em doador efetivo, dentre elas identificação, avaliação e manutenção do PD.<sup>2</sup>

A retirada de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano de pessoas em ME para transplante ou outra finalidade terapêutica, dependerá do cônjuge ou parente maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas.<sup>3</sup>

A ME é um processo complexo, consequência de uma catástrofe ao sistema nervoso, decorrentes de processo de elevação da Pressão Intracraniana (PIC) e falha dos mecanismos de manutenção da perfusão cerebral, que altera a fisiologia dos sistemas orgânicos, pois engloba uma série de alterações neuro-hormonais que levam à disfunção múltipla dos órgãos.<sup>2,4</sup>

Ocorre aumento da resistência vascular sistêmica, por vasoconstrição periférica e da pressão arterial, que tenta compensar a elevação da PIC.<sup>2,4</sup>

A falência progressiva do eixo hipotalâmico – hipofisário e perda do hormônio antidiurético (ADH), associada a perda do controle de diurese, determina a ocorrência

### Trabalho 76 - 3/7

de *diabetes insipidus*, sendo este o principal fator que contribuirá para a desidratação e conseqüente hipernatremia e hipocalemia.<sup>2,4</sup>

O aumento da resistência periférica à insulina associado ao comprometimento de sua secreção gera hiperglicemia.<sup>2,4</sup>

O corpo do PD passa a ter a mesma temperatura do ambiente que o circunda, devido a perda do controle do hipotálamo, o que associado a incapacidade de tremer para produzir calor e infusão de volumes não aquecidos predispõe a ocorrência de arritmias.<sup>2,4</sup>

A perda do Centro Respiratório ocasiona a manutenção pulmonar e homeostática (ventilatória e equilíbrio ácido-base) através do controle do ventilador mecânico.<sup>2,4</sup>

No fígado, há redução da perfusão sinusoidal com diminuição das reservas de glicogênio. A lesão cerebral leva à liberação de tromboplastina tecidual que predispõe o desenvolvimento de coagulação intravascular disseminada.<sup>2,4</sup>

Assim, no que tange a assistência de enfermagem ao PD, cabe ao enfermeiro compreender todas as etapas do processo de doação e transplante, reconhecer o potencial doador mediante o diagnóstico de morte encefálica, prover adequada manutenção clínica visando otimizar órgãos e tecidos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos receptores.

### **Objetivos**

Identificar os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem referentes ao potencial doador de órgãos e tecidos

### **Metodologia**

Trata-se de relato de experiência dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais prevalentes dos doadores de órgãos e tecidos viabilizados pela OPO Dante Pazzanese, no período de 2008 a 2009.

## Trabalho 76 - 4/7

### Resultados

A OPO Dante Pazzanese obteve 298 notificações de potenciais doadores em 2009 obtendo a efetivação (utilização de ao menos um órgão sólido para transplante) de 44 doadores, ao passo que em 2010 foram 307 notificações e 77 doadores, aumento considerável de 58% na efetivação de doadores.

Assim, com base nas alterações fisiopatológicas descritas, inerentes à morte encefálica, seguem os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem sugeridos para a manutenção de potencial doador de órgãos / tecidos.

### Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem <sup>2,4,5</sup>

**A)- Hipotermia:** características definidoras (CD)- temperatura inferior à 36°C, pele fria  
fator relacionado (FR) - perda centro termo regulador

- Verificar temperatura oral / esofágica de hora e hora
- Manter manta térmica contínua
- Aquecer soros a temperatura de 36°C antes de infundi-los
- Manter nebulização aquecida na ventilação mecânica

**B-) Risco de volume de líquidos deficiente:** fatores de risco (FaR)- volume urinário elevado ,perdas por sonda nasogástrica, perdas sanguíneas por ferimentos

- Fazer balanço líquido e sanguíneo de hora em hora;
- Monitorar: Pressão Venosa Central (PVC ), sendo a meta valores entre 06 – 10 mmHg  
Pressão Capilar Pulmonar Ocluído (PCOP) sendo a meta valores entre: 08 – 12 mmHg
- Verificar volume urinário com o objetivo de manter a diurese entre 1,5 – 3,0 ml/kg/h

**Trabalho 76 - 5/7**

- Monitorar uso de soluções hipotônicas, como solução Fisiológica 0,45% e Ringer Lactato, se nível sérico de sódio (Na) maior ou igual a 150 mmol/L

**C-) Risco para débito cardíaco diminuído:** FaR – Arritmias ,hipocalemia, hipovolemia

- Monitorar frequência cardíaca (FC), ritmo cardíaco (RC) e pressão arterial média (PAM) de hora em hora (objetivo: manter FC 60 – 100 ppm e PAM  $\geq$  60 mmHg)

- monitorar infusão drogas vasoativas:

dopamina: até 10  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  – Necessidades maiores requerem outra catecolamina associada:

noradrenalina: até 0,1  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$

Na presença Instabilidade hemodinâmica, com dopamina maior que 10  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  e noradrenalina superior à 0,05  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ , pode-se empregar a vasopressina: 1 U *in bolus* /0,5 – 4 U/h

**D-) Desobstrução ineficaz de vias aéreas:**CD – mecanismo de tosse abolido, presença de ruídos adventícios FR – perda centro respiratório

- Manter vias aéreas livres de mucosidades aspirando secreções traqueobrônquicas

- Monitorar Saturação arterial de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) – recomendável acima de 95 %

**E-) Troca de gases prejudicada:**CD – alterações no equilíbrio ácido-básico FR – alteração na ventilação / perfusão

- Manter parâmetros do ventilador mecânico:

Volume corrente: 08 – 10 ml/kg, pressão positiva expiratória final (PEEP): 05 cm/H<sub>2</sub>O , fração inspirada de oxigênio (FiO<sub>2</sub>) de 40% e pressão parcial de oxigênio (PaO<sub>2</sub>) superior a 100 mmHg e SatO<sub>2</sub> superior a 95 %

- Coletar amostras de sangue arterial para dosagem de gases

**F-) Mobilidade no leito prejudicada:**CD - ausência total de movimentos FR – morte encefálica

**Trabalho 76 - 6/7**

- Realizar banho no leito com água aquecida;
- Manter gaze embebida com Solução Fisiológica 0,9% gelado nos olhos
- Manter decúbito elevado em ângulo de 45°;
- Utilizar medidas de prevenção de úlceras de pressão: colchão anti-escaras, coxins em proeminências ósseas, placas de hidrocolóide; hidratação da pele utilizando AGE ou hidratantes de pele

**G-) Risco de glicemia instável:** FaR – uso de Solução Glicosada; jejum

-Realizar glicemia capilar com objetivo de manter a glicemia capilar entre 80 – 150 mg/dl

**H-) Risco de sangramento:**FaR – coagulação intravascular disseminada, função hepática comprometida

-Avaliar coagulograma: relação internacional normatizada (INR) superior a 2, plaquetas acima de 80.000/cm<sup>3</sup>, Hematócrito de 30% e Hemoglobina superior a 9 mg/dl

**I-) Risco para infecção:** FaR– uso de catéteres centrais, periféricos

-Realizar curativo diário em cateteres utilizando SF 0,9% e clorexidina alcoólica 0,5% e mantê-los ocluídos

**Conclusão**

Os diagnósticos e intervenções de enfermagem estão intimamente relacionados aos efeitos deletérios que a ME causa sobre o organismo, resultando em instabilidade cardiovascular, desarranjos metabólicos e hipoperfusão tecidual.

É de responsabilidade do enfermeiro gerenciar e prestar cuidados intensivos ao potencial doador, objetivando adequada perfusão e conseqüente maior qualidade dos órgãos /tecidos utilizados para transplantes.

**Trabalho 76 - 7/7**

**Referências bibliográficas**

1. Registro Brasileiro de Transplantes. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. São Paulo, 2010.
2. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Doação de Órgãos e Tecidos. São Paulo, 2002
3. Brasil. Lei nº 10.211. Altera os dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". In: Diário Oficial da União. Brasília, p. 6 (edição extra), 2001
4. Wood KE, Becker BN, McCartney JG, D'Alessandro AM, Coursin DB. Care of the potential organ donor. N Engl J Med 2004; 351; 2730-38.
5. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Palavras chave: doador de órgãos; diagnósticos e intervenções de enfermagem; transplante de órgãos

Área temática: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Trabalho 77 - 1/5****DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM DOR ONCOLÓGICA UTILIZANDO A CIPE®**Marisaulina Wanderlei Abrantes<sup>1</sup>Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>2</sup>Telma Ribeiro Garcia<sup>3</sup>

**Introdução:** O câncer se denomina como um complexo de afecções crônico-degenerativas constituído de mais de duzentas doenças diferentes, cada uma com suas características, sintomas e prognósticos diferentes. Pode-se dizer que é uma das doenças mais temidas e estigmatizadas e para muitos, o câncer representa uma sentença de morte, pois os efeitos advindos da própria doença e de seu tratamento podem modificar uma rotina de vida afetando não apenas o portador da neoplasia, como também seus familiares, seu ambiente de trabalho e a sua vida social. Hoje o câncer se apresenta como um dos maiores problemas de saúde pública que o Brasil enfrenta. Nos últimos anos observou-se um crescente aumento na taxa de incidência de neoplasias malignas e a cada ano surgem cerca de sete milhões de casos novos de câncer, fazendo com que esta se torne a 2ª causa de morte no país por doença, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares<sup>(1)</sup>. Para o tratamento do câncer dispomos de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia, as quais podem ser empregadas isoladas ou em associação; é importante enfatizar o considerado avanço que estas terapias sofreram ao longo das últimas décadas trazendo benefícios como o aumento da sobrevida do paciente e um impacto na sua qualidade de vida, mas se estes benefícios terapêuticos não forem bem conduzidos, podem levar o paciente a sentir um dos piores sintomas apresentado no decorrer da sua doença - a DOR. A dor é uma forma de limitação de

---

<sup>1</sup> Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba-Brasil. E-mail: linawac@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora CNPq. Diretora do Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – Brasil. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora CNPq. Diretora do Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – Brasil. E-mail: telmagarciapb@gmail.com

**Trabalho 77 - 2/5**

possibilidades ou de transformações da existência; na realidade não é somente o corpo físico que se encontra doente, mas a vida em suas várias dimensões, como a sua relação consigo mesma, família, trabalho e lazer<sup>(2)</sup>. É uma das causas mais comuns de procura por cuidados médicos, e quando não tratada adequadamente, é responsável pelo aumento de complicações pós-operatórias, pós-traumáticas, prolongamento das internações, aumento dos custos e insatisfação do doente com os tratamentos<sup>(3)</sup>. O Conselho Internacional dos Enfermeiros<sup>(4,70)</sup> define dor oncológica como sendo: “Sensações concorrente de dor aguda e crônica de diferentes níveis de intensidade associada a disseminação invasiva das células cancerosas no corpo; consequência do tratamento do câncer incluindo quimioterapia, ou condições relacionadas com o câncer tais como dor na ferida; a dor oncológica é normalmente descrita como imprecisa, ferindo, doendo, assustadora ou insuportável ligada a sensação de dor intensa, acompanhada por dificuldades em dormir, irritabilidade, depressão, sofrimento, isolamento, desesperança e desamparo”. A dor aguda no paciente oncológico pode ser causada por reações ao tratamento, bem como por processos diagnósticos e invasivos, por sua vez a dor crônica se dá pela cronicidade do processo patológico. A dor é referida por cerca de 60% dos doentes de câncer e 30% a descrevem como moderada ou intensa; não é de difícil controle, não deve ser passivamente tolerado e seu controle é um direito da pessoa que deve ser atendida pelos profissionais<sup>(5)</sup>. Durante a minha experiência como enfermeira oncológica, pude perceber que a grande maioria dos pacientes oncológicos sofre de dor aguda ou crônica, e que esta dor muitas vezes é subtratada, não apenas pelos enfermeiros, mas também por outros profissionais de saúde, isso se deve a uma inadequada avaliação e registro da queixa de dor daqueles pacientes, levando-os assim a ter um quadro algíco persistente que acarreta impacto direto na sua qualidade de vida e a uma mudança em suas atividades rotineiras. Sabe-se que a dor não deve ser tratada apenas com medicamentos e que o entendimento acerca dos aspectos emocionais e sociais que permeiam o problema é imprescindível na determinação da terapêutica, e ainda a atuação direta do enfermeiro é fator determinante na qualidade dessa assistência. A Enfermagem vem nessas últimas décadas buscando sistematizar a assistência de

### Trabalho 77 - 3/5

enfermagem, por meio do processo de enfermagem, visando à qualidade da assistência profissional. O uso do processo de enfermagem desencadeou o desenvolvimento de sistemas de classificação para algumas das fases desse processo, ou seja, para os elementos da prática de enfermagem: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Esses sistemas de classificação são instrumentos que proporcionam a utilização de uma linguagem padronizada, a qual pode ser empregada no processo de raciocínio, de julgamento clínico, terapêutico e fundamentam a documentação clínica da prática profissional. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é uma terminologia combinatória para a prática de enfermagem, para facilitar o mapeamento cruzado de termos locais, classificações e vocabulários existentes. A CIPE® Versão 1.0 apresenta uma estrutura de classificação compreendida por sete eixos, denominada de Modelo de Sete Eixos, que deve facilitar ao usuário o acesso às definições e conceitos da CIPE®, por meio dos quais se poderão construir, tanto as afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem<sup>(6)</sup>. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo construir afirmativas de diagnósticos de enfermagem para pacientes com dor oncológica. **Procedimentos metodológicos:** Trata-se de um estudo metodológico de natureza exploratória descritiva, que foi desenvolvido seguindo as seguintes etapas: identificação de indicadores empíricos relacionados à dor oncológica, os quais foram obtidos a partir da literatura e da CIPE® Versão 1.0; e a construção de afirmativas de diagnóstico de enfermagem utilizando as recomendações do CIE: incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo Foco e um termo do eixo Julgamento; incluir termos adicionais, conforme a necessidade, dos eixos Foco, Julgamento, Cliente, Localização e Tempo. Após a construção das afirmativas de diagnósticos de enfermagem foi feito o mapeamento com o Catálogo de Conceitos Diagnósticos da CIPE® da Versão 1.1. **Resultados:** Para a identificação dos indicadores empíricos para dor oncológica na literatura, foi realizada uma avaliação da dor sob os aspectos físicos, psicológicos e sociocultural. No aspecto físico foram encontrados os seguintes indicadores: náusea, fadiga, anorexia, perda do apetite, expressão facial, relato verbal, posicionamento protetor, insônia, sudorese, vômitos,

### Trabalho 77 - 4/5

taquicardia, aumento da pressão arterial, queimação, dilatação pupilar, astenia e taquipnéia; no aspecto psicológico foram encontrados: apatia, agitação, depressão, irritabilidade, choro, gemência, raiva, desesperança, desespero e culpa; e no aspecto sociocultural foram encontrados: mudança na alimentação, isolamento social, interação reduzida com o ambiente e restrições nas atividades de trabalho e lazer. Na CIPE® 1.0 foram identificados, além dos citados anteriormente na literatura, os seguintes termos no eixo foco: negação, não aderência, dor oncológica, desuso, crise familiar, autocuidado, atitudes sobre dor, atitude sobre o gerenciamento de drogas, angustia espiritual, e adaptação<sup>(4)</sup>. Foram construídas 22 afirmativas de diagnósticos de enfermagem a partir dos indicadores empíricos identificados, que foram mapeadas com o Catálogo de Conceitos Diagnósticos da CIPE® da Versão 1.1, obtendo-se 14 afirmativas para o paciente com dor oncológica: Atitude conflitante em relação ao regime terapêutico; Déficit de autocuidado; Desesperança; Dor aguda; Dor crônica; Fadiga; Ingestão nutricional prejudicada; Isolamento social; Náusea; Negação; Padrão respiratório prejudicado; Pressão sanguínea alterada; Sono prejudicado, Risco para constipação. **Considerações finais:** Os profissionais de enfermagem precisam ter em mente que diante do contexto atual é impossível cuidar da dor oncológica sem utilizar uma terminologia que nomeie e valorize suas ações na prática diária. Este estudo foi desenvolvido para promover uma melhoria da assistência de enfermagem com a construção de afirmativas de diagnósticos de enfermagem para pacientes com dor oncológica utilizando a CIPE®. Os resultados do estudo evidenciaram o atendimento ao objetivo proposto, com a construção de diagnósticos de enfermagem mais relevantes para pacientes com dor oncológica. Acredita-se que esses diagnósticos de enfermagem possam proporcionar meios para que os enfermeiros que trabalham nesta área ofereçam uma assistência de qualidade à paciente com dor oncológica.

Palavras Chaves: Enfermagem, Dor oncológica, Classificação.

### Referências:

**Trabalho 77 - 5/5**

1 Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. A Situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006.

2 Sanches LM, Boemer MR. O convívio com a dor: um enfoque existencial. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2002, 36(4):386-393.

3 Pimenta CAM. Dor: Manual clínico de enfermagem. São Paulo: Searle; 2000.

4 Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0. São Paulo: Ed. Algor, 2007. /Título original: International Classification for Nursing Practice – ICNP® Version 1.0/

5 Pimenta CAM, Ferreira KASL. Dor no doente com câncer. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri (SP): Manole, 2006. p. 124-166.

Trabalho 78 - 1/5

**DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM PARA CLIENTES HOSPITALIZADOS  
SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA**

Danielle Martins do NASCIMENTO<sup>1</sup>

Maria Miriam Lima da NÓBREGA<sup>2</sup>

Marisaulina Wanderley Abrantes de CARVALHO<sup>3</sup>

Ellen Martins NORAT<sup>4</sup>

**Introdução:** A concepção de que a Enfermagem como ciência deve ser pautada em uma ampla estrutura teórica aplicada à prática por meio do Processo de Enfermagem, o qual oferece ordem e direcionamento ao cuidado prestado, constituindo a cerne da prática de enfermagem, o instrumento e a metodologia para auxiliar o enfermeiro na tomada de decisões<sup>1</sup>. O Processo de Enfermagem (PE), considerado a base de sustentação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e é organizado por etapas inter-relacionadas: histórico ou investigação, diagnóstico, planejamento ou prescrição, implementação e avaliação<sup>2</sup>. A utilização do processo de enfermagem levou ao desenvolvimento de sistemas de classificação para os elementos da prática profissional. Entre os sistemas de classificação destaca-se, neste estudo, a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE®), desenvolvida pelo *International Council of Nursing* (ICN) (Conselho Internacional de Enfermagem – CIE) e definida como um sistema unificado da linguagem de enfermagem, uma terminologia instrumental para a prática de enfermagem, que facilita a combinação cruzada de termos locais com as

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. E-mail: [danimartins84@hotmail.com](mailto:danimartins84@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria; Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora CNPq. Diretora do Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – Brasil. E-mail: [miriam@ccs.ufpb.br](mailto:miriam@ccs.ufpb.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. E-mail – [ellen-norat@uol.com.br](mailto:ellen-norat@uol.com.br)

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. E-mail – [linawac@yahoo.com.br](mailto:linawac@yahoo.com.br)

**Trabalho 78 - 2/5**

terminologias existentes<sup>3</sup>. A CIPE® é um marco importante para articular a contribuição que a Enfermagem traz para a saúde e a atenção à saúde, em todo o mundo, fomentando a harmonização com outras classificações utilizadas no trabalho dos grupos de normalização em saúde e em enfermagem<sup>4</sup>. **Objetivos:** Construir afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes internados em uma Clínica Cirúrgica de um hospital escola que se submeteram à prostatectomia, tendo como base o Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Cirúrgica e o Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0, e validar as afirmativas construídas com a participação de enfermeiros *experts* que atuam na referida área. **Método:** Pesquisa exploratória descritiva realizada em um hospital escola, do município de João Pessoa - PB, dividida em duas etapas para atender os objetivos propostos e os critérios metodológicos. Na primeira etapa foram elaboradas as afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem e depois as afirmativas de intervenções de enfermagem, relacionadas às necessidades dos clientes hospitalizados para cuidados de saúde. Conforme recomendações do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), para composição destas afirmativas, foram utilizadas às seguintes diretrizes: incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo **Foco** e um termo do eixo **Julgamento**; incluir termos adicionais, conforme a necessidade, dos eixos **Foco e Julgamento** e dos demais eixos. Para a construção de afirmativas de intervenções de enfermagem foram utilizadas as seguintes diretrizes: incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo **Ação** e um termo **Alvo**, considerado como um termo de qualquer um dos demais eixos, com exceção do eixo **Julgamento**; podem ser incluídos termos adicionais, conforme a necessidade, dos outros eixos. Além disso, foi possível adicionar afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem identificadas na literatura da área e no Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. Na segunda etapa, após a construção das afirmativas, as mesmas foram submetidas a um processo de validação de conteúdo por especialistas da área, que concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dessa forma, foram elaborados dois instrumentos: um para validação das afirmativas de Diagnósticos/ Resultados e outro para validação das Intervenções de Enfermagem. Nestes instrumentos, foi solicitada a colaboração dos enfermeiros no sentido de apontarem se as afirmativas eram aplicáveis à área da Clínica Cirúrgica, e se eram utilizadas efetivamente na prática profissional

**Trabalho 78 - 3/5**

com pacientes prostatectomizados. Em caso de discordância das afirmativas, requisitou-se, se possível, sugestões para sua adequação à realidade da prática de enfermagem. Para o tratamento dos dados coletados na pesquisa, os instrumentos foram numerados e as variáveis contidas nos mesmos foram codificadas e inseridas em banco de dados, construído no programa *Word for Windows*. Os dados foram analisados, utilizando-se estatísticas descritivas. Consideraram-se as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem como validadas quando alcançaram um Índice de Concordância (IC)  $\geq 0,80$  entre as peritas participantes do estudo. **Resultados:** Foram elaboradas 97 afirmativas de Diagnósticos/Resultados de Enfermagem utilizando-se o Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0, a literatura da área e o Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1, obtendo-se como resultado 38 afirmativas com IC  $\geq 0,8$  (39,17 %). A elaboração das Intervenções de Enfermagem foi realizada a partir das afirmativas de diagnósticos validadas. Para a construção destas intervenções obedecemos aos critérios do CIE de utilização do Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0, e foram construídas 259 afirmativas de intervenções de enfermagem, as quais também foram submetidas ao processo de validação, sendo que 210 alcançaram IC  $\geq 0,8$ . Dessa forma, o processo de validação das afirmativas de Diagnóstico/Resultado e Intervenções de Enfermagem da Clínica Cirúrgica finaliza com uma lista 33 diagnósticos e 210 intervenções. É importante destacar que esta pesquisa limitou-se a elaboração das afirmativas e não foi realizada teste na prática diária do serviço, devendo suscitar novas necessidades de adaptações, que demandarão novos estudos de validade de diagnósticos. Deve ser considerado, ainda, que o Ministério da Saúde, nos 20 anos do SUS, apresenta uma das prioridades de governo: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, essa Política deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros<sup>5</sup>. **Considerações finais:** As linguagens em enfermagem desempenham um papel fundamental em desenvolver e definir os fenômenos e ações da enfermagem, assim como descrever claramente as contribuições da enfermagem no cenário de cuidados à saúde, garantindo uma comunicação clara, precisa e objetiva entre todos que compõem a equipe de enfermagem. Acredita-se que pesquisas de validação de diagnósticos, bem estruturadas, é o caminho para o

**Trabalho 78 - 4/5**

desenvolvimento futuro de pesquisas sobre intervenções de enfermagem. Portanto, o diagnóstico de enfermagem caracteriza-se como uma ferramenta necessária para a prática clínica, além de subsidiar o estabelecimento das intervenções e a avaliação propriamente dita. Vale ressaltar que algumas das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem ainda necessitam de modificações para adequar-se à realidade da assistência na referida Clínica. A partir dos resultados obtidos, conclui-se que os objetivos do estudo foram alcançados e acredita-se que a utilização dessas afirmativas poderá representar um relevante instrumento no processo de sistematização da assistência de enfermagem na Clínica Cirúrgica para os clientes que se submeterem à prostatectomia, possibilitando uma melhoria da assistência, uma vez que o diagnóstico retrata as reais necessidades dos pacientes hospitalizados, e, após sua identificação, o enfermeiro tem subsídios para identificar as intervenções de enfermagem necessárias à assistência a esta clientela.

**Palavras-chave:** Diagnósticos de enfermagem; Saúde do homem, Prostactetomia.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

**REFERÊNCIAS**

- 1 George JB. Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional. Trad. Ana Maria V. Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- 2 Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 15, n. 4, Dec. 2006.
- 3 Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0. São Paulo: Ed. Algor, 2007. /Título original: International Classification for Nursing Practice – ICNP® Version 1.0/.
- 4 Nóbrega MML, Garcia TR. Terminologias em Enfermagem: Desenvolvimento e perspectivas de incorporação na prática profissional. In: Albuquerque LM, Cubas MR. Cípscando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba (PR): ABEn, 2005.

**Trabalho 78 - 5/5**

5 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Homem. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Brasília, agosto, 2008.

**Trabalho 79 - 1/4**

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CASA DE SAÚDE SÃO MIGUEL EM CRATO-CEARÁ-BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Eugênia Alves Almeida Coelho

Vitória de Cássia Félix de Almeida<sup>1</sup>

Antônio Lucimilton de Souza Macêdo

Kamilla Ferreira Gomes

Samuel Felipe Marques

(INTRODUÇÃO) As maiores reflexões sobre como a Enfermagem está sendo desenvolvida em sua prática surgem com as fundamentações científicas dos Modelos Assistenciais. A associação de práticas baseadas em conhecimento científico e posturas humanitárias é uma estratégia utilizada no desenvolvimento das atividades da enfermagem, desde Florence Nightingale. O modelo religioso e vocacional sofre mudanças gradativas, deixando de regular o modo de vida dos profissionais para organizar os princípios científicos e construir conhecimentos próprios da enfermagem. Muitas formas de cuidar foram modeladas. A teoria de Horta<sup>1</sup> demonstra a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como sendo a dinâmica de ações sistematizadas em etapas interrelacionadas visando o cuidado humano, devendo existir uma interação entre “o ser enfermeiro”, “o ser cliente” e “o ser enfermagem” resultando na homeostasia do paciente por meio do atendimento as necessidades humanas básicas. A dinâmica desse Processo de Enfermagem (PE) constitui as seguintes ações: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, Evolução e Prognóstico. A partir de 2002, o Conselho Federal de Enfermagem apoia legalmente a SAE<sup>2</sup>, entretanto, apesar da amplitude já alcançada no País e no Estado, grande parte da rede hospitalar na Região do Cariri cearense ainda não operacionaliza esta prática. A SAE apresenta inúmeros

---

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA). Endereço: Rua Madre Ana Couto, 372/02 – Centro, Crato-CE – CEP:63100-150. E-mail: vit\_vitoriafelix@hotmail.com

**Trabalho 79 - 2/4**

benefícios envolvidos no cuidado ao cliente e atua como elemento facilitador no estabelecimento de metas e avaliação das formas de assistir ao paciente. É nesse contexto e, tomando-se por base tais pressupostos, que se tem realizado ações visando à implantação da SAE em unidades de saúde da Região do Cariri cearense, compreendendo-se os esforços nesse sentido não como um modismo a ser seguido, mas como uma necessidade urgente de substituição de um modelo de seguimento de rotinas preestabelecidas e como proposta norteadora do planejamento do cuidado individual, garantindo cientificidade às condutas, aumento da qualidade de vida do cliente e aumento da qualidade do atendimento como um todo. (OBJETIVO) Assim, no presente trabalho objetivou-se relatar a experiência na implantação da SAE em Unidade de Terapia Intensiva da Casa de Saúde São Miguel localizada no Município de Crato-CE. (METODOLOGIA) A construção da SAE no referido cenário tem sido realizada a partir do esforço conjunto de enfermeiros assistenciais que atuam serviço em questão, de enfermeiros docentes e de discentes que realizam estágio na unidade. A unidade de terapia intensiva (UTI) foi o local de escolha da implantação da SAE por ser a unidade que recebe o paciente crítico e que requer: maiores cuidados individualizados e sistemáticos de enfermagem; integração entre enfermeiros, paciente, familiares, equipe de enfermagem e de saúde; registros científicos unificados no prontuário. A clientela atendida na unidade selecionada é constituída em sua maioria por pacientes idosos portadores de doenças cardiovasculares, respiratórias e neurológicas. O período de implantação e implementação foi de janeiro de 2007 a abril de 2010. Como ponto de partida para a implantação da SAE, desenvolveram-se atividades discussão com os enfermeiros acerca da importância de uma assistência sistematizada para o desenvolvimento das ações de enfermagem e como caminho metodológico viável para o atendimento das necessidades humanas básicas dos indivíduos com qualidade. O passo seguinte foi direcionado à ampla sensibilização da equipe de enfermagem acerca da importância da implantação da SAE, através de oficinas e rodas de conversa envolvendo enfermeiros, técnicos de enfermagem e o grupo de discentes. Procurou-se nos momentos em grupo, demonstrar que o planejamento da assistência conduz à melhoria da qualidade dos serviços prestados. A ausência de planejamento pelo modelo assistencial, por outro lado, conduz a um atendimento que não atinge todo o seu potencial. Simultaneamente às discussões houve a elaboração dos instrumentos voltados

**Trabalho 79 - 3/4**

para a aplicação do Processo de Enfermagem (PE), os quais vêm sendo utilizados e constantemente revisados à medida que a SAE é firmada na unidade. Durante o processo de implantação e estabelecimento da sistematização, uma das preocupações tem sido sempre a de unificar o entendimento sobre o cuidar humano como uma atitude natural e ética, onde as pessoas se harmonizam e desejam o bem estar um para o outro associada à compreensão da enfermagem como ciência que se propõe a compreender esse cuidar em constante transformação. (RESULTADOS) Como resultado das atividades desenvolvidas, foram observados avanços, tais como: construção do Diagnóstico Situacional da unidade, inserção dos Diagnósticos de Enfermagem na prática dos enfermeiros, registro regulares das prescrições e realização da avaliação em impressos próprios que foram adicionados ao prontuário do paciente; unificação da linguagem diagnóstica conforme a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>3</sup>; presença de enfermeiros vinte e quatro horas na UTI; inserção da avaliação de úlceras por pressão, segundo escalas de Barbara B. Jensen e Walterlow, no mesmo instrumento; protocolo de exame físico junto ao impresso de evolução de enfermagem; impresso de histórico de enfermagem também como parte do prontuário. Além dos resultados práticos citados, percebeu-se o fortalecimento da identidade do enfermeiro dentro da UTI, pois a equipe acredita que ao trabalhar à luz da SAE, estabelece uma maior definição dos papéis de cada profissional, possibilitando uma assistência voltada para o cuidar, embora se reconheça que muito ainda tem que ser feito nesse sentido, considerando que trabalhar na lógica da sistematização pressupõe uma mudança no processo de trabalho do enfermeiro - por muito tempo orientado para a realização de tarefas. Constatou-se, ainda, que a experiência tem auxiliado no despertar de discentes do Curso de Enfermagem para a importância da implantação e implementação do PE como caminho profissional. Apesar dos avanços, sente-se a necessidade de socialização da experiência com realidades correlatas para que o processo possa ser compreendido de forma unificada - sem perder de vista as especificidades de cada cenário de aplicação da SAE - e para que as dificuldades e facilidades experienciadas nos diferentes contextos institucionais possam ser compartilhadas. (CONCLUSÃO) Conclui-se que a utilização de uma assistência sistematizada tem favorecido à qualidade da assistência, à organização do serviço, à redução do conflito de papéis e à valorização da categoria.

**Trabalho 79 - 4/4**

Ademais, tem proporcionado uma integração dos componentes da equipe de enfermagem entre si, e destes com os demais profissionais de saúde. Espera-se que o modelo construído possa continuar e se fortalecer na Casa de Saúde São Miguel, e que os profissionais em contato com o cliente continuem a buscar um cuidar individualizado, humano, científico e ético.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de Enfermagem.

**REFERENCIAS:**

1 Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo:EPU; 1979.

2 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 272 de 27 de agosto de 2002. [acesso 10 jun. 2010]. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em:  
<<http://www.portalcofen.gov.br/site/2007/materiais.asp.articleID=7100&sectionID=34>>

3 North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações. Porto Alegre: Artmed; 2010.

**ÁREA TEMÁTICA:** 1. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Trabalho 80 - 1/5**

**TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR: OCORRÊNCIA EM FAMILIARES DE PESSOAS HOSPITALIZADAS PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS**

**Selma Rodrigues Alves Montefusco**

**Maria Márcia Bachion**

**Introdução**

A doença significa uma ameaça à integridade tanto pessoal quanto familiar. A pessoa que apresenta doença crônica enfrenta alterações no seu estilo de vida provocadas pela alteração de saúde e pela recorrência de internações hospitalares. Este fato é compartilhado pela família, inclusive nos períodos das internações <sup>(1)</sup>.

Ao acompanhar acadêmicos de enfermagem no ensino clínico no cenário hospitalar, chamou nossa atenção o número de pacientes que estavam com acompanhantes, os quais permaneciam o dia todo nas enfermarias. Pareceu-nos que, com o decorrer da internação, esses familiares que estavam presentes de modo tão intenso, como acompanhantes, poderiam experimentar tensão do papel de cuidador.

**Objetivo**

Identificar a presença do diagnóstico de enfermagem tensão do papel de cuidador em familiares de pacientes com doenças crônicas internados em um hospital escola.

**Metodologia**

Pesquisa descritiva, realizada no período de janeiro a junho de 2006, na clínica médica de um hospital de grande porte da Região Centro-Oeste. Este estudo está inserido em um projeto maior, intitulado “Diagnósticos de enfermagem identificados em famílias em situação de acompanhamento hospitalar utilizando o modelo Calgary”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo 079/2005).

As unidades de cuidado tomadas como sujeitos foram às famílias que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar vivenciando o processo de hospitalização de um de seus membros, internado no cenário do estudo, no período estipulado para a coleta de dados; ter disponibilidade para participar; presença de acompanhante; manifestar a concordância em participar, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critério de exclusão, adotou-se a impossibilidade de completar a avaliação prevista (devido a óbito, alta, piora do estado de saúde da pessoa internada) e/ou solicitação de retirada de consentimento, a qualquer tempo.

**Trabalho 80 - 2/5**

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista gravada, tendo como base um roteiro de abordagem fundamentado no Modelo Calgary de Avaliação<sup>(2)</sup>. Para os propósitos deste subprojeto focalizou-se a categoria funcional, da qual fazem parte duas subcategorias: instrumental (atividades de vida diária) e expressiva (comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões).

Foi utilizado o processo de raciocínio de análise (categorização e identificação de lacunas ou dados divergentes) e síntese (agrupamento, comparação, inferência e identificação de relações)<sup>(3)</sup>. Para rotulação do diagnóstico de enfermagem que traduzisse a inferência diagnóstica tomou-se como base a taxonomia da NANDA<sup>(4)</sup>.

No intuito de preservar o anonimato das famílias, foram usados nomes fictícios (de pedras preciosas) para identificar trechos de suas falas.

**Resultados**

Tensão devido ao papel de cuidador foi encontrado em 100% das famílias. Dos 56 fatores relacionados para o DE, foram encontrados 15 nas 12 famílias participantes, sendo identificados em 50% ou mais das famílias (Tabela 1): Responsabilidades referentes às 24 horas de cuidado; *Cuidador é mulher*; falta de apoio (adequado); Ambiente físico inadequado para o cuidado ; Imprevisibilidade da situação de cuidados e Imprevisibilidade do curso da doença.

Tabela 1 – Fatores relacionados e características definidoras de **tensão do papel de cuidador** identificadas em 50 % ou mais das famílias (n=12) Goiânia (GO). 2006.

Fator relacionado	N	%	Característica definidora	n	%
<i>Cuidador é mulher</i>	12	100,0	Sono perturbado	08	66,6
Responsabilidades referentes às 24 horas de cuidado	12	100,0	Frustração por falta de tempo para atender as necessidades pessoais	06	50,0
Falta de apoio (adequado)	10	83,3	Falta de tempo para atender as necessidades pessoais	06	50,0
Ambiente físico inadequado para o cuidado	10	83,3			
Imprevisibilidade da situação de cuidados	06	50,0			

A maioria das mulheres que participou desta pesquisa e que se configurava em cuidadoras dos familiares hospitalizados reclamava da pouca ajuda dos demais membros da família e

**Trabalho 80 - 3/5**

dos amigos. *Isabel*, da família *Jaspe*, que era composta de dois membros, referia ser a única pessoa a cuidar do marido, desde que o mesmo teve AVC.

Este fato parece estar relacionado também à relutância do cuidador em solicitar ou aceitar ajuda. *Kátia* da família *Topázio*, que era composta por três irmãos, referia ficar 24h com a irmã no hospital e que não tinha uma pessoa de sua confiança para ficar em seu lugar “*eu não dividiria o tempo pra ficar com ela com ninguém, fico preocupada*”.

Essa atitude pode estar relacionada a várias causas como medo de que esse ato represente sinal de fracasso ou inadequação; medo e ansiedade em abandonar o paciente em casa, sem atendimento, tornando-se susceptível ao agravamento da doença; medo que a pessoa morra ou ainda a superproteção e excessos de cuidados, na tentativa de minimizar sentimentos de culpa pelas ações ou negligências <sup>(1)</sup>.

A mulher, geralmente, é o principal cuidador, por estar associada historicamente à responsabilidade pelos cuidados na família. Essas funções são caracterizadas como femininas, estão muito interligadas. Os cuidados que são desenvolvidos pelas mulheres se constituem num aprendizado sociocultural. Como esse papel não foi escolhido pelas mulheres, mas sim aprendido e aceito, ele é fonte de sofrimento, desprazer e conformismo, o que prejudica a ação de cuidado.

Alguns autores referem ao ambiente hospitalar (enfermarias) como um local sem condições de alojamento adequado, tendo o familiar que se acomodar em cadeiras simples, sem nenhuma condição de conforto para o descanso após longas jornadas de atividades de cuidado. A questão afetiva e a constatação de que a assistência oferecida é precária, levam o acompanhante a colaborar com a equipe e com o paciente no sentido da execução dos cuidados relativos à higiene individual, alimentação, exercícios e repouso, além da promoção de seu conforto e bem-estar <sup>(5)</sup>.

O cuidador é o membro da família que fica mais exposto ao cansaço e estresse, pois ele precisa se preocupar com o membro adoecido, com a família e consigo mesmo. Dar atenção para esse cuidador é papel fundamental da enfermagem. Na atualidade, as famílias nucleares apresentam em média 4 moradores no domicílio. Sendo assim, o número de pessoas que podem se revezar nas atividades de cuidado é restrito, sendo necessário lançar mão da família extensa. Este suporte é comum na fase inicial da doença ou hospitalização. Pouco a pouco, estes familiares retornam à suas atividades da rotina e a família nuclear se vê progressivamente sem o apoio necessário.

**Trabalho 80 - 4/5**

Na família *Diamante* que era composta de dois membros, a cuidadora que era a esposa da pessoa índice (paciente) referia estar cansada, pois era a única cuidadora do esposo. Referia necessidade de fazer suas “coisas”. Relatava não poder sair sem se preocupar com o esposo e os cuidados com ele (medicações, alimentação, banho, entre outros).

As evidências de tensão incluíram especialmente o relato de alterações de sono, que são indícios de comprometimento do descanso e repouso, físico e emocional dos familiares. A falta de tempo para atender às necessidades e interesses pessoais, denota a dedicação em prol do bem estar de outrem, comprometendo ou ameaçando o bem estar do cuidador. Este abrir mão de si para cuidar do outro pode ser sustentado durante um certo período, dentro de um limite, que, quando superado, gera a frustração pela falta de tempo para atender às necessidades e interesses pessoais.

**Considerações finais**

Este estudo mostrou que todos os familiares em situação de acompanhamento de paciente em tratamento hospitalar para doenças crônicas não transmissíveis, que participaram do estudo, vivenciam tensão do papel de cuidador, devido à fatores relacionados de diferentes naturezas. A expressão maior deste diagnóstico nas famílias estudadas é o comprometimento do descanso e repouso, aliado à uma suspensão ou adiamento de interesses pessoais, em prol do paciente.

A enfermagem e a instituição de saúde devem estar atentas às necessidades dos pacientes e de seus familiares, em especial os que estão assumindo o papel de cuidador. Devem lembrar que os familiares não são substitutos dos profissionais da instituição, na prestação de cuidados, mas são suportes importantes na segurança e bem estar psicoemocional dos pacientes, os quais constituem um elo do sistema familiar.

Palavras-chaves: cuidador, família, diagnóstico de enfermagem

Área temática 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

**REFERENCIAS**

1. Bocchi, SCM; Angelo, M. Interação cuidador familiar – pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10 (3): 729-38.

**Trabalho 80 - 5/5**

2. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo (SP): Roca; 2005.

3. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Christensen PJ, Griffith-Kenney JW. Processo de enfermagem: aplicação do Modelo Conceitual. 4a ed. St. Louis (MO/USA): Mosby; 1995. p.124-150

4. North American Nursing Diagnosis Association, organizadores. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.

5. Cecagno S, Souza M, Jardim V. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. Acta Scientiarum. Health Science, [on-line]. 2008 abr; 26(1):107-12. [citado 2009 ago 14]. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealth/Sci/article/view/1622/1063>

Enfermeira, docente da Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás.

**Endereço para correspondência:** Selma Rodrigues Alves Montefusco. Rua 208 A, Quadra A2 Lote 05, 115, Residencial Vila Nova de Gaia, apto 103 B, Vila Nova, Goiânia, Goiás. E-mail: sramontefusco@hotmail.com

Trabalho 81 - 1/4

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA

Paula Cristina Coelho, Solange Souza Silva Oliveira, Fernanda Ferreira Gonçalves  
Selma. R. Alves Montefusco

### Introdução

As doenças arteriais coronarianas (DAC) representam uma parcela importante dos problemas de saúde pública em nosso país, e são responsáveis pelas principais causas de morbi-mortalidade, pois têm contribuído para um terço do total de óbitos no mundo (16,6 milhões de pessoas), tanto nos países de primeiro mundo quanto nos países de terceiro <sup>(1)</sup>. No Brasil tem superado a média para outras doenças, além de aumentar os custos com internação hospitalar, procedimentos, diagnósticos, acompanhamento médico e tratamento farmacológico continuado que determinam um impacto econômico expressivo na economia <sup>(2-3)</sup>. Uns dos principais fatores de risco para doença arterial conhecido e comprovado são: hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, *diabetes mellitus* e antecedentes familiares <sup>(2)</sup>. As DAC são doenças de grande complexidade que precisam ser interrompidas com urgência. O seu tratamento pode ser clínico ou cirúrgico. Existem três tipos de cirurgias cardíacas: as corretoras (fechamento de canal arterial, de defeito de septo atrial e ventricular); as reconstrutoras (revascularização do miocárdio, plástia de valva aórtica, mitral e tricúspide) e as substitutivas (trocas de valvolas e transplantes) <sup>(3)</sup>. Diante do exposto os cuidados prestados pela enfermagem, no pós-operatório imediato (POI), passaram a ser fundamental para a recuperação do paciente submetido a uma cirurgia cardíaca e é o processo de enfermagem que possibilita os questionamentos referentes à qualidade da assistência prestada <sup>(4)</sup>.

### Objetivo

Identificar os diagnósticos de enfermagem (DE) em pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.

### Metodologia

Estudo descritivo, realizado em hospital especializado em cirurgias cardíacas em Goiânia-GO, cuja coleta de dados ocorreu através da análise de dados hemodinâmicos, observação direta do paciente e realização de exame físico completo do mesmo. 19 pacientes foram

#### Trabalho 81 - 2/4

submetidos à cirurgia cardíaca no período determinado pelo estudo. Após tabulação dos dados, os resultados foram apresentados em formas de tabelas e percentagem simples.

#### **Resultado e discussão**

Foram avaliados 19 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, sendo nove (47%) revascularização do miocárdio, dez (53%) trocas de valva mitral, um (5%) de valva aórtica e um (5%) pericardiectomia.

As categorias diagnósticos, fatores relacionados e características definidoras foram rotuladas de acordo com a taxonomia II da NANDA<sup>(5)</sup>. Foram identificadas 24 categorias diagnósticas sendo 16 (67%) diagnósticos reais e 8 (33%) diagnósticos de risco.

A população estudada apresentou em 100% o diagnóstico de síndrome do déficit de autocuidado, pois no POI permanecem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) onde dependem dos cuidados da equipe de enfermagem devido à barreira ambiental, sedação, repouso no leito absoluto, danos às membranas, pele, tecido subcutâneos, associado à lesão mecânica devido ao grande procedimento cirúrgico (incisão no esterno) evidenciado pela presença de drenos pleural, mediastino. O auto cuidado (AC) é usado como sinônimo de cuidado de si próprio. É um comportamento que implica no papel ativo do cliente em prática de atividades que o indivíduo desempenha em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem estar. As funções humanas básicas são determinantes para a habilidade do auto cuidar, a avaliação destas funções nos mostrará se uma pessoa tem capacidade de ser independente para o auto cuidado ou se necessita de ajuda. Os problemas de higiene entre as pessoas acamadas são mais elevadas em relação às outras, pois seu confinamento no leito, o estresse e o tratamento contribuem para o acúmulo maior de secreções. Na UTI a maioria dos pacientes não apresenta capacidade para locomoção e tem maior número de limitações físicas o que os impedem de manter alto nível de higiene corporal. Sabemos que na UTI, muitos pacientes têm capacidade limitada de AC no banho/higiene, mas não podemos deixar de avaliarmos e atentarmos quanto a participação desses pacientes de alguma forma em seu AC. O simples ato de lavar os genitais ou pentear o cabelo faz com que os pacientes se sintam menos dependente.

Integridade tissular prejudicada, presente em 100% dos pacientes, quando há dano às membranas mucosas, córneas, pele ou tecidos subcutâneos<sup>(5)</sup>, associado à lesão mecânica causada pelo procedimento cirúrgico, à presença de dreno e à mobilidade física prejudicada.

#### **Trabalho 81 - 3/4**

Houve também em 100% dos pacientes o diagnóstico de risco de quedas, que significa ter suscetibilidade aumentada para quedas que pode causar dano físico <sup>(5)</sup>. As características definidoras mais presentes relacionam-se às condições pós-operatórias, à mobilidade física prejudicada e à presença de anemia. Em alguns casos, o risco é agravado pelo processo de recuperação pós-anestésicos, uso de sedativos, confusão mental devido ao uso de medicamentos que deprime o sistema nervoso central.

Proteção ineficaz, presente em 96% dos pacientes, é a diminuição da capacidade de proteger-se contra ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões <sup>(5)</sup>, relacionadas à imunidade deficiente, causada pela imunossupressão, à cicatrização prejudicada e à coagulopatia.

Comunicação verbal prejudicada identificada em 79% dos pacientes que se dá pela força mecânica do tubo oro traqueal (TOT), uso de sedativos.

Risco para aspiração significa estar em risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas <sup>(5)</sup>, relacionados pela dificuldade de elevar a parte superior do corpo, a depressão dos reflexos de tosse e de deglutição, causados pelos anestésicos, sedativos, que podem levar à aspiração de secreções do TOT. 96% dos pacientes foram encaminhados à UTI com sonda nasogástrica aberta com alto débito, além da acentuação do risco, por causa do rebaixamento do nível de consciência e da mobilidade gastrintestinal diminuída ou ausente.

Outros Diagnósticos de Enfermagem que também chamaram a atenção foram: trocas de gases prejudicadas identificada em 63% dos pacientes, dor aguda e risco para disfunção neurovascular periférica apresentaram uma frequência de 58%.

#### **Considerações finais**

Os resultados desse estudo trazem indicadores da importância da avaliação da enfermagem na identificação dos diagnósticos de enfermagem uma vez que o POI é o período de maior complexidade, o momento crítico da recuperação que apresenta estado físico e biológico comprometidos requerendo cuidados específicos. Os diagnósticos de enfermagem poderão auxiliar os enfermeiros na elaboração de intervenções fundamentadas nas necessidades individuais de cada paciente submetidos à cirurgia cardíaca permitindo um direcionamento das ações de enfermagem de forma rápida e competente direcionando a elaboração de intervenções fundamentadas e adequadas às necessidades individuais de cada paciente. Assim estabelecem desafios para pesquisa e o ensino frente às metas de contínua melhora

**Trabalho 81 - 4/4**

da qualidade da assistência, além de contribuir para o desenvolvimento científico da profissão.

**Palavras-chaves:** Diagnostico de enfermagem, cardiologia, enfermagem

**Area temática 1:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

**REFERÊNCIAS**

- 1- Rocha, LA. da; Maia, TF.; Silva, L de F da. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Rev Bras Enferm 59 (3), Brasília maio 2006.
- 2- Gus, I.; Fischmann, A.; Medina, C. Prevalência dos Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana no Estado do RS. Arq Bras Cardiol, 78 ( 5), 2002.
- 3- Galdeano, L. E.; Rossi, L. A. Construção e Validação de Instrumentos de Coleta de Dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. Revista Latino – Am Enfermagem 10(6):800-4.Nov/Dez. 2002.
- 4- Lima, L.R; Stival, M.M; Lima, L.R. Diagnóstico de Enfermagem de Pacientes Submetidos á Angioplastia Transluminal Percutânea Coronária á Luz dos Pressupostos de Horta. Revista de Enfermagem UPE On Line. (2): 194-99. 2008.
- 5- North American Nursing Diagnosis Association, organizadores. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.

Enfermeira, docente da Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás e Universidade Salgado de Oliveira/Goiania.

**Endereço para correspondência:** Selma Rodrigues Alves Montefusco. Rua 208 A, Quadra A2 Lote 05, 115, Residencial Vila Nova de Gaia, apto 103 B, Vila Nova, Goiânia, Goiás. E-mail: sramontefusco@hotmail.com

**Trabalho 82 - 1/4**

**IMPLANTAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COMO ELEMENTO DE QUALIFICAÇÃO NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Taline Bavaresco<sup>1</sup>, Amália de Fátima Lucena, Regina Helena Medeiros, Cássia Teixeira dos Santos

**Introdução:** O trabalho do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) implica na identificação do diagnóstico da situação, na escolha das intervenções e na avaliação de sua efetividade. No que diz respeito à assistência de pacientes em risco para desenvolver úlcera por pressão (UP), sabe-se que o uso de um instrumento de avaliação poderá servir de subsídio para qualificar o cuidado dos mesmos. A UP é considerada um problema grave em pacientes internados em UTI, um fenômeno complexo e multifatorial. A determinação do risco do paciente para o desenvolvimento da UP é a primeira medida a ser adotada para a prevenção da lesão, que poderá ser identificado por meio do uso de instrumentos preditivos de risco como a Escala de Braden<sup>1</sup>. Esta escala é composta de seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. O escore varia de 6 a 23, sendo que quanto menor o escore maior o risco para desenvolver UP. Uma vez determinada o escore o enfermeiro determina as intervenções mais adequadas para prevenção ou tratamento da UP. Preconiza-se que todos os indivíduos com risco de desenvolver UP devem ter uma inspeção sistemática da pele pelo menos uma vez por dia, prestando-se atenção particular às regiões de proeminências ósseas<sup>1-3</sup>. Estudos apontam que a prevalência de UP no ambiente hospitalar é alta, variando de 2,7% a 29,5%. Dentre os pacientes mais atingidos por esse problema, estão os tetraplégicos, os idosos com fraturas de colo de fêmur e os internados em UTI<sup>4</sup>. Em vistas disto, torna-se imprescindível a utilização de instrumentos validados que mensurem o risco para UP, principalmente em unidades de internações de cuidados críticos. Assim, justifica-se a realização deste estudo na UTI de um hospital universitário, com vistas a qualificar e

<sup>1</sup> Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva. Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFRGS.  
Endereço: Rua Dr. Montaury, 1093 Apto 21, CEP: 95020190, Centro, Caxias do Sul – RS – Brasil.  
E-mail: tali\_nurse@yahoo.com.br

#### Trabalho 82 - 2/4

sistematizar a assistência de enfermagem, por meio da implantação do uso da Escala de Braden. Outra justificativa é a alta frequência de UP nesta unidade, onde se verificou uma incidência de 27,2% durante uma avaliação preliminar realizada num período de 30 dias, o que respalda a implantação de medidas que possam contribuir para a melhoria do cuidado. **Objetivos:** Implantar o uso da Escala de Braden, como instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário e, verificar quais as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na aplicação desta escala. **Método:** Estudo prospectivo e longitudinal realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário do interior do estado do Rio Grande do Sul. Esta unidade possui 10 leitos para internação de pacientes clínicos e cirúrgicos. A amostra consistiu de 74 pacientes que não apresentaram UP no momento da internação e para os quais se aplicou a Escala de Braden, considerando-se como ponto de corte para determinar o risco de desenvolver UP o escore total de 13 pontos<sup>5</sup>. Para a implantação deste instrumento foram capacitadas as enfermeiras assistenciais da unidade. Os dados foram coletados entre os meses de agosto a setembro de 2009 e analisados pela estatística descritiva, com auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 14.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição e os pacientes ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** A aplicação da Escala de Braden durante os dois meses em que se realizou este estudo demonstrou que o escore médio apresentado na primeira avaliação dos 74 pacientes incluídos na amostra foi de 11,35, tendo sido maior 20 e menor 7. Desta amostra, 58 tiveram escore menor ou igual a 13 e os demais 16 apresentaram escore maior a 13, considerado neste estudo como ponto de corte para determinação do risco para UP. Entre os 74 pacientes do estudo, 55 (74,32%) não desenvolveram UP durante a internação. Neste grupo a predominância foi do sexo feminino 31 (56,9%) e a média de idade foi de 54,1±19,2, com tempo mediano de internação de 3 (1-17) dias. Entre os 19 pacientes que desenvolveram UP em algum momento da internação, predominou o sexo masculino 11 (57,9%) e a média de idade foi de 48,8±19,8, com tempo mediano de internação de 14(4-30) dias e o aparecimento das UP ocorreu no período compreendido entre o 2º e o 26º dia de internação. Quanto à periodicidade de aplicação da Escala de Braden, em 45 (60,8%) pacientes houve o preenchimento diário desta. Nestes casos 5 (11,1%)

**Trabalho 82 - 3/4**

desenvolveram UP e em 29 (39,1%) casos não houve aplicação diária da Escala de Braden, sendo que 14 (48,2%) destes pacientes desenvolveram UP. Quanto a utilização da escala, houve consenso entre as enfermeiras da sua importância, entretanto com algumas dificuldades no preenchimento correto das subescalas, bem como na periodicidade da sua aplicação. **Conclusão:** Verificou-se neste estudo a aplicabilidade da Escala de Braden nesta UTI, o que possibilitou conhecer o número de pacientes internados na unidade em risco para desenvolver UP, bem como a incidência deste problema e assim, subsidiar o planejamento das intervenções de enfermagem. Quanto ao aparecimento de UP os dados demonstram que os pacientes desta unidade são adultos, com predominância do sexo masculino e com tempo médio de internação de 14 dias, diferente da maioria dos estudos que apresentam média de idade e tempo de internação superior, além da predominância do sexo feminino. Infere-se que algumas destas diferenças podem ter ocorrido em função do período estudado, que foi peculiar no Estado do RGS devido à epidemia da gripe A (vírus H1N1). As dificuldades verificadas na aplicação da Escala de Braden são referentes, principalmente, à periodicidade de preenchimento das subescalas, além dos dados clínicos e relativos à identificação do paciente. Ressalta-se a importância da adesão dos enfermeiros no preenchimento do instrumento de risco para UP, como forma de diminuir a incidência deste problema, minimizar e prevenir complicações ao paciente, controlar os custos hospitalares e qualificar a assistência de enfermagem. Ressalta-se ainda que, para que haja fidedignidade dos dados produzidos pela aplicação da Escala de Braden é necessário que os enfermeiros estejam motivados, capacitados e conscientes da importância do uso desta ferramenta como elemento qualificador do processo de sistematização da assistência, sendo capaz de fornecer subsídios para o diagnóstico acurado e a escolha das intervenções de enfermagem apropriadas a cada caso. Outros benefícios advindos deste processo são a diminuição do tempo de internação dos pacientes que ficam livres desta complicação e a diminuição de custos hospitalares. Sugere-se como estratégias de adesão para a equipe de enfermagem no uso da Escala de Braden a realização de reuniões periódicas, a revisão do preenchimento correto da mesma e capacitações sistemáticas.

**Descritores:** Úlcera por pressão, Processos de enfermagem, Unidades de terapia

**Trabalho 82 - 4/4**

intensiva.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Referências**

1. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman, V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursin Research* 1987; 36 (4): 205-210.
2. Rogenski NMB, Santos VLC. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev.Latino-am Enfermagem* 2005; 13(4): 474-80.
3. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 1999; 33 (nº especial): 191-206.
4. Costa MP, Sturtz G, Costa FPP, Ferreira MC, Filho TEPB. Epidemiologia e Tratamento das Úlceras de Pressão: experiência de 77 casos. *Acta Ortopédica Brasileira* 2005; 13 (3): 124-133.
5. Menegon DB, Berciniz R R, Brambila MI, Scola ML, Jansen MM, Tanaka RY. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA* 2007; 27(2): 61-4.

**Trabalho 83 - 1/4**

**SENTIMENTOS DE CRIANÇAS DE UMA INSTITUIÇÃO SÓCIO-EDUCATIVA COM O USO DA PRECE: ELEMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA ESPIRITUALIDADE**

Taline Bavaresco<sup>1</sup>, Amália de Fátima Lucena, Regina Helena Medeiros, Valquíria Pezzi Parode

**Introdução:** A espiritualidade é uma orientação filosófica que produz comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé, fornecendo um significado para a vida<sup>1</sup>. Atualmente, a ciência vem investigando a influência da espiritualidade na formação do indivíduo e na qualidade de vida. Assim, a prática religiosa sistemática pela prece ou oração, na maioria das vezes, é o primeiro contato do indivíduo com os conceitos espirituais trazendo aspectos positivos para a unidade familiar, com reforço dos princípios de harmonia e união entre seus membros. Essa Prática não pode ser desprezada pelos profissionais da saúde e educadores como instrumento de melhoria pessoal e fortalecimento do sentido da vida. Todavia, a importância da espiritualidade e da religiosidade no cuidado à saúde ainda não é valorizada por grande parte dos enfermeiros<sup>2</sup>. Estudo aponta que cerca de 15% dos enfermeiros acreditam que o cuidado espiritual não faz parte da assistência de enfermagem e, em torno de 40%, apesar de entenderem a sua importância não o praticam. Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS) mostrou interesse em aprofundar as investigações nessa área, com a inclusão de um aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde. A questão da religiosidade proposta é de que esta seja incorporada na metodologia de trabalho de educação em saúde, principalmente, junto às classes populares urbanas menos favorecidas, através de uma sistematização do cuidado nas questões psicoespirituais. O processo de enfermagem é um instrumento para o planejamento e execução do cuidado de enfermagem<sup>3</sup>. Uma de suas etapas é o diagnóstico de enfermagem, que é definido pela *North American Nursing Diagnosis Association International*<sup>4</sup> como um

1 Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva. Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
Endereço: Rua Dr. Montaury, 1093 Apto 21, CEP: 95020190, Centro, Caxias do Sul – RS – Brasil.  
E-mail: tali\_nurse@yahoo.com.br

### Trabalho 83 - 2/4

juízo clínico sobre a resposta de um indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais/processos de vida. Estes fornecem a base para uma intervenção de enfermagem, que busca alcançar os melhores resultados para o paciente. Na organização taxonômica da NANDA-I<sup>4</sup> se encontra o domínio 10, denominado Princípios de vida, no qual estão localizados os diagnósticos de enfermagem, que possibilitam ao enfermeiro atuar na avaliação e no cuidado espiritual do indivíduo/família ou comunidade. Dentre eles o **Risco de sofrimento espiritual**, que se refere ao risco de apresentar prejuízo em sua capacidade de experimentar e integrar significado e objetivo à vida através da conexão consigo mesmo, com terceiros, arte, música, literatura, natureza ou um ser maior. Além deste, o **Disposição para bem-estar espiritual aumentado**, que se refere a capacidade de experimentar e integrar significado e objetivo à vida através de conexão consigo mesmo, terceiros, arte, música, literatura, natureza ou um ser maior. **Objetivo:** Descrever os sentimentos de crianças acerca do uso rotineiro da prece em uma instituição sócio-educativa e identificar os diagnósticos de enfermagem associados. **Metodologia:** Estudo descritivo transversal, realizado em uma instituição sócio-educativa do Rio Grande do Sul. A referida instituição é uma associação civil, de cunho filantrópico, sem fins lucrativos que atende crianças e adolescentes com baixo poder aquisitivo, abandonados por pais, residentes em abrigos e com história de violência sofrida pela família. A instituição abrange a criação de obras de assistência e promoção social, principalmente nas áreas da criança, do adolescente e da família. Os alunos costumam agradecer e fazer pedidos a Deus. Não existe uma prece imposta. A amostra do estudo foi selecionada de modo intencional e constou de 10 crianças, na faixa etária entre oito e doze anos. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista estruturada contendo perguntas abertas e fechadas sobre os sentimentos dos alunos em relação à prece realizada na Instituição. As entrevistas foram realizadas de forma individual, no horário de permanência habitual dos alunos na instituição. O roteiro estruturado para a entrevista colheu dados das seguintes variáveis: sexo, idade, com quem morava, com quem aprendeu a realizar preces e quais os seus sentimentos com o uso da prece rotineira na instituição. Os dados foram analisados pela estatística descritiva simples e, posteriormente, agrupados os sentimentos referidos pelos alunos de forma a identificar os diagnósticos de enfermagem, conforme a classificação da NANDA-I<sup>4</sup>. Os responsáveis pelos alunos

**Trabalho 83 - 3/4**

assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os princípios éticos e o estudo foi aprovado pela instituição. **Resultados e Discussão:** Foram entrevistadas 10 crianças pertencentes à Instituição Sócio-Educativa que realizam prece diariamente com a presença do professor. A idade média foi de  $9,6 \pm 3,5$ , sendo a maioria (60%) do sexo masculino. Os sentimentos referidos pelas crianças em relação à realização da prece diária apontam para uma capacidade de dar significado à vida por meio da oração. Estes sentimentos positivos remetem à seleção do Diagnóstico de enfermagem de Disposição para o bem-estar espiritual aumentado, visto a aceitação desta prática cotidiana na Instituição. As crianças entrevistadas se encontram em diversas situações familiares. Três (30%) delas moram com mãe, pai e irmão (s); três (30%) com mãe e irmãos; dois (20%) com a avó; um (10%) com a mãe, irmão (s) e avó; um (10%) com mãe e padrasto. Em relação aos sentimentos negativos que permeiam a situação de vida de cada criança, o medo foi apontado por cinco (50%) delas; em seguida temos as brigas e a agitação que foram citadas por quatro (40%) crianças; o desânimo foi citado por duas crianças (20%); a agressividade e a revolta por uma (10%) criança. Tendo-se como foco o contexto da espiritualidade, identificou-se o Diagnóstico de Enfermagem Risco de sofrimento espiritual, uma vez que existem fatores de risco na vida destas crianças para o prejuízo da sua capacidade de dar significado e objetivo à vida, visto os conflitos familiares e relacionamentos não satisfatórios vivenciados. Sabe-se das mudanças que estão ocorrendo na unidade familiar no mundo contemporâneo, todavia, a família é, ainda, o principal grupo social na formação do indivíduo e possui papel fundamental no atendimento às necessidades biopsíquico, socioespiritual e cultural de cada um de seus componentes. Muitas vezes, estes diversos papéis não conseguem ser desempenhados eficazmente devido a presença de fatores externos e internos que interferem na dinâmica familiar, refletindo diretamente no processo de saúde e doença de seus membros<sup>5</sup>. Dessa forma, é importante que os profissionais de Enfermagem continuem buscando saber mais sobre a realidade social, econômica e cultural das crianças e de seus familiares, discutindo, de maneira crítica e reflexiva, a atual conjuntura social das famílias com o propósito de direcionar cada vez mais as práticas de educação em saúde que viabilizem o desenvolvimento de novas atitudes e comportamentos de todas as pessoas envolvidas no cuidar com crianças, visando a minimizar os problemas de saúde. O cuidado de enfermagem, tendo como um

**Trabalho 83 - 4/4**

dos seus focos a espiritualidade poderá ser uma alternativa. **Conclusões:** Os resultados apontaram que esta prática cotidiana proporciona o aumento da tranquilidade e a diminuição do medo. A espiritualidade, representada pela prece, despertou sentimentos positivos nas crianças e amenizou sentimentos negativos, além de se constituírem em importantes elementos para a identificação dos diagnósticos de enfermagem na área da espiritualidade. O uso de diagnósticos de enfermagem referentes aos princípios de vida, mais especificamente aos que se referem ao equilíbrio entre valores, crenças e atos são particularmente úteis para o conhecimento e planejamento do cuidado das situações que requerem atenção às necessidades psicospirituais.

**Palavras-chaves:** Diagnóstico de enfermagem, Espiritualidade, Crianças.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

**REFERÊNCIAS**

- 1 – Warner - Robbins CG, Bomar RPJ. Family spirituality and religion. Foundations of nursing care of families in family health promotion. In: Bomar PJ. Promoting health in families. Applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 187-221.
- 2 - Salgado APA, Rocha RM, Conti CC. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. Rev Enferm UERJ 2007; 15(2): 229-35.
- 3 - Crossetti et al. Introduzindo o processo diagnóstico como registro no cuidado na enfermagem em um hospital universitário. Porto Alegre, 1999. 17f. Projeto de Pesquisa, Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.
- 4 - NANDA. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificações. Porto Alegre: ARTMED, 2009.
- 5 - Ximenes LB, Pinheiro AKB, Lima KM de, Nery HB. A influência de fatores familiares e escolares no processo saúde-doença da criança na primeira infância. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, v. 26, n. 1, p. 223-230. 2004.

Trabalho 84 - 1/5

A COMISSÃO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER: HISTÓRIA DE UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA

<sup>1</sup>Mary Mirian Santos Cunha Borba

<sup>2</sup>Marise Dutra Souto

<sup>3</sup>Cláudia Quinto Santos de Souza

<sup>4</sup>Rosenice Perkins

<sup>5</sup>Angela Cóe Camargo da Silva Lopes

**Introdução:** O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Essas ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica. A história do INCA inicia-se na década de 30, com a reorientação da política nacional de saúde devido ao aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, inclusive o câncer, solidificando-se enquanto Instituição pública no decorrer do século XX. A maior unidade hospitalar do Instituto é o Hospital do Câncer I, inaugurada em 1957, e que presta assistência médico-hospitalar a pacientes adultos e crianças com diversos tipos de câncer. Na década de 90, muitas mudanças ocorreram no Instituto. Incorpora-se a ele o Hospital de Oncologia que pertencia ao Instituto Nacional de Assistência Médica e

<sup>1</sup> Enfermeira da Unidade de Pacientes externos do HC II do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Membro da Comissão de Implantação da SAE/ INCA. Especialista em enfermagem em oncologia pelo INCA. Rua Cirilo de Oliveira nº 112, Jardim Califórnia. São Gonçalo CEP: 24465-180. maryborba@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira da Educação Continuada da Divisão de Enfermagem do HCIII do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Membro da Comissão de Implantação da SAE / INCA. Doutoranda em Enfermagem pela EEAN / UFRJ.

<sup>3</sup> Gerente da Unidade de Pacientes Externos do HCII do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Presidente da Comissão de Implantação da SAE / INCA. Mestranda em Enfermagem pela EEAN/UFRJ.

<sup>4</sup> Enfermeira da Educação Continuada do HCIV do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Membro da Comissão de Implantação da SAE / INCA.

<sup>5</sup> Chefe de Gabinete do HCI do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Membro da Comissão de Implantação da SAE / INCA. Especialista em Gestão Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública. Presidente da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica.

**Trabalho 84 - 2/5**

Previdência Social (INAMPS), conhecido hoje como Hospital do Câncer II (HC II), que tem como foco o atendimento a mulheres com câncer ginecológico. Nesta mesma época, o Hospital Luisa Gomes de Lemos (unidade hospitalar da Fundação das Pioneiras Sociais) também é incorporado, passando a ser conhecido como Hospital do Câncer III (HC III), especializado no tratamento do câncer de mama. Visando o atendimento ativo e integral aos pacientes do Instituto portadores de câncer avançado, sem possibilidades de cura, é criado em 1991 o primeiro serviço de Cuidados Paliativos do Instituto. Em 1998 é construída e inaugurada a Unidade de Cuidados Paliativos do INCA, inicialmente chamada de Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO), conhecida hoje como Hospital do Câncer IV (HC IV), e que tem como missão: “Promover e prover cuidados paliativos oncológicos da mais alta qualidade, com habilidade técnica e humanitária”, com foco na obtenção da melhor qualidade de vida a seus pacientes e familiares. O Centro de Transplante de Medula Óssea que funcionava como um setor do HC I foi elevado ao *status* de Coordenador Nacional de sua especialidade no âmbito do Sistema Nacional de Saúde – SUS, sendo conhecido hoje como Hospital do Câncer V. É responsável pela realização de transplantes de medula óssea alogênicos, com doadores aparentados e não-aparentados, além de autogênicos ou autólogos. Em função da localização geográfica diversa e da existência de Divisões de Enfermagem distintas, cada Unidade organizou-se independentemente ao longo deste processo, sedimentando identidade, fortalecendo sua prática profissional, especificidade e cultura organizacional. Na busca do aperfeiçoamento da qualidade na prestação de serviços de saúde, o Instituto submeteu-se a um processo educativo, a partir de 2004, visando a Acreditação Hospitalar e cada unidade inicia, separadamente, sua trajetória rumo à certificação. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste na organização do processo assistencial segundo método, pessoal e instrumentos e, neste contexto, proporciona respostas favoráveis a critérios exigidos pela Acreditação. Com este entendimento, as cinco Divisões de Enfermagem e respectivos Serviços de Educação Continuada se reúnem e passam a trabalhar em conjunto. Nasce, então, a Comissão SAE do INCA em prol de uma unidade e uniformidade nas ações. **Objetivo:** Descrever o processo de construção da Comissão Institucional da SAE pelas enfermeiras do INCA e relatar as ações implementadas a partir de sua criação. **Metodologia:** Relato de experiência sobre a criação da comissão institucional, com

**Trabalho 84 - 3/5**

vistas a implementar a SAE em cinco unidades de uma instituição pública de referência nacional para o controle do câncer, situada no Rio de Janeiro. O levantamento de dados deu-se a partir da documentação disponível na Instituição na forma de registros em livros de reuniões, correspondências internas, memorandos e livro ata da comissão, bem como de narrativas dos componentes da comissão. **Resultados:** A partir de 2006, em função do 8º Sinaden ocorrido na Paraíba, o estado do Rio de Janeiro, representado pela Aben-RJ, iniciou um movimento no sentido de alinhar-se ao que já vinha ocorrendo em outros estados, visando tornar a aplicação da SAE e do processo de enfermagem uma prática nos hospitais. Nesta perspectiva, as cinco unidades hospitalares do INCA iniciaram seus trabalhos sobre a SAE de forma independente, porém coincidente. A dinâmica escolhida incluiu a organização de grupos de estudos, reuniões para aprofundamento teórico, consultorias técnicas sobre a temática, visitas a Instituições que já vivenciavam a prática da sistematização, participação em eventos científicos e promoção de cursos internos de capacitação de enfermeiros para implantação da SAE. Em setembro de 2008, ocorreu o “I Seminário de SAE do HC II: desafio e compromisso da enfermagem” promovido pela Divisão de Enfermagem e Serviço de Educação Continuada desta unidade, tendo como público alvo os enfermeiros do Inca, e como convidados enfermeiros e gerentes de hospitais, assim como professores universitários da esfera pública e privada. Este evento suscitou nos enfermeiros a reflexão acerca da magnitude que representava a proposta da sistematização dentro do Instituto e, neste sentido, foi percebido que o trabalho em conjunto favoreceria o fortalecimento e desenvolvimento do processo de implantação da SAE. Alguns dias após o encontro, representantes das cinco unidades se reuniram e decidiram pela criação de uma comissão institucional para discutir assuntos pertinentes à sistematização, sendo a mesma composta por enfermeiros da gerência, educação continuada e assistência de cada HC, além de representantes da área de Ensino do Instituto, perfazendo um total de 17 membros. A Comissão passou a se reunir a princípio mensalmente, mas em função da complexidade da tarefa, optou por reuniões semanais. Apesar de já em plena atividade, a Direção Geral do INCA só reconheceu oficialmente sua criação em 09 de julho de 2009, com a publicação da portaria de nº 387/2009. A construção de um instrumento de coleta de dados, na forma de Módulo Informatizado de Avaliação Inicial, constituiu o primeiro grande trabalho coletivo em prol da SAE. Durante o tempo de

**Trabalho 84 - 4/5**

elaboração, testes pilotos com o instrumento na forma impressa foram feitos nas diversas unidades hospitalares, tendo sido colocado em uso efetivamente em abril de 2010. Este instrumento vem sendo paulatinamente ajustado às demandas institucionais, o que caracteriza a importância da parceria com o Serviço de Tecnologia da Informação. Atualmente os enfermeiros trabalham na inclusão dos diagnósticos de enfermagem no módulo informatizado. Por sugestão da Coordenação de Ensino do Instituto criou-se em 2009 uma disciplina sobre SAE, incluída na grade curricular da residência e especialização de enfermagem, cujo conteúdo e apresentação estão a cargo dos membros da Comissão. Outro momento importante foi marcado pelo “1º Workshop de Avaliação da SAE no INCA”, realizado em outubro de 2009 e que contou com a presença da Consultora em SAE Dr<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Vera Regina Maria, e com o relato de experiência do enfermeiro Pedro Karan sobre a implantação da SAE no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília. Em junho de 2010, a Comissão promoveu o “Fórum de Fadiga”, com a presença da Dr<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Dálete Delalibera Mota, da Universidade Federal de Goiás, com objetivo de instrumentalizar os enfermeiros para avaliação deste diagnóstico. **Considerações finais:** A experiência de implementação da SAE no INCA tem sido rica em aprendizagem para todos os envolvidos. Consideramos que enfermeiros responsáveis por processos de melhoria devem ser sensíveis para identificação das necessidades institucionais, estimulando ações inovadoras que propiciem o envolvimento e o comprometimento de seus pares, além de gerar condições para a aquisição de conhecimentos específicos que possibilitem ao profissional prestar uma assistência de enfermagem segura, competente e de qualidade. Assim, a passos firmes, a Comissão vem se empenhando para dar o melhor encaminhamento ao processo de implantação da SAE no INCA, buscando atender às demandas emergentes, sendo mister relatar a seriedade, o compromisso e o espírito de trabalho em equipe demonstrado pelo grupo em meio às particularidades e modo de ser das cinco lideranças.

Palavras chaves: Sistematização da Assistência de Enfermagem, Enfermagem, História  
Área temática – Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção à saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Trabalho 84 - 5/5**

**Bibliografia:**

1. Leopardi MT. Teoria e método em assistência de enfermagem. Florianópolis: Editora Soldasoft; 2006;
2. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. Rev Bras Enferm 2005 set-out; 58(5): 568-72;
3. Backes DS, Schwartz E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. Ciência, Cuidado e Saúde 2005 mai-ago; 4(2): 182-8;
4. Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm 2006 set-out; 59(5): 675-9.

Trabalho 85 - 1/5

**CARACTERÍSTICAS DAS ANORMALIDADES CUTÂNEAS DE  
PACIENTES EM HEMODIÁLISE COMO SUBSÍDIO PARA A  
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Isabella Duarte Vidor<sup>1</sup>, Taline Bavaresco, Elem Cristina Leite, Regina  
Helena Medeiros

**Introdução:** A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é a perda progressiva e irreversível da função renal. Estima-se que existam mais de 2 milhões de brasileiros portadores de algum grau de disfunção renal<sup>1</sup>. As funções reguladoras, excretoras e hormonais do rim estão gravemente prejudicadas, alterando as funções de hematopoiese, gastrointestinais, cardiopulmonares, nutricionais, peso e pele<sup>1</sup>. As anormalidades cutâneas estão relacionados a: má circulação, ao grau em que a pele é exposta às agressões externas, as alterações metabólicas e nutricional do paciente<sup>2</sup>. As alterações nutricionais como anemia, hipoalbuminemia, catabolismo proteico, alterações de ferro, fósforo, cálcio, hormônios, restrição de ingesta hídrica, neuropatia periférica, inflamação, infecções, sangramentos, espoliações hidroeletrólíticas, catabolismo de aminoácidos ramificados, toxinas urêmicas, distúrbios gastrintestinais, sobrecarga hídrica, quantidade excessiva de medicamentos, edema, biocompatibilidade de membranas dialisadoras e fatores psicológicos<sup>1</sup>. As alterações da IRC podem provocar anormalidades na pele como: descamação, assaduras, feridas, pruridos e dermatite. Dentre as características da pele seca, pode-se observar a descamação, fissuras, tensão e vermelhidão<sup>2</sup>. A predisposição para sangramento ocorre devido as função das alterações de coagulação, uremia e uso constante de heparina no circuito extracorpóreo<sup>2</sup>. A atividade reduzida associada a alterações neurológicas, como paraplegia, hemiplegia, acidente vascular cerebral (AVC), anemia, depressão, fadiga e problemas articulares contribuem para o desenvolvimento de alterações cutâneas em função da diminuição de atividades diárias. Assim, a capacidade do paciente em aliviar a pressão predispondo a fricção e

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem – Universidade de Caxias do Sul  
Endereço: Rua Ernesto Marsiaj 548 apto 306 Bloco B  
E-mail: idvidor@ucs.br

**Trabalho 85 - 2/5**

cisalhamento na pele pode aumentar<sup>2</sup>. O uso de sedativos e tabagismo, também, contribuem para o desenvolvimento de úlcera por pressão na IRC<sup>2,4</sup>. A idade avançada e a presença do diabetes, doença cardíaca, doença vascular periférica e as respiratórias associadas à IRC causam uma diminuição no fornecimento de sangue para a periferia, diminuindo a pressão capilar, provocando má nutrição dos tecidos e modificando as características da pele, como a textura, umidade e turgor<sup>2,5</sup>. A ansiedade e a depressão têm sido identificadas como fatores de risco para o aumento de alterações cutâneas, pois provocam alterações hormonais, inibem o sistema imunológico, diminuem a resposta inflamatória e reduzem o processo fisiológico da cicatrização diante de qualquer modificação, como, por exemplo, o prurido<sup>1,3</sup>. Ao conhecermos as anormalidades cutâneas na IRC poderemos contribuir para posterior sistematização do cuidado com a implantação de Procedimentos Operacionais e ou Protocolos adequados a esses pacientes. **Objetivo:** Verificar a frequência e os tipos de anormalidades cutâneas na HD. **Métodos:** Estudo transversal descritivo. O total de pacientes no serviço de Hemodiálise no período da coleta foi de 74 indivíduos. A amostra foi composta de 71 (96%) pacientes em HD com idade acima de 20 anos. Foram excluídos os paciente que não aceitarem participar do estudo e os pacientes que não estavam lúcidos e orientados no período de coleta de dados. Foram coletados dados demográficos (idade e sexo) e clínicos (causa da IRC, tipo de membrana dialisadora e uso de medicamentos). Para as alterações cutâneas foi utilizado a verificação da presença de pregas cutâneas, edema, prurido, feridas, dermatite e coloração da pele (icterícia, palidez, amarela). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Na análise estatística utilizou-se frequência, percentual, média e desvio-padrão. Para avaliar a relação das variáveis com as anormalidades cutâneas foi utilizado ANOVA com um valor de  $p \leq 0,05$ . **Resultados:** A prevalência de alterações cutâneas nos pacientes em HD foi de 5.6 com intervalo de confiança de 95% (1.8-14.5). A frequência de anormalidades cutâneas foi de 100%. As alterações ocorreram em maior número no sexo feminino [38(53%)] e a média de idade foi 55,17±1,6. A taxa de declínio da filtração glomerular está relacionada a fatores modificáveis (maior proteinúria, hipoalbuminemia, hipertensão arterial, controle hiperglicêmico e fumo) e não-modificáveis (sexo masculino e idade avançada). A principal causa da IRC foi a Hipertensão Arterial Sistêmica [27(38%)] e Diabetes Mellitus [23(32,4%)]. Os pacientes faziam uso de EPO [58(81,7%)], Rocaltrol

**Trabalho 85 - 3/5**

[20(28,2%)], Carbonato de cálcio [58(81,7%)], Ferro[12(16,9%)] e Quelante de fósforo [3(4,2%)]. A pele de cor amarela foi encontrado em 48(67,6%) e 23(32,4%) com palidez, feridas 8 (11,3%) e prega cutânea 43(60,6%). No prurido houve relação com os níveis de colesterol. A palidez e a pele amarela foi encontrada em [23(32,4%) e 48(67,6%)], respectivamente, ou seja, a totalidade dos pacientes, e esse achado tem relação com as alterações hormonais de Eritropoietina Recombinante Humana, vitamina D, o que foi demonstrado nos exames laboratoriais alterados como hematócrito (28,8±0,7) e hemoglobina (9,6±0,2). O prurido foi encontrado em 6(8,5%) dos pacientes. O edema foi encontrado na totalidade dos pacientes. No estudo foi encontrado um ganho de peso interdialítico de 2742,25±127,1. Em relação às feridas foi encontrada em 8(11,3%) pacientes da amostra sendo que os mesmos tinham como causa da IRC o Diabetes Mellitus apresentando complicações tardias da mesma como neuropatia e vasculopatia diabética em membros inferiores<sup>2</sup>. A dermatite foi encontrada em 4(5,6%). Não foi encontrado relação significativa entre os exames bioquímicos e edema, coloração da pele, ferida e dermatite. No entanto, foi encontrado relação significativa do colesterol total e LDL com os sintomas de prurido com  $p \leq 0,03$  respectivamente. **Discussão:** A prevalência de anormalidades cutâneas alta, tendo em vista as múltiplas complicações da IRC no qual estão expostos. O uso de EPO, Carbonato de cálcio e Rocaltrol contribuem para suprir as alterações hormonais causados pela IRC e previnem as anormalidades cutâneas<sup>3</sup>. Níveis baixos de hemoglobina diminuem a capacidade do sangue de levar uma oxigenação adequada a nível subcutâneo e conseqüentemente favorecem complicações à nível de pele<sup>13,21</sup>. O ganho de peso interdialítico quando elevado expõe à complicações de pele como edema, fragilidade cutânea e alterações cardiovasculares pela constante hipervolemia<sup>8</sup>. Na literatura o prurido atinge 50 a 90% na HD<sup>1,4</sup>. O prurido é um dos sintomas dermatológicos que ocorre na fase avançada da uremia, o que pode ser um fator precipitante de lesões de pele. As dermatites quando presente podem ter relação com a uremia. A uremia traz muitos prejuízos ao organismo, atingindo diversos sistemas orgânicos dentre eles o cardiovascular, o hematológico, o endócrino, músculo esquelético, gastrointestinal, neurológico, cardiovascular, eletrólitos e cutâneo, contribuindo com o aumento da inflamação<sup>3</sup>. A IRC causa envelhecimento cutâneo precoce, perda de massa magra (flacidez) diminuição do manto lipolítico, fibras

**Trabalho 85 - 4/5**

elásticas anormais, perda de colágeno, aumento de glicosaminoglicanos, senescência celular, danos oxidativos causados por radicais livres de oxigênio e co-morbididades, alterações na matriz dermal, aumento de células inflamatórias, mudança na expressão de genes, entre outros<sup>4</sup>. Esses fatores, quando associados ao edema, pele seca, uremia e inflamação no idoso e ou jovem com IRC, poderão tornar a epiderme mais frágil e flácida favorecendo um maior aparecimento de prega cutânea, não relacionada exclusivamente a desidratação<sup>3,4,5</sup>. **Conclusão:** A totalidade dos pacientes apresentaram anormalidades cutâneas e houve predominância do edema, prega cutânea, prurido e feridas. Nesse estudo essas anormalidades cutâneas tiveram relação com os níveis de hemoglobina, hematócrito, ureia e LDL . Os resultados apontam para a necessidade de avaliação diária na pele dos pacientes em HD, melhora das condições clínicas, adequação de diálise e uma sistematização de enfermagem na prevenção e cuidado nas anormalidades cutâneas da IRC.

**Palavras chaves:** Hemodiálise, Anormalidades cutâneas, Sistematização da Assistência de enfermagem.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**REFERÊNCIAS**

- 1 – Werneck F. Nefrologia em geriatria. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.
- 2 – Dealey C. Cuidando de Feridas: um guia para as enfermeiras. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 1996.
- 3 – Daneker B, Kimmel PL, Ranich T, Peterson RA. Depression and marital dissatisfaction in patients with end-stage renal disease and their spouses. American Journal of Kidney Disease, 38 (4), 839-846, 2001.
- 4 – Wlkstrom B. Itchy skin-a clinical problem for haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant. 2007;22(suppl 7): v-3-7.
- 5 – Garibotto G. Muscle amino acid metabolism and the control of muscle protein turnover in patients with chronic renal failure. Nutrition, v.15, n.2, p.145-155, 1999.

Trabalho 85 - 5/5

**Trabalho 86 - 1/4**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ANSIEDADE NA HEMODIÁLISE E O USO DE FLORES DE BACH**

Isabella Duarte Vidor<sup>1</sup>, Regina Helena Medeiros, Taline Bavaresco, Valquíria Pezzi Padore.

**Introdução:** A hemodiálise (HD) realiza o processo de depuração extracorpórea e, a dependência dessa máquina pode acarretar ansiedade nos pacientes. Todavia, é importante verificar se esta não está ligada a alterações hidroeletrólíticas, as quais não deveriam estar presentes nas alterações de ansiedade de ordem psicológica. Este paciente pode apresentar ansiedade considerada transitória, ansiedade estado (A-estado), condição cognitivo-afetiva transitória e ansiedade traço (A-traço), que é uma ansiedade característica da personalidade, ou seja, pode estar presente em maior ou menor grau durante toda a vida do indivíduo<sup>1</sup>. A ansiedade é um distúrbio emocional que se constitui no campo vibracional humano<sup>2</sup>. E na HD é uma resposta pela dependência da máquina, cuidado com a fístula arteriovenosa (FAV), dieta, dependência da família, perda do emprego, pensamento mórbido, humor depressivo, auto-imagem ruim, emoções de desesperança e comportamento não-cooperativo com a equipe de saúde e a esperança do transplante renal<sup>3</sup>. Para atuarmos terapêuticamente nos corpos sutis, temos que administrar energia que vibra em frequências que estão além do plano físico<sup>2</sup>. Os florais contêm essas energias sutis de alta frequência produzindo harmonia entre o corpo, as emoções e a mente inteira do ser, que produz a saúde e a qualidade de vida<sup>4</sup>, portanto diminuem a ansiedade. **Objetivos:** Verificar se os florais de Bach diminuem os transtornos de ansiedade em pacientes adultos em HD. **Método:** Estudo de caso. A população era de 50 pacientes em HD num serviço de HD da região nordeste do RS e a amostra foi de 10(20%). Critérios de inclusão: idade acima de 15 anos, alfabetizados, não fossem cegos, sem alterações senis, dialisando com FAV e ansiedade durante as sessões de HD. Para a coleta de dados foi utilizado o Processo de Enfermagem, que através da consulta de enfermagem e exame físico pode se obter informações para a

---

1 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem – Universidade de Caxias do Sul  
Endereço: Rua Ernesto Marsiaj 548 apto 306 Bloco B  
E-mail: idvidor@ucs.br

**Trabalho 86 - 2/4**

definição do diagnóstico de enfermagem “Ansiedade”. Associado ao teste de ansiedade (IDATE<sup>1</sup> - Inventário de Ansiedade Traço-Estado). A aplicação do IDATE ocorreu nas quartas ou quintas-feira, dias nos quais os pacientes em HD apresentam condições clínicas favoráveis, pois já receberam uma sessão de HD na semana. Os pacientes foram randomizados em dois grupos: experimental (n=5) e controle (n=5). Somente os do experimental receberam os florais de Bach (*Mimulus*, *Gentian*, *Impatiens* e *Star of Bethhelem*) durante um mês, 4 gotas, 4 vezes ao dia. Foi descrito as experiências pessoais (emoções) com o uso de Florais no grupo experimental por paciente (P1 à P5), de acordo com os tipos de florais utilizados neste estudo. Foi avaliado, também a idade, sexo, causas da insuficiência renal crônica (IRC), exames laboratoriais e medicamentos. Na análise estatística utilizou-se frequência, percentual média, desvio padrão e t-teste *student*. O projeto foi aprovado pela comissão de ética e pesquisa da Instituição e os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** O sexo feminino foi maior nos grupos [controle: 4(80%); experimental: 3(60%)]. A média de idade foi de 53,60± 13,0 e de 36,20± 13,0, respectivamente. A faixa etária foi de indivíduos jovens enfrentando uma patologia de difícil manejo clínico e alterações psicológicas que exigem mudança de vida<sup>2</sup>. A causa da IRC foi a glomerulonefrite crônica. Todos fizeram uso de eritropoietina recombinante humana, ferro, carbonato de cálcio e complexo vitamínico. O uso de medicamentos contribuiu para amenizar a anemia e o impacto na qualidade de vida, como fadiga, cansaço e taquicardia<sup>2</sup>. A família é um importante suporte psicológico<sup>2</sup>, onde verificamos que em ambos os grupos, 6(60%) não convivem com seus cônjuges e não trabalham. Os pacientes que exercem alguma atividade laboral apresentam maior sobrevida<sup>2</sup>. Nos exames laboratoriais (creatinina, ureia, fósforo, cálcio, potássio hemoglobina e Kt/v) não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No que se refere aos estados emocionais descritos pelo grupo experimental, verificamos que, em relação a essência *Gentian* (*FÉ*), o P5 verbalizou falta de fé na indicação dos florais, embora estivesse demonstrando melhora da ansiedade nos primeiros dias. O P3 apresentou segurança e rapidez nas decisões, diminuição da sensação de peso no corpo e dor, fator esse que pode estar relacionado ao *Star of Bethlehem* (*TRAUMA*). Houve a verbalização de P1, P2, P3, P4, em relação a *calma*, ao *relaxamento*, a *tranquilidade* e a *insônia*, sintomas esses relacionados ao efeito do floral *Impatiens* (*IMPACIÊNCIA*). Com o floral

**Trabalho 86 - 3/4**

*Mimulus* (MEDO), o P5 demonstrou uma melhora do sono. O Diagnóstico de Enfermagem Ansiedade, conforme definição da NANDA<sup>5</sup> é “a sensação desagradável e vaga de desconforto ou receio gerado por percepções de uma ameaça real ou imaginária à própria existência”, pertence ao Domínio 9: enfrentamento/tolerância ao estresse e à Classe 2 que é a reação ao enfrentamento. Este foi corroborado pela aplicação do IDATE, apresentando escores de ansiedade considerados elevados<sup>3</sup>. A média de A-estado e A-traço no grupo controle, no início e término do programa, foi igual e elevada (56,2±7,1). No grupo experimental, a ansiedade também foi elevada no início (A-estado: 64,4± 12,1; A-traço: 62± 12,1), porém, no final dos 30 dias, após o uso das essências florais, a A-estado e a A-traço foi menor 52,8± 11,8 ( $p \leq 0,005$ ). Os grupos apresentaram os dois tipos de ansiedade, conferindo, portanto, uma situação pré-existente e que agora, com importantes mudanças clínicas e psicológicas em função da IRC o quadro poderia ter se intensificado. Os florais, segundo as falas dos pacientes deram calma, relaxamento e melhora no sono. **Conclusão:** O cuidado através de uma terapêutica energética pode auxiliar nas queixas subjetivas dos indivíduos. Padrões de comportamento, reconhecimento do alívio de sintomas, confiança na vida, evidências de bem-estar e entendimento do próprio processo e reconfiguração de seu destino são validações importantes no processo de equilíbrio emocional através das essências florais<sup>3</sup>. Não se pretende apontar generalizações, pois o grupo experimental (n= 5) foi pequeno e, também, ao se abordar emoções é preciso lembrar que elas são únicas e individualizadas e dependem das experiências de vida de cada um. Verificou-se que pacientes em HD apresentaram simultaneamente A-estado e A-traço. As essências florais *Star of Bethlehem*, *Mimulus*, *Gentian* e *Impatiens*, de Bach, mostraram-se úteis na diminuição dos escores de ansiedade ( $p \leq 0,05$ )<sup>4</sup>.

**Descritores:** Hemodiálise, Florais de Bach, Diagnóstico de Enfermagem

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Referências**

**Trabalho 86 - 4/4**

1. . Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. Inventário de Ansiedade Traço-Estado-  
IDATE: Manual de psicologia aplicada. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.
- 2 Lima, AF; Gualda, DMR. Reflexões sobre a qualidade de vida do cliente renal  
crônico submetido à hemodiálise. Nursing 2000; 3 (30):20-3.
2. Parode VP. Estética Vibracional: Um processo Multidimensional de ampliação de  
Consciência. Porto Alegre: Alcance, 2007.
3. Gimenes OMP; Silva MJP, Benko MA. Essências florais: intervenção vibracional de  
possibilidades diagnósticas e terapêutica. (Dissertação). São Paulo (SP): Escola de  
Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.
4. Krippner V. Terapia floral Bach aplicada à psicologia. 4 ed. São Paulo: Gente, 1992
5. NANDA International: diagnóstico de enfermagem da NANDA, definições e  
classificações 2009-2011. Porto Alegre: Artmed 2010.

Trabalho 87 - 1/5

**PERFIL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS  
INTERNADAS NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DO HULW/PB**

**Maria Estela Souza Barros<sup>1</sup>**

**Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>2</sup>**

**Introdução:** A Enfermagem pode ser descrita como uma profissão de ajuda, complexa e multifacetada, uma vez que existe uma ampla variedade de elementos que entram em sua composição e em sua prática. Um desses elementos é o cuidar, um constructo teórico considerado como central para a profissão, haja vista que, para aquelas e aqueles que exercem a profissão, além de ser um imperativo moral pessoal, comum a todos os seres humanos, é também um imperativo moral profissional, não negociável, aplicável em qualquer fase do ciclo vital<sup>(1)</sup>. A infância é um período da vida em que ocorrem várias modificações, particularmente físicas e psicológicas, caracterizando, de modo geral, o crescimento e o desenvolvimento da criança. A literatura tem mostrado que os enfermeiros estão se preocupando mais com fatores emocionais das crianças diante da hospitalização, podendo-se observar o enfermeiro preocupado em desenvolver atividades de orientação, promoção e recuperação da saúde com crianças internadas. O surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, bem como as mudanças curriculares ocorridas nos cursos de graduação em enfermagem na última década e, recentemente, uma resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), apontam para uma valorização desses aspectos pelos enfermeiros pediatras. As mudanças ocorridas na assistência de enfermagem à criança hospitalizada foram muitas e significativas desde a transformação da legislação, garantindo a permanência dos familiares no hospital durante o tratamento, o que alterou de forma significativa o cotidiano dos profissionais da saúde, principalmente da equipe de enfermagem que

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem/UFPB. Bolsista de Iniciação Científica UFPB/CNPq. E-mail: maria\_costela@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora CNPq. Diretora do Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – Brasil. E-mail: [miriam@ccs.ufpb.br](mailto:miriam@ccs.ufpb.br)

**Trabalho 87 - 2/5**

permanece maior tempo em contato com a criança e sua família. O processo de cuidar em enfermagem ou o processo de enfermagem tem sido utilizado na assistência de enfermagem à criança hospitalizada como um instrumento metodológico possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e ou prever como as crianças respondem aos problemas de saúde ou os processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exijam uma intervenção profissional de enfermagem<sup>(1)</sup>. O diagnóstico de enfermagem, como uma das fases do processo de enfermagem, é definido como a identificação das necessidades humanas básicas do indivíduo, família ou comunidade que precisam de atendimento, ou ainda, é a expressão de uma situação clínica que pode ser modificada pelo enfermeiro, utilizando uma linguagem padronizada<sup>(2)</sup>, aumentando a sua responsabilidade na avaliação do paciente e na implementação do plano assistencial ao mesmo, pois estabelece um elo entre as respostas humanas, os objetivos desejados e as intervenções necessárias para alcançá-los. Os diagnósticos provenientes do levantamento dos dados consistem num ponto de apoio para a seleção das intervenções de enfermagem, e para compreender a etapa diagnóstica é fundamental a correta interpretação das respostas humanas, uma vez que a escolha adequada das intervenções de enfermagem depende da acurácia dos diagnósticos enunciados<sup>(3)</sup>. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) representa uma ferramenta que produz informações para a tomada de decisão do enfermeiro, por meio de uma linguagem unificada e universal. Trata-se de uma terminologia combinatória que permite formular um diagnóstico de enfermagem, delinear intervenções e identificar resultados prescritos. Estas ações desencadeiam informações que contribuirão na formulação de políticas de saúde, na contenção de custos, no controle do próprio trabalho de enfermagem e nos avanços da profissão<sup>(4)</sup>. Diante do exposto, considerando as crianças como seres especiais que necessitam de cuidados específicos, surgiu o seguinte questionamento: quais são os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em crianças internadas, tendo o Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Pediátrica e o Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0? **Objetivos:** estabelecer, utilizando a CIPE® Versão 1.0, um perfil de diagnósticos de enfermagem em crianças internadas em uma clínica pediátrica de um hospital escola, a partir da identificação das necessidades humanas básicas afetadas. **Considerações metodológicas:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso, com

**Trabalho 87 - 3/5**

abordagem quantitativa para a análise dos dados. A presente pesquisa foi realizada na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), instituição pública e um hospital-escola da Universidade Federal da Paraíba, localizado na cidade de João Pessoa - Paraíba. A amostra do estudo foi constituída por crianças internadas na Clínica Pediátrica, de outubro de 2009 a março de 2010, cuja mãe ou responsável concordou em participar da pesquisa. O instrumento da coleta de dados utilizado é constituído por quatro partes: a primeira se refere à identificação do paciente; a segunda investiga as internações interiores, bem como a queixa principal; na terceira parte do instrumento, considerando as necessidades humanas básicas, dá-se ênfase aos sinais vitais e exame físico, diante das necessidades de oxigenação, nutrição, hidratação, regulação hídrica e eletrolítica, eliminação, sono e repouso, exercício e atividade física, bem como mecânica corporal e motilidade, cuidado corporal, integridade física e cutâneo-mucosa, regulação térmica, regulação hormonal, regulação neurológica, regulação imunológica, crescimento celular e locomoção, regulação vascular, percepção, necessidade de segurança, amor, aceitação e gregária; comunicação, recreação e lazer; a quarta e última parte fica para o preenchimento das impressões da enfermeira. Os dados coletados passaram por um processo de julgamento das respostas de cada criança, o que resultou em quadros individualizados de afirmativas de diagnósticos de enfermagem. Para a construção dessas afirmativas de diagnósticos de enfermagem foi utilizada a CIPE® Versão 1.0 e as diretrizes apresentadas pelo CIE para a construção de afirmativas diagnósticas. Essas diretrizes incluem, obrigatoriamente, um termo do eixo **Foco** e um termo do eixo **Julgamento**, e termos adicionais, conforme a necessidade, dos demais eixos inclusive do Foco e Julgamento. Após a denominação dos diagnósticos de enfermagem, os mesmos passaram a constituir o perfil diagnóstico de enfermagem em crianças, definindo-os como de alta frequência quando apresentaram um percentual = 75%; de média frequência, quando apresentaram um percentual = 50% e < 75%; e de baixa frequência, quando apresentaram um percentual < 50%. Para o tratamento estatístico, os dados coletados na pesquisa serão computados e analisados utilizando-se estatísticas descritivas. **Resultados:** Foram construídas 312 afirmativas de diagnósticos de enfermagem, distribuídas em 56 categorias de diagnósticos de enfermagem, com uma média de 6.24 de diagnóstico por criança. Na definição do perfil diagnóstico do estudo constatou-se que dentre os 56 diagnósticos identificados, nenhum

**Trabalho 87 - 4/5**

diagnósticos de enfermagem foi considerado de *alta frequência*, ou seja, não apresentou frequência  $\geq 75\%$ , um diagnóstico de enfermagem, Sistema imunológico prejudicado, foi considerado como de *média frequência*, com percentual de  $\geq 50\%$  e os demais com de baixa frequência, pois apresentaram um percentual  $< 50\%$ , tais como Tosse produtiva; Padrão respiratório prejudicado; Hidratação prejudicada; Integridade da pele prejudicada; Processo vascular periférico prejudicado; Retenção urinária; Medo; Ingestão nutricional prejudicada; Desenvolvimento prejudicado de criança; Diarréia; Atividade recreativa interrompida; Angústia devido ausência da família; Comunicação prejudicada; Convulsão; Defecação prejudicada; Membrana da mucosa oral prejudicada; Náusea; Nível de força comprometida dos MMSS e MMII; Higiene corporal prejudicada; Hipertermia; entre outros. **Considerações finais:** Traçar o perfil de diagnósticos de enfermagem em uma Clínica Pediátrica, não significa dizer apenas que, a implementação da sistematização da assistência de enfermagem está sendo realizada, mas também nos mostra que, aqueles que a fazem, sabem da verdadeira função da Enfermagem, pois entendem que é por meio do diagnóstico de enfermagem que temos o “poder do cuidado”, poder este, que nos torna capazes de intervir de forma direcionada, planejada, humanizada e eficiente.

**Palavras-chave:** Diagnósticos de Enfermagem; Criança; Enfermagem pediátrica.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

**Referências**

- 1 - Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência. Recife/Olinda - PE, 2000.
- 2 - Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo. Editora: EPU, 1979.
- 3 - Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermagem: aplicação à prática clínica. Trad. de Ana Thorell. 8ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas; 2002.

**Trabalho 87 - 5/5**

4 - Silva RR, Malucelli A, Cubas MR. Classificações de Enfermagem: mapeamento entre termos do foco da prática. Rev. Bras. Enferm. Brasília 2008, nov-dez; 61(6): 835-40.

5 - Carlson-Catalano J. Método pedagógico para o desenvolvimento da habilidade diagnóstica. In: Matos FGOA. Construção do instrumento para a avaliação da acurácia diagnóstica. São Paulo, 2006, 179p. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Trabalho 88 - 1/5

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM  
UMA SALA DE RECUPERAÇÃO CARDÍACA (SRC)\***

**Introdução:** Com a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) pretende-se a melhora da qualidade do atendimento. A SAE refere-se à forma de organizar a assistência, é uma atividade privativa do enfermeiro e um método de trabalho científico. Apresenta vários benefícios tais como: como a visão do indivíduo e não uma patologia, padronização de linguagem, gera dados que subsidiam a tomada de decisão, fornece elementos de pesquisa, auxilia na determinação de quadro de pessoal e dimensionamento bem como, a possibilidade de avaliação do cuidado prestado, proporcionando assim uma assistência integral e individualizada ao ser humano. Observando a importância do tema, enfermeiros Sala de Recuperação (SR) de um hospital perceberam a necessidade da implantação da SAE como forma de organização de trabalho e assistência de enfermagem. Porém, para trabalhar com prescrição de enfermagem seria necessário revisar e estudar as demais etapas do processo de enfermagem e em especial o Diagnóstico de Enfermagem (DE), estabelecendo um vínculo dos DE com a prescrição de enfermagem (PE). Para colocar essa idéia em prática foi criado o grupo de estudo e pesquisa em diagnóstico de enfermagem. Nesta ocasião, os enfermeiros reuniram-se, visitaram hospitais, instituições de ensino, realizaram capacitação, elaboraram um projeto de pesquisa, neste elencaram os DE mínimos a serem utilizados e construíram uma nota de internação. Este trabalho foi intitulado Diagnóstico e prescrição de enfermagem informatizados e foi aplicado na Sala de Recuperação Cardíaca (SRC) com os seguintes objetivos: avaliar a aplicabilidade do instrumento (nota de internação) durante a execução do projeto; analisar a implantação da nota de internação, diagnóstico e prescrição de enfermagem informatizados na SRC de um hospital de grande porte em Porto Alegre. O embasamento teórico deste trabalho foi a classificação da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)<sup>2</sup>, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), proposto por Horta<sup>3</sup> e adaptado por Benedet e Bub<sup>4</sup>. Com a aplicação deste projeto, analisando os resultados percebemos a importância de estudar os DE encontrados, os quais não foram avaliados detalhadamente. O estudo dos DE é importante pois o seu conhecimento contribui na organização e qualificação da assistência de enfermagem, caracteriza o paciente

### Trabalho 88 - 2/5

atendido individualiza e direciona a assistência. Revisando a literatura encontramos alguns trabalhos sobre DE em pós - operatório de cirurgia cardíaca. Apresentamos um trabalho nacional encontrado<sup>1</sup> onde foi verificada a concordância ou não entre a primeira autora e outros enfermeiros na identificação dos DE. Foram avaliados 17 pacientes admitidos para cirurgia cardíaca utilizando-se instrumentos para o período perioperatório. No pós - operatório imediato, 11 categorias apresentam concordância entre os enfermeiros e a primeira autora. As seguintes categorias com frequência superior a 50%, foram identificadas: Risco para infecção 100%, Risco para disfunção neurovascular periférica 100%, Risco para lesão perioperatória de posicionamento 100%, Mobilidade física prejudicada 100%, Déficit no auto cuidado para banho-higiene 100%, Risco para aspiração 100%, Proteção alterada 100%, Integridade da pele prejudicada 100%, Risco para desequilíbrio no volume de líquidos 100%, Alterações sensoriais de percepção 100%, Comunicação verbal prejudicada 94,1%, Risco para temperatura corporal alterada 94,1%, Desobstrução ineficaz das vias aéreas 82,3%, Troca de gases prejudicada 64,7% e Dor 52,9%. O estudo sobre os DE é importante pois a enfermagem deve realizar cada vez mais cuidados baseados em evidências científicas. Sendo assim é importante a qualificação profissional através da realização de pesquisas, estas são imprescindíveis para fortalecer o corpo de conhecimento de enfermagem. As autoras também foram motivadas a buscarem respostas para um problema da prática profissional. Acreditamos desta forma que o estudo sobre diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma sala de recuperação cardíaca é justificado. **Objetivos:** Identificar os principais diagnósticos de enfermagem na sala de recuperação cardíaca de um hospital de grande porte em Porto Alegre. **Metodologia:** Trata-se de um trabalho com abordagem quantitativa. O estudo é um recorte do projeto Diagnóstico e prescrição de enfermagem informatizados. Neste estudo os enfermeiros que atuam na SRC aplicaram o instrumento nota de internação e prescrição de enfermagem vinculada aos DE, elaborados pelo grupo de estudo e pesquisa em diagnóstico de enfermagem, nos pacientes internados nos leitos determinados para o trabalho: 1219, 1220 e 1221. A SRC faz parte da SR desta instituição. A maioria dos pacientes que ingressam na SRC realizaram cirurgia cardíaca, poucos são os pacientes internados nesta unidade que realizaram outras cirurgias ou são pacientes clínicos. A SR está localizada no primeiro andar. Esta é constituída por oito leitos de Sala de Recuperação Intermediária (SRI), dez leitos de Sala de Recuperação Geral I (SRGI), sete leitos de Sala de Recuperação Geral II (SRGII), nove leitos de Sala de Recuperação ambulatorial (SRA), um leito de

### Trabalho 88 - 3/5

isolamento e quatro leitos de SRC. Na SRI, SRC e isolamento são garantidos cuidados intensivos a pacientes em pós-operatório de cirurgias de grande porte de diversas especialidades e pacientes com necessidade de isolamento respiratório ou com germes PAN e Carbapenêmico resistentes. Nestas áreas também são atendidos pacientes clínicos provenientes da emergência e enfermaria em menor número. A amostra deste estudo foram dezesseis pacientes internados nos três leitos acima citados na SRC entre abril e maio de 2009. A amostra foi selecionada por conveniência. As variáveis categóricas foram descritas através da estatística descritiva utilizando frequência e percentual. Foram analisadas as prescrições de enfermagem realizadas por enfermeiros assistenciais que trabalham no setor. Os pacientes foram identificados com a letra P para garantir o anonimato e sigilo das informações. Foram respeitadas as considerações éticas e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição em estudo.

**Resultados:** No período de abril a maio de 2009 foram realizadas trinta e sete prescrições de enfermagem e realizados cento e sessenta e um diagnósticos. Para o paciente1 (P1) os enfermeiros realizaram sete prescrições de enfermagem; para o P2-quatro prescrições; P3-uma prescrição; P4-uma prescrição; P5-três prescrições; P6-duas prescrições; P7-duas prescrições; P8-três prescrições; P9-cinco prescrições; P10-duas prescrições; P11- uma prescrição; P12-uma prescrição; P13-uma prescrição; P14-uma prescrição; P15-uma prescrição e P16-duas prescrições. Os dez DE mais frequentes foram: Dor aguda foi 13,6%; Risco de infecção 13%; Risco de glicemia instável 9,9%; Ventilação espontânea prejudicada 8,6%; Integridade tissular prejudicada 9,3%; Risco de desequilíbrio de volume de líquidos 6,8%; Privação do sono 5,5%; Déficit no auto cuidado para alimentação e Déficit no auto-cuidado para vestir-se e arrumar-se 4,9%; Mobilidade física prejudicada e Padrão respiratório ineficaz 3,7%.

**Conclusão:** Este trabalho refletiu a realidade dos enfermeiros da SRC de um hospital de grande porte em Porto Alegre. Percebemos com este estudo que muitas vezes os DE levantados não são os mais importantes e sim os mais conhecidos. Nesse caso observa-se uma predominância dos DE nas necessidades fisiológicas demonstrando que os enfermeiros não avaliaram e/ou não registraram as necessidades psicossociais, as necessidades psicoespirituais não entraram no trabalho em um primeiro momento. O levantamento de muitos DE por paciente aponta para a importância utilização do raciocínio crítico para avaliação dos principais DE. A implantação da SAE na SRC contribuiu na qualificação dos registros de enfermagem. Os mesmos foram mais completos e o plano de cuidados tornou-se individualizado e não uma repetição de rotinas. O estudo mostra a

#### Trabalho 88 - 4/5

necessidade da continuidade de implantação da SAE na instituição, bem como a realização de estudos de casos com o foco no DE e raciocínio crítico para aprimorar o conhecimento dos enfermeiros. A implantação da SAE para outras unidades desta instituição possibilitará aos enfermeiros utilizarem os dados obtidos no cálculo de dimensionamento de pessoal, terão elementos de pesquisa, bases para avaliação do cuidado prestado e principalmente, proporcionar uma assistência integral e individualizada ao ser humano. Permitindo ao enfermeiro a visão do indivíduo e não uma patologia, humanizando a assistência.

**Palavras-chave:** SAE, Diagnóstico de Enfermagem, Cirurgia Torácica

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

#### Referências

1 Galdeano L. E. ; Rossi L. A . Santos C. B. Dantas R. A. S. Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. Revista Escola de Enfermagem USP. 2006; 40 (1):26-33.

2 North American Nursing Diagnosis Association. Nanda. Diagnóstico de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.

3 Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP; 1979

4 Benedet AS, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem básica na classificação da Nanda. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia; 2001.

**\* Este estudo é um recorte do projeto Diagnóstico e prescrição de enfermagem informatizados.**

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem, em Enfermagem Materno Infante - Juvenil, em Administração do Serviço de Enfermagem e em Gestão em Saúde - Ênfase hospitalar. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem do HNSC .

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa em

**Trabalho 88 - 5/5**

Enfermagem do HNSC. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem do HNSC.

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialista em UCC. Enfermeira da Unidade de Recuperação do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Porto Alegre-RS. Coordenadora do Grupo de Estudo em Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem do HNSC. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem do HNSC. E mail: cicirs1@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade Luterana do Brasil. Canoas.RS.Brasil. Orientadora do Grupo de Estudo em Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem do HNSC. Porto Alegre.RS. Integrante do Grupo de Estudo e pesquisa em enfermagem do HNSC.

<sup>5</sup> Enfermeira. Especialista em enfermagem Pediátrica e em Emergência. Departamento: Hospital da Criança Conceição- HCC. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem do HNSC.

Trabalho 89 - 1/6

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM RN  
PORTADOR DE SÍNDROME DE MOEBIUS UTILIZANDO A TEORIA DAS  
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.**

Taiane Soares Vieira<sup>1</sup>, Denise Carvalho da Silva<sup>2</sup>, Belisa Maria da Silva Melo<sup>3</sup>, Apoena  
Liv Reis Soares<sup>4</sup>, Fernando José Guedes da Silva Junior<sup>5</sup>, Claudete Ferreira de Sousa  
Monteiro<sup>6</sup>

**RESUMO**

A Seqüência de Moebius consiste de uma paralisia ou paresia de nervos cranianos, associados a outras anomalias, sendo considerada, em alguns estudos como resultante de agressão ao feto, devido a fatores genéticos e/ou ambientais, entre a 4<sup>a</sup> e a 5<sup>a</sup> semana da gestação<sup>1</sup>. A população acometida por esta Seqüência apresenta algumas manifestações clínicas, sendo as mais freqüentes: a paralisia dos nervos cranianos, tais como o VI (nervo abducente) e o VII (nervo facial), ocasionando paralisia facial do tipo periférica, normalmente bilateral e o estrabismo convergente. Outros nervos também podem estar acometidos: III, V, VIII, X, XII, causando respectivamente, ptose palpebral, alteração na sensibilidade, surdez, disфонia e disfagia e atrofia lingual, podendo estar relacionadas em diferentes combinações<sup>2</sup>. No que se refere à paralisia do nervo facial, observa-se ausência dos movimentos laterais de olhos e pálpebras, sialorréia, sensibilidade a ruídos fortes. Estas alterações faciais produzem fáceis de aspecto pouco expressivo. Devido à ausência da mímica facial, pode-se observar a boca entreaberta e olhos que não se fecham<sup>3</sup>.

**OBJETIVOS:** Este estudo teve como objetivo demonstrar a sistematização da assistência prestada a um RN portador da seqüência de moebius fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, a partir da execução do processo de enfermagem, e na utilização da Classificação da *NANDA* (North American Nursing Diagnosis Association), para denominar os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Uma vez que as teorias surgiram para definir e explicar os

<sup>1</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX, Mestranda em Enfermagem – UFPI. Teresina, PI.

<sup>2</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX. Teresina, PI.

<sup>3</sup>Especialista em Saúde da Família – IBPEX, Mestranda em Enfermagem - UFPI. Teresina, PI. Rua Eletricista Guilherme, 559. Bairro de Fátima. Email: belisinhameo@hotmail.com

<sup>4</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX. Teresina, PI.

<sup>5</sup>Acadêmico de Enfermagem – UFPI. Teresina, PI.

<sup>6</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem UFPI e do Mestrado em Enfermagem – UFPI.

**Trabalho 89 - 2/6**

fenômenos de interesse da Enfermagem, procurando direcionar seu foco de atenção e sua assistência. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta vem sendo continuamente estudada, avaliada e implementada em diversos cenários das práticas de enfermagem, principalmente por causa da sua ampla aplicabilidade e por ser considerada como um marco conceitual no âmbito da Enfermagem brasileira, fundamentalmente por transpor a visão funcionalista e incorporar uma dimensão qualitativa<sup>4</sup>. A referida teoria tem como objeto o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas afetadas, para torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado. Baseia-se ainda em que ele recupere, mantenha e promova sua saúde em colaboração com outros profissionais e com seus próprios recursos<sup>4</sup>.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso. O estudo foi realizado no mês de outubro de 2007, na Ala D de uma maternidade de referência de Teresina – PI. Fizeram parte do estudo a mãe e um RN portador da seqüência de moebius internado em 25 de outubro de 2007. Em conformidade com a Resolução N°. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, relativa a pesquisas envolvendo seres humanos, após os devidos esclarecimentos e orientações, a mãe aceitou participar da pesquisa e autorizou a inclusão de seu filho, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Foi lhe assegurado sigilo de identidade. Os dados foram coletados utilizando-se como base um instrumento padronizado da referida maternidade (Histórico de Enfermagem), adaptado pelas autoras para utilização em lactentes, e acrescido de alguns itens para dados obstétricos para atender à inclusão da genitora na avaliação das necessidades básicas do binômio mãe-lactente. A análise dos dados foi realizada com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a partir do julgamento clínico sobre as necessidades básicas da mãe e do lactente, podendo estas ser julgadas afetadas ou preservadas, o que serviu como fonte para focalização dos sinais e sintomas apresentados. Estes, por sua vez passando pelo processo de raciocínio clínico, levaram-nos aos diagnósticos de enfermagem, a partir dos quais se chegou aos resultados e às intervenções de enfermagem cabíveis, definidos com a utilização da NANDA. Foi feito o planejamento

<sup>1</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX, Mestranda em Enfermagem – UFPI. Teresina, PI.

<sup>2</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX. Teresina, PI.

<sup>3</sup>Especialista em Saúde da Família – IBPEX, Mestranda em Enfermagem - UFPI. Teresina, PI. Rua Eletricista Guilherme, 559. Bairro de Fátima. Email: belisinhanelo@hotmail.com

<sup>4</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX. Teresina, PI.

<sup>5</sup>Acadêmico de Enfermagem – UFPI. Teresina, PI.

<sup>6</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem UFPI e do Mestrado em Enfermagem – UFPI.

**Trabalho 89 - 3/6**

da assistência, que foi implementado priorizando os diagnósticos de enfermagem, de forma que fosse possível atender às necessidades afetadas da mãe e do lactente e recuperar o equilíbrio, como prevê a teoria estudada.

**RESULTADOS:** Os achados do estudo de caso foram apresentados segundo as etapas do processo de enfermagem da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, enfatizando a identificação das necessidades básicas afetadas, o planejamento, implementação e avaliação da assistência. Analisando a história da mãe, consideramos afetadas suas necessidades psicossociais de segurança, *aceitação, comunicação, auto-estima e aprendizagem*. Com relação ao RN identificamos como necessidades humanas básicas afetadas as condições psicobiológicas: hidratação, nutrição, integridade e integridade física. A partir da identificação das necessidades afetadas da mãe e do RN, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem utilizando-se a classificação da NANDA.

**Diagnósticos relacionados à mãe:**

- Amamentação ineficaz relacionada à dificuldade do neonato em sugar associada à paralisia facial; Amamentação interrompida relacionada à internação do RN em berçário.

**Plano de cuidados:** Auxiliar a mãe nas primeiras mamadas; Proporcionar acompanhamento de apoio durante a permanência no hospital; Orientar o processo de amamentação visando melhorar a sucção.

- Conhecimento deficiente relacionado à patologia.

**Plano de cuidados:** Explicar a patologia para a mãe e suas possíveis complicações; Explicar que o bebê terá que ter um acompanhamento durante toda a vida de uma equipe multiprofissional (neurologista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo); Ensinar os pais sobre o crescimento e desenvolvimento e os comportamentos esperados relativos à patologia; Discutir técnicas positivas de maternidade. Fazer o bebê sentir que é amado. Usar um bom contato visual.

- Ansiedade relacionada ao prognóstico do filho; medo relacionado a resultados imprevisíveis secundários a doença do filho.

<sup>1</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX, Mestranda em Enfermagem – UFPI. Teresina, PI.

<sup>2</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX. Teresina, PI.

<sup>3</sup>Especialista em Saúde da Família – IBPEX, Mestranda em Enfermagem - UFPI. Teresina, PI. Rua Eletricista Guilherme, 559. Bairro de Fátima. Email: belisinhanelo@hotmail.com

<sup>4</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX. Teresina, PI.

<sup>5</sup>Acadêmico de Enfermagem – UFPI. Teresina, PI.

<sup>6</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem UFPI e do Mestrado em Enfermagem – UFPI.

**Trabalho 89 - 4/6**

**Plano de cuidados:** Observar pais interagindo com a criança; Proporcionar apoio aos pais ouvindo a mãe relatar suas experiências, permitindo a verbalização de sentimentos, salientando os pontos fortes e características individuais do bebê para os pais, demonstrando as respostas dos bebês para os pais; Informar sobre cuidados com o bebê, auxiliar os pais quando necessário; Quando mãe ficar separada do bebê, convidá-la para visitar e tocá-lo; Encorajar a família a passar tempo no berçário e trazer relatos verbais e foto do bebê.

**Diagnósticos relacionados ao RN:**

- Risco para desenvolvimento retardado relacionado à capacidade física comprometida e a dependência secundária a deficiência neurológica; Risco para temperatura corporal desequilibrada relacionado a controle prejudicado da temperatura corporal secundário a infecção

**Plano de cuidados:** Orientar à mãe a realizar estimulação facial do RN para melhorar a movimentação facial; Orientar a mãe a procurar serviços médicos especializados para minimizar os problemas do RN (pé torto congênito, estrabismo convergente, paralisia facial); Observar a interação mãe-filho; Verificar temperatura corporal e demais sinais vitais.

- Risco para infecção relacionado ao local de invasão do organismo secundário a procedimentos invasivos.

**Plano de cuidados:** Instruir cuidadores para lavagem de mãos; Limitar os equipamentos invasivos aos absolutamente necessários; Ensinar à família os sinais e sintomas de infecção; Avaliar os hábitos de higiene; Administrar antimicrobianos prescritos.

- Risco para aspiração relacionado a reflexo de sucção/deglutição prejudicado.

**Plano de cuidados:** Investigar os fatores causadores ou contribuintes; Reduzir os riscos de aspiração mantendo posição de decúbito lateral, se não houver contra-indicação pela lesão; Elevar cabeça do RN quando for alimentar e após alimentá-lo.

- Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada a sucção inadequada secundária ao retrognatismo e a paralisia facial

<sup>1</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX, Mestranda em Enfermagem – UFPI. Teresina, PI.

<sup>2</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX. Teresina, PI.

<sup>3</sup>Especialista em Saúde da Família – IBPEX, Mestranda em Enfermagem - UFPI. Teresina, PI. Rua Eletricista Guilherme, 559. Bairro de Fátima. Email: belisinhameo@hotmail.com

<sup>4</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX. Teresina, PI.

<sup>5</sup>Acadêmico de Enfermagem – UFPI. Teresina, PI.

<sup>6</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem UFPI e do Mestrado em Enfermagem – UFPI.

**Trabalho 89 - 5/6**

**Plano de cuidados:** Investigar a mamada (sinais de boa pega) e supervisionar; Identificar a capacidade fisiológica de alimentar-se: o bebê suga ativamente? Coordena sucção e deglutição? Incentivar aleitamento materno exclusivo; Promover o sono e reduzir gastos desnecessários de energia.

**CONCLUSÃO:** O cuidado no atendimento às necessidades básicas afetadas direcionado ao binômio mãe/lactente é um processo complexo, devido às suas peculiaridades. Esse cuidado requer da equipe de enfermagem uma visão voltada para as características próprias de cada indivíduo, a partir do estabelecimento de uma escala de prioridades no atendimento a essas necessidades. Nesse contexto, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta mostrou-se adequada, pois relacionamos as necessidades afetadas a partir dos problemas apresentados pelos clientes. Assim, em adição, utilizamos o raciocínio diagnóstico e terapêutico e o sistema de classificação escolhido, facilitando o planejamento e a implementação da assistência. Os resultados do estudo evidenciam que a utilização da teoria de Horta e da classificação dos diagnósticos de NANDA na prática assistencial proporcionou uma melhoria na qualidade da assistência e contribuiu para um cuidado holístico e humanizado, uma vez que nelas o ser humano é percebido em todas as suas necessidades, trazendo benefícios não apenas para as clientes, mas também para a profissão.

**Palavras-chave:** Enfermagem Neonatal. Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Processos de Enfermagem.

**Área Temática:** (1) Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

### REFÊNCIAS

1. Pupo Filho RA, Cardoso TAL, Martins JRO, Michelett JA, Carvalho Filho JF, Moraes MG, Duarte MSN. Síndrome de Moebius uma patologia emergente no Brasil. Rev Paul de Pediatria 1999;17(2):91-4.

2. Martins RHG, Nakanishi M, Dias NH Sousa JC, Tamashiro IA. Sequência de Moebius: manifestações clínicas e avaliação auditiva. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 2001;67(4):440-5.

<sup>1</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX, Mestranda em Enfermagem – UFPI. Teresina, PI.

<sup>2</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX. Teresina, PI.

<sup>3</sup>Especialista em Saúde da Família – IBPEX, Mestranda em Enfermagem - UFPI. Teresina, PI. Rua Eletricista Guilherme, 559. Bairro de Fátima. Email: belisinhanelo@hotmail.com

<sup>4</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX. Teresina, PI.

<sup>5</sup>Acadêmico de Enfermagem – UFPI. Teresina, PI.

<sup>6</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem UFPI e do Mestrado em Enfermagem – UFPI.

**Trabalho 89 - 6/6**

3. Fontenelle L, Araújo APQC, Fontana RS. Síndrome de Moebius: relato de caso. Arq Neuropsiquiatr 2001;59(3):1-6.
4. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: Edusp; 1979.

<sup>1</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX, Mestranda em Enfermagem – UFPI. Teresina, PI.

<sup>2</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX. Teresina, PI.

<sup>3</sup>Especialista em Saúde da Família – IBPEX, Mestranda em Enfermagem - UFPI. Teresina, PI. Rua Eletricista Guilherme, 559. Bairro de Fátima. Email: belisinhameo@hotmail.com

<sup>4</sup>Especialista em Terapia Intensiva – IBPEX. Teresina, PI.

<sup>5</sup>Acadêmico de Enfermagem – UFPI. Teresina, PI.

<sup>6</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem UFPI e do Mestrado em Enfermagem – UFPI.

**Trabalho 90 - 1/5**

OS INDICADORES CLÍNICOS ENCONTRADOS NO TRABALHO DE PARTO E A SUA CONCORDÂNCIA COM OS FENÔMENOS DE ENFERMAGEM AGRUPADOS NO EIXO FOCO DA CIPE VERSÃO 1.0.

SILVA, Ângela Maria <sup>1</sup>

CORRÊA, Natália da Silva <sup>2</sup>

AZEVEDO, Suely Lopes de <sup>3</sup>

PAIVA, Priscilla Barboza<sup>4</sup>

De acordo com a lei do exercício profissional da enfermagem 7.498/86, Decreto nº 94.406/87, o pré-natal e o parto de baixo risco podem ser acompanhados e realizados pelo enfermeiro<sup>3</sup> e paralelo a isso temos a Resolução 358/09 que dispõe sobre a implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como parte da rotina de trabalho do enfermeiro<sup>4</sup>. Para muitos autores a SAE permite a tomada de decisão clínica e possibilita a documentação da enfermagem de forma científica e universalmente aceita. As etapas que compõem o Processo de Enfermagem(PE) são: Coleta de dados de Enfermagem / Diagnostico de Enfermagem / Planejamento de Enfermagem/ Implementação / Avaliação de Enfermagem<sup>1,4</sup>. O PE é um método para a organização da assistência e que deve contribuir para a promoção do cuidado e prevenção, de forma humanizada, dirigindo os resultados e está particularmente voltado para ação no sentido de obter uma participação consciente e constante do indivíduo<sup>1,5</sup>. O processo de enfermagem favoreceu o desenvolvimento dos sistemas de classificação em Enfermagem, que são ordenações de termos codificados, padronizados e com definições próprias, considerados o primeiro estágio no desenvolvimento de estruturas teóricas para a profissão<sup>1,5</sup>. Os termos são fenômenos essenciais da prática de enfermagem podendo ser denominados componentes primários de uma classificação, que é até hoje considerado um dos grandes obstáculos ao desenvolvimento de uma terminologia própria do enfermeiro. Os fenômenos de enfermagem permitem uma melhor comunicação e visibilidade profissional. Muitos

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente e Coordenadora do Curso de Especialização Enfermagem em Saúde da Mulher – UGF, Rio de Janeiro. Contato: Rua Volta 645 apt 402 b 01 Vila da Penha, RJ, e-mail [anjoomaria@gmail.com](mailto:anjoomaria@gmail.com).

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem 8º período Universidade Gama Filho.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Professora Adjunto da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro. Contato: Rua Dr Celestino, 74, Centro, Niterói, RJ. e-mail [sulazrj@gmail.com](mailto:sulazrj@gmail.com).

<sup>4</sup> Acadêmica de Enfermagem 6º período Universidade Gama Filho

**Trabalho 90 - 2/5**

esforços têm sido feitos no sentido conhecer os fenômenos que direcionem a prática de enfermagem <sup>1,5</sup>. Fenômenos de Enfermagem "são aspectos de saúde relevantes à prática de Enfermagem" e "Diagnósticos de Enfermagem" é o nome dado por um enfermeiro a uma decisão sobre um fenômeno que é o foco da intervenção de Enfermagem. A falta de uma linguagem de classificação dos fenômenos especializados que permitam a definição e descrição da prática de Enfermagem pode comprometer o seu desenvolvimento como ciência. Diante da importância de uma linguagem internacionalmente padronizada na enfermagem o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) vem desenvolvendo um Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem(CIPE) a qual, vem demonstrando evidência concreta sobre a importante contribuição para a assistência de enfermagem e de integrar a Classificação de Doença e Saúde desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) <sup>2</sup>. A CIPE é uma terminologia combinatória que facilita o mapeamento cruzado de termos e vocabulários, admitindo o uso de expressões regionais, estabelece padrões de cuidados, e pode ser utilizados em qualquer parte do mundo, conseqüentemente, permite uma melhoria na qualidade da assistência, por meio da sistematização, do registro e da quantificação daquilo que os componentes da equipe de enfermagem fazem e produzem<sup>2</sup>. A CIPE é composta por 7 eixos combinatórios que permitem um acesso fácil aos seus conceitos e definições, facilitando o seu uso, permitindo assim, ser um sistema unificado bem aceito devido a sua capacidade de comunicar e comparar dados de enfermagem em diferentes setores <sup>2</sup>. Os eixos utilizados pela CIPE são foco, julgamento, cliente, ação, meios, localização e tempo. O eixo foco o escolhido para o estudo é definido como a área de atenção para a prática de enfermagem <sup>2,5</sup>. O conhecimento e desenvolvimento dos fenômenos /diagnósticos de enfermagem no eixo foco direcionam as intervenções que se faz necessário à mulher e a família durante o trabalho de parto e, de forma a termos uma assistência sistematizada e objetiva que permeia aos resultados esperados junto à parturiente. O enfermeiro obstetra dentro da equipe multiprofissional na assistência a mulher em trabalho de parto além de acolher, garantir e resguardar a vida da mãe/filho. Logo, as atividades exercidas pelo enfermeiro junto à parturiente e perante os diferentes fenômenos de enfermagem observados no trabalho de parto requerem demasiada atenção por parte do enfermeiro obstetra, visto ser essencial para o sucesso do trabalho de parto nesse momento. É importante ressaltar que a enfermeira obstetra tem participado das principais discussões acerca da saúde da mulher em defesa do Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento, juntamente

**Trabalho 90 - 3/5**

com movimentos da enfermagem das últimas décadas, o qual vem reforçando a importância da assistência nessa direção, por entender que estas medidas são fundamentais para a diminuição morbidade e mortalidade materna. Ciente das exigências legais para o exercício da profissão da enfermagem obstétrica e pelas ações programáticas do ministério da saúde para parto, bem como da importância da SAE para a prática da Enfermagem contemporânea, propusemos um estudo bibliográfico que teve como objetivo descrever os indicadores clínicos encontrados no trabalho de parto e a sua concordância com os fenômenos de enfermagem agrupados no eixo Foco da Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE) versão 1.0. Para o estudo foram traçados os seguintes **OBJETIVOS**: - Identificar e descrever os indicadores clínicos observados no trabalho de parto encontrados no levantamento bibliográfico; - Fazer concordância dos indicadores clínicos encontrados na literatura com os fenômenos de enfermagem agrupados no eixo foco da CIPE versão 1.0 de acordo com a terminologia e descrição; - Identificar os indicadores clínicos que não possuam correspondência com os fenômenos de enfermagem agrupados no eixo foco da CIPE versão 1.0. Durante o desenvolvimento do estudo percebeu-se a escassez de trabalhos sobre essa temática. Por tanto, a pesquisa é de fundamental importância e trás contribuições e subsídios para o desenvolvimento do sistema de classificação dos fenômenos da prática de enfermagem, possibilitando desenvolver um plano de assistência adequado e estabelecer resultados atingíveis junto à mãe e filho por ser esse momento de grande prazer. **METODOLOGIA**: Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória do tipo bibliográfico. Foi utilizado para levantamento da pesquisa: textos, livros, periódicos, cartilhas do Ministério da Saúde(MS), no período de agosto de 2009 à maio de 2010. Para a análise das informações foi realizado uma minuciosa e exaustiva leitura do conteúdo, posteriormente realizou-se uma análise do conteúdo e das idéias identificadas na bibliografia em busca da terminologia e descrições dos fenômenos de enfermagem encontrados no EIXO FOCO da CIPE versão 1.0 que levam a concordância com a terminologia e com a descrição dos indicadores clínicos encontrado na parturição. **RESULTADOS**: Os fenômenos agrupados no EIXO FOCO da CIPE versão 1.0 como : **Contrações uterinas, Dor, Cólicas, Náuseas, Vômitos, Tremores dos membros, Ansiedade, Puxos, Lesão de períneo, Hemorragias** encontram-se em concordância com os indicadores clínicos em sua terminologia e descrição. Os fenômenos encontrado como: **Lombalgia, Falta de ar materno em decúbito, Sudorese, Irritabilidade, Sentimento de perda de controle**, foi encontrado somente

**Trabalho 90 - 4/5**

em concordância na descrição dos indicadores clínicos e quanto a terminologia percebemos equivalência dos termos. Para alguns indicadores clínicos não foi encontrado concordância na terminologia ou em sua descrição tais como: **Amniotmia, Sentimento de estar sobrecarregada, Sensação de preenchimento retal, Estiramento Uterino, Amolecimento da Cérvix, Dilatação da Cérvix, Descida da apresentação fetal para a pele, Adelgamento da cérvix, Encurtamento da cérvix, Mudança formato abdome, Polaciúria, Perda do tampão mucoso, Formação da bolsa das águas, Perda de secreções pela vagina, Aumento da apreensão, Inquietação, Aumento da saída de sangue pela vagina, Incapacidade de relaxar, Diaforese, Desejo forte de fazer força para baixo.** Perante os resultados encontrados no estudo, considero importante a realização de pesquisas de campo para desenvolvimento e validação dos fenômenos que direcionam a prática de enfermagem obstétrica. É evidente que alguns fenômenos/termos e suas descrições precisam ser revistos e outros acrescentados por se tratar de uma Classificação Internacionalmente aceita em todas as esferas da assistência de enfermagem em destaque a assistência a mulher em seu momento único de beleza e graça, o de parir, que nos últimos anos vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente sobre a questão ligada à humanização como política de saúde e como prática profissional do enfermeiro obstetra que nos últimos tempos vem cada vez mais conquistando a sua autonomia e afirmando a sua competência. Perante a escassez de trabalho com essa temática pelos enfermeiros obstetras é notória a importância de estarem aliados aos conceitos do processo de enfermagem para o futuro da profissão.

**Palavra Chave:** Fenômeno de enfermagem, CIPE versão 1.0, trabalho de parto, indicadores clínicos de parto.

**Eixo temático do trabalho:** Sistematização da Assistência de Enfermagem.

**BIBLIOGRAFIA:**

1. NOBREGA, M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas.** In: GARCIA, T. R.; NOBREGA, M.M.L. (Org.). *Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo.* João Pessoa, Idéias, 2000. Série Didática: Enfermagem no SUS.

**Trabalho 90 - 5/5**

2.COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **CIPE versão 1: Classificação internacional para a prática de enfermagem**. São Paulo: ALGOL, 2007.

3- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 339 de 23 de julho de 2008. Dispõe sobre a atuação do enfermeiro obstetra nas casas de parto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 23 de julho de 2008. Disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=8082&sectionID=34>. Acesso em 12 de maio de 2009.

4- RESOLUÇÃO COFEN nº 358/2009 Disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=10113&sectionID=34>. Acesso em 07 de maio 2010.

5- Bedran, T. Definição e validação dos termos atribuídos aos fenômenos de Enfermagem em terapia intensiva. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. 2008. xxxf., il. enc.

**Trabalho 91 - 1/5****DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL ASSOCIADO AO ESTILO DE VIDA.**

SILVA, Angela Maria<sup>1</sup>

LINS, Daiana Castor <sup>2</sup>

AZEVEDO, Suely Lopes de <sup>3</sup>

DIAS, Beatriz Fernandes<sup>4</sup>

PAIVA, Priscilla Barboza<sup>5</sup>

A saúde é observada como decorrente de um estilo de vida que é orientado no sentido do bem-estar<sup>1</sup>. A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação, condições de trabalho, moradia e renda<sup>1</sup>. O processo evolutivo que vivemos, muitas vezes determina e condiciona o estilo de vida que interfere no funcionamento do corpo humano provocando disfunções fisiológicas. O estilo de vida representa um dos principais fatores direta ou indiretamente associados ao aparecimento das chamadas “doenças da civilização”. Isso decorre, principalmente, das novas rotinas adotadas pela maioria das pessoas, fruto da acelerada industrialização, urbanização e globalização do mercado de alimentos no mundo inteiro ao lado de um quadro de inatividade física crescente até mesmo entre os mais jovens <sup>2</sup>. Para a manutenção da vida é necessário manter o equilíbrio homeostático do organismo suprindo as necessidades humanas básicas, uma delas, e a eliminação intestinal. A eliminação de resíduos e substâncias tóxicas é tão importante quanto à ingestão e digestão de alimentos pelo sistema gastrointestinal<sup>3</sup>. A Constipação Intestinal representa uma das queixas mais comuns em consultórios, afetando entre 2% e 28% da população dos países ocidentais, embora a real frequência seja difícil de ser estimada, devido às diferentes classificações para diagnosticá-la<sup>3,4</sup>. Muitos dos autores referem-se a uma forma padronizada internacionalmente de diagnosticar constipação com base nos

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente e Coordenadora do Curso de Especialização Enfermagem em Saúde da Mulher – UGF, Rio de Janeiro. Contato: Rua Volta 645 apt 402 b 01 Vila da Penha, RJ, e-mail [anjoomaria@gmail.com](mailto:anjoomaria@gmail.com).

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem 8º período Universidade Gama Filho.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Professora Adjunto da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro. Contato: Rua Dr Celestino, 74, Centro, Niterói, RJ. e-mail [sulazrj@gmail.com](mailto:sulazrj@gmail.com).

<sup>4</sup> Acadêmica de Enfermagem 6º período Universidade Gama Filho

<sup>2</sup>

<sup>3</sup>

**Trabalho 91 - 2/5**

critérios de Roma III para constipação intestinal funcional, compostos pelos sintomas: frequência de evacuações menor que 3 por semana, esforço para evacuar, fezes endurecidas ou fragmentadas, sensação de evacuação incompleta, sensação de obstrução ou interrupção das evacuações<sup>4</sup>. Em atendimento ambulatorial e em consultório de clínica especializada em gastroenterologia a constipação intestinal é considerada queixa principal ou secundária, variando de 50% a 60%<sup>4</sup>. A constipação intestinal simples (funcional), apesar de crônica e desconfortável, não é causa de mal maior e, talvez por essa razão, faz com que alguns pacientes recebam pouca atenção do médico<sup>4</sup>, dificultando o tratamento. Nesse sentido, compreendemos que o processo saúde e doença são determinados pelo processo complexo que envolve a exposição do homem aos fatores determinantes e decorrentes, passíveis de prevenção e devem ser avaliadas as predisposições que levam ao desequilíbrio e potencializa a doença, possibilitando um melhor planejamento e desenvolvimento de estratégia de promoção e prevenção. A consulta de enfermagem por meio de ações conjuntas com outros profissionais permeia a interação cliente-enfermeiro para melhor resolutividade que se faz por meio da instrumentalização do Processo de Enfermagem(PE). O PE é constituído por etapas como: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação<sup>5</sup>. O PE favoreceu o desenvolvimento dos sistemas de classificação em Enfermagem, que são ordenações de termos codificados, padronizados e com definições próprias. O sistema de classificação que a Enfermagem utiliza está representada por seus termos clínicos, cujo estudo dos conceitos permite uma melhor comunicação e visibilidade profissional. Os termos clínicos são elementos essenciais da prática de enfermagem podendo ser denominados componentes primários de uma classificação, que é até hoje considerado um dos grandes obstáculos ao desenvolvimento de uma terminologia própria do enfermeiro<sup>5</sup>. Hoje, vários Sistemas de Classificação dos elementos da prática de enfermagem vem sendo definidos e considerados importantes para realização das etapas do PE. Entre os Sistemas de Classificação podemos citar a Taxonomia da NANDA, iniciada em 1973 constituída de uma estrutura teórica Padrões de Respostas Humanas que orienta a Classificação e Categorização dos Diagnósticos de Enfermagem<sup>3</sup>. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável<sup>5</sup>. Para o estudo buscou na Classificação Taxonômica II de NANDA o diagnóstico de constipação, que tem como definição: Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou passagem

**Trabalho 91 - 3/5**

de fezes excessivamente duras e secas. O interesse pela temática tem ligação com experiências pessoais e de relatos de colegas no decorrer de minha vida acadêmica, que apresentam alterações em suas necessidades de eliminação intestinal decorrente a mudanças profunda de vida, nas disponibilidades que direcionam as ações no dia a dia associados: alimentação, pouca ingestão de água, falta de atividade física, ser do sexo feminino, baixo nível socioeconômico, sono e repouso inadequado, intenso e acelerado processo de aprendizado, carga horária excessiva de aulas, estágios, e/ou trabalhos para muitos esse processo determinam e condicionam o estilo de vida que interfere no funcionamento físico, psicológico, biológico do corpo humano, muitas vezes provocando disfunções fisiológicas e pouco retratadas por ser considerado um assunto íntimo. O fato direcionou o estudo que tem como objeto descrever a equivalência dos elementos categorizados nas características definidoras e dos fatores relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Constipação da Taxonomia II de NANDA com os elementos descritos no levantamento bibliográfico para constipação intestinal funcional associado ao estilo de vida. Para o estudo foram traçados os seguintes **OBJETIVOS**: - Verificar se os elementos que compõem a categorização das características definidoras, do Diagnóstico de Enfermagem Constipação da Taxonomia II de NANDA fazem equivalência com os elementos descritos no levantamento bibliográfico; - Descrever os fatores relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Constipação da Taxonomia II de NANDA: Mudança nos Padrões Alimentares e Atividade Física Insuficiente e associar ao Estilo de Vida. Durante o desenvolvimento do estudo percebeu-se a escassez de trabalhos sobre essa temática por todos os profissionais de saúde. Por tanto, a pesquisa é de fundamental importância e trás contribuições e subsídios para o desenvolvimento do sistema de classificação dos elementos da prática de enfermagem, possibilitando desenvolver um plano de cuidados adequado e estabelecer resultados atingíveis destinados a prevenir ou corrigir a Constipação Intestinal. **METODOLOGIA**: Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória do tipo bibliográfico. Os critérios de busca foram artigos na íntegra e o material bibliográfico da biblioteca da UGF. Para a análise das informações foi realizado uma minuciosa e exaustiva leitura dos artigos e livros, e posteriormente realizou-se a análise do conteúdo e das idéias identificadas nos artigos em busca das descrições dos elementos que levassem a equivalência para o Diagnóstico de Enfermagem Constipação da Taxonomia II de NANDA. Observamos os elementos categorizados encontrados nas característica definidoras e nos fatores relacionados à equivalência com os elementos descritos no levantamento bibliográfico, sendo possível

**Trabalho 91 - 4/5**

evidenciar o diagnóstico de enfermagem constipação. **RESULTADOS:** Dentre os elementos mais encontrados e equivalentes ao Diagnóstico de Enfermagem Constipação, podemos citar: abdome distendido, pressão abdominal aumentada; dor abdominal; esforço para evacuar; fezes duras e formadas; volume de fezes diminuído; frequência diminuída; incapacidade de eliminar fezes; mudança no padrão intestinal, sensação de preenchimento retal, sensação de pressão retal. Quanto aos **Fatores Relacionados** consideramos: **Mudança nos padrões alimentares e Atividade física insuficiente** associada ao estilo de vida. Entende que, a alimentação e o exercício físico favorecem o bom funcionamento intestinal. Para o Fator Relacionado **Mudança do Padrão Alimentar** identificou: Redução da oferta e ingestão de alimentos ricos em fibras; Omissão de refeições durante o dia, principalmente na realização do desjejum, Baixa ingestão hídrica. Para o Fator Relacionado: **Atividade física insuficiente** não foi encontrada na literatura pesquisada evidência científica que comprove a relação constipação e atividade física. Embora alguns autores relatassem que a atividade física regular traz muitos benefícios à saúde e melhora o funcionamento das estruturas envolvidas no processo da defecação. A Constipação Intestinal precisa ser abordada pelo profissional enfermeiro nas consultas de Enfermagem, desenvolver ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a prevenção e/ou tratamento do problema. O paciente deve ser considerado o principal alvo na atenção a saúde, para isso eles devem ser apoiados durante a investigação das suas queixas que viabilizam a manutenção e/ou obtenção de melhor qualidade de vida. Perante os resultados encontrados no estudo, considero importante a realização de pesquisas de levantamento de campo para verificar a frequência dos elementos que compõem a categorização das características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Constipação e os Fatores Relacionado associados ao estilo de vida que cercam os acadêmicos de enfermagem.

**Palavras Chaves:** Diagnóstico de Enfermagem, Estilo de Vida, Mudança no Padrão Alimentar e Atividade Física Insuficiente.

**Eixo temático do trabalho:** Sistematização da Assistência de Enfermagem.

**Referências:**

1- Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas-Brasília: Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: Princípios e

**Trabalho 91 - 5/5**

Diretrizes/Ministério da Saúde. Ministério da Saúde , 2004. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

2- Citen, Centro Integrado de Terapia Nutricional. Mudanças no comportamento alimentar. Disponível em < <http://www.citen.com.br/home.aspx> [Citado em 19 de Maio 2010]

3- Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificações. 2009- 2011/ North American Nursing Diagnosis Association; Tradução Regina Machado. Porto Alegre: Artmed, 2009.

4- Cota RP, Miranda LS. Associação entre Constipação Intestinal e Estilo de Vida em Estudantes Universitário. Rev Bras Nutr Clin 2006; 21(4):296-301.

5-Oliveira NMS. Diagnóstico de Enfermagem de ansiedade: validação das características definidoras. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001. 92 f.

**Trabalho 92 - 1/4**

**NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA UMA CLÍNICA CIRÚRGICA**

Ellen Martins Norat<sup>1</sup>

Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>2</sup>

**Introdução:** A Enfermagem contemporânea vem determinando não só o fortalecimento da construção do saber enquanto ciência em plena evolução, como também o resgate da história da profissão, ao trazer à tona os elementos constituintes de uma prática, cujas raízes estão alicerçadas no desenvolvimento da humanidade e nas relações e comunicação entre os indivíduos. É a partir de Florence que emerge o paradigma científico na Enfermagem e com ela, foi sistematizado um campo de conhecimentos, uma nova arte e nova ciência que enfatizava a necessidade de uma linguagem especializada, que representasse a prática de enfermagem voltada para atender o ser humano em suas necessidades e garantir a continuidade dos cuidados<sup>1</sup>. As terminologias em enfermagem vêm buscando definir uma nova linguagem e estabelecer novos valores sociais em razão de sua funcionalidade expressiva e conceitual por meio dos termos técnico-científicos que contribuem para alcançar a univocidade da comunicação científica mundialmente. Com os avanços tecnológicos os enfermeiros tem sido impulsionados para avaliarem a nossa base de conhecimento e têm dado à profissão uma multiplicidade de novos recursos que podem ser explorados em prover melhor cuidado ao paciente<sup>2</sup>. Desde então, buscou-se descrever, comparar e comunicar as atividades realizadas pela Enfermagem, utilizando uma metodologia científica que contribuísse para a normalização terminológica dos conceitos específicos da área. As terminologias foram dedicadas a identificar, denominar e classificar os maiores conceitos do domínio profissional para o uso em sistemas computacionais em unidades clínicas, ensino, treinamento de novos profissionais, documentação dos cuidados de enfermagem e desenvolvimento do corpo de conhecimento da área. O trabalho terminológico busca definir princípios e métodos que orientam a elaboração de glossários, dicionários técnico-científicos,

<sup>1</sup> Enfermeira. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFPB. E-mail: [ellen-norat@uol.com.br](mailto:ellen-norat@uol.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria; Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora CNPq. Diretora do Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – Brasil. E-mail: [miriam@ccs.ufpb.br](mailto:miriam@ccs.ufpb.br)

#### Trabalho 92 - 2/4

bancos de dados terminológicos, ontologias, além de outros produtos que sistematizam e divulgam termos específicos de uma área<sup>3</sup>. A CIPE<sup>®</sup>, como um sistema de linguagem unificada de enfermagem, tende a comunicar e comparar dados de enfermagem; estes dados servem de referência para a tomada de decisão, avaliar cuidado e resultados de enfermagem, desenvolver políticas de saúde e gerar conhecimento da disciplina<sup>4</sup> Essa terminologia permite aos enfermeiros documentar de forma sistemática sua assistência com os indivíduos, famílias e comunidades utilizando uma linguagem unificada de enfermagem que dê suporte para uma melhoria na qualidade da atenção voltada para os cuidados com o paciente em âmbito mundial<sup>5</sup>. **Objetivo:** construir uma Nomenclatura de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem para a Clínica Cirúrgica do HULW/UFPB, de acordo com o Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup> Versão 1.0. **Procedimentos Metodológicos:** Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva que para o alcance dos objetivos foi desenvolvida em duas fases. Na primeira fase da pesquisa, utilizaram-se as etapas da metodologia do trabalho terminológico, tais como: identificação e avaliação da documentação especializada, delimitação do campo temático da análise terminológica considerou-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem a CIPE<sup>®</sup> Versão 1.0, como campo temático para a análise terminológica desta pesquisa, estabelecimento da árvore de domínio das bases de dados; elaboração de definições para os termos constantes e não constantes na CIPE<sup>®</sup> Versão 1.0; validação dos termos com suas respectivas definições. Para realização da segunda fase da pesquisa, a Construção de Nomenclatura de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem, utilizou-se o Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Cirúrgica, o Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup> Versão 1.0 e as orientações estabelecidas pelo Conselho Internacional de Enfermagem. Para compor as afirmativas de diagnósticos é recomendado incluir um termo do eixo Foco, um termo do eixo Julgamento, podendo incluir termos de outros eixos, e para a construção das afirmativas de intervenções de enfermagem é recomendado incluir um termo do eixo Ação e um termo Alvo (pode ser qualquer um dos eixos, exceto do eixo Julgamento). **Resultados:** O Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Cirúrgica do HULW/UFPB foi construído por 313 termos, dos quais 194 constantes e 119 não constantes na CIPE<sup>®</sup> Versão 1.0. A partir desse Banco foram construídas 63 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem levando em consideração as categorias das necessidades humanas básicas de Horta que embasa o instrumento de coleta de dados existente na Clínica Cirúrgica. Foram validadas 43 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem que alcançam índice de concordância 0,8, para as quais foram elaboradas 503 afirmativas de intervenções de enfermagem. No processo de validação, 512 alcançaram IC 0,8, as quais foram estruturadas de acordo com os diagnósticos elencados, organizadas em ordem alfabética de acordo com as necessidades psicobiológicas e psicossociais, constituindo a Nomenclatura de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem da Clínica

#### Trabalho 92 - 3/4

Cirúrgica do HULW/UFPB. **Conclusão:** As terminologias em enfermagem têm possibilitado aos enfermeiros, que atuam em diversos países do mundo, documentar de forma sistemática a assistência prestada ao cliente, família e comunidade, utilizando os elementos da prática de enfermagem. Dessa forma, os diagnósticos, resultados e intervenções contribuirão para o desenvolvimento de uma nomenclatura de enfermagem, que cruzando termos científicos permite uniformizar a linguagem especial na área Cirúrgica. Portanto, se faz necessário à utilização de uma linguagem específica da área para garantir a comunicação clara, precisa e objetiva por todos que compõem a equipe de enfermagem, que além de viabilizar a qualidade dos registros das informações permite ao profissional da área cirúrgica desenvolver a capacidade de reflexão crítica, conduzindo para uma prática mais científica e menos intuitiva, e contribuindo de forma efetiva para a melhoria da qualidade da assistência ao paciente cirúrgico. Conclui-se que os objetivos do estudo foram alcançados com a construção do Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Cirúrgica e da Nomenclatura de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem para Clínica Cirúrgica. Espera-se que a utilização tanto do banco como da Nomenclatura contribuam para que a equipe de enfermagem utilize seu próprio vocabulário na prática profissional, como também, impulse a implementação efetiva de todas as etapas da sistematização da assistência de enfermagem na referida clínica.

**Palavras-chave:** Nomenclatura, Diagnósticos de Enfermagem, Enfermagem Cirúrgica.

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

#### REFERÊNCIAS:

1. Espirito Santo FH, Porto IS. Desde Florence Nightingale a las perspectivas actuales sobre el cuidado en enfermería: la evolución del saber/hacer. *Esc. Anna Nery*. [online]. dic. 2006; 10, no.3 [citado 31 Julio 2008], p.539-546. Disponible en: <[http://www.portalbvsnf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000300025&lng=es&nrm=iso](http://www.portalbvsnf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300025&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1414-8145.
2. Pan American Health Organization. Building Standard-Based Nursing Information Systems. Washington, DC: PAHO; 2001.
3. Krieger, M. G. Terminologia técnico-científica: políticas lingüísticas e Mercosul. *Cienc. Cult.*, Apr./June 2006, vol.58, n.2, ISSN 0009-6725.
4. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0. Ordem dos Enfermeiros de Portugal, Lisboa: Portugal; 2005.
5. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para Prática de

**Trabalho 92 - 4/4**

Enfermagem CIPE® - Versão 1.0. São Paulo: Algor; 2007.

Trabalho 93 - 1/5

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA ADOLESCENTE HOSPITALIZADO

Daniela Karina Antão Marques<sup>1</sup>, Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>2</sup>, Kênya de Lima e Silva<sup>3</sup>, Ellen Norat<sup>4</sup>, Isabelle Pimentel Gomes<sup>5</sup>

**INTRODUÇÃO:** A adolescência é uma das fases do desenvolvimento natural do homem e assim como a infância, a idade adulta e a senilidade, possui características próprias que, apesar de serem comumente definidas de forma padronizada, sofrem modificações de acordo com a sociedade, a cultura e o momento histórico. Esses aspectos variam de um indivíduo para outro, tendo em vista que o ser humano é único e individual em seu modo de ser, pensar e agir.<sup>1</sup> A falta de conhecimento profissional sobre as características da adolescência ao prestar o cuidado de enfermagem, dificulta o atendimento adequado de suas necessidades, gerando falta de informação para familiares, profissionais e para o próprio adolescente. Neste sentido torna-se relevante para a produção do cuidado ao adolescente no cotidiano da atenção em saúde que os profissionais, em especial a enfermagem, tenham conhecimento sobre as necessidades dos adolescentes a fim de atendê-lo em sua singularidade. Para tanto é indispensável que esse profissional estabeleça um método para guiar a realização da consulta de enfermagem com a utilização de uma teoria, pois trata-se de uma ferramenta importante que lhe permite relacionar-se diretamente com a clientela. Neste estudo, optou-se pela utilização da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta<sup>2</sup>, a qual é o referencial teórico do Projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFPB. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: [danielaantao@hotmail.com](mailto:danielaantao@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria e do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da UFPB. Pesquisador CNPq. Orientadora. E-mail: [miriam@ccs.ufpb.br](mailto:miriam@ccs.ufpb.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFPB. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Docente Universidade Federal da Paraíba. E-mail: [kenya\\_enf@hotmail.com](mailto:kenya_enf@hotmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeira. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFPB. E-mail: [ellen-norat@uol.com.br](mailto:ellen-norat@uol.com.br)

<sup>5</sup> Enfermeira, da Clínica Pediátrica do HULW – UFPB, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela UFPB. Email: [enfisabelle@yahoo.com.br](mailto:enfisabelle@yahoo.com.br)

**Trabalho 93 - 2/5**

Universitário Lauro Wanderley (HULW)<sup>3</sup>. Para contribuir nas questões relatadas, o enfermeiro ao lançar mão da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), proporciona um espaço para expressão/captação das necessidades, colaborando para a resolução de problemas de competência do enfermeiro e articulação com outros setores, profissionais ou estruturas de apoio. As fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem no modelo de cuidar adotado no HULW/UFPB são: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência de enfermagem, implementação das intervenções e avaliação.

**OBJETIVO:** Elaborar um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem ao adolescente hospitalizado, contemplando a etapa de diagnósticos de enfermagem, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>).

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa metodológica. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, de acordo com os aspectos éticos preconizados pela Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e a resolução 311/2007 do COFEN. O estudo foi desenvolvido nas seguintes fases: identificação dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas em adolescentes hospitalizados; desenvolvimento das afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem, a partir dos indicadores clínicos das necessidades humanas básicas identificadas; formatação de um instrumento para auxiliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Foi desenvolvido na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), localizado no Campus I da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB.

**RESULTADOS:** Foi realizada uma ampla revisão da literatura para identificação das necessidades humanas básicas em adolescentes hospitalizados, perfazendo um total de 33, tomando como base o que foi proposto por Horta. A partir das necessidades identificadas, resultou na obtenção de indicadores específicos para adolescentes. Foram identificados 484 indicadores empíricos das necessidades humanas básicas em adolescentes hospitalizados. Após a validação, permaneceram 329 indicadores, desses 200 foram nas necessidades psicobiológicas, 116 nas necessidades psicossociais e 3 da necessidade psicoespiritual. Os indicadores ao serem validados por enfermeiras assistenciais e docentes tornaram-se representativos para a clientela escolhida,

**Trabalho 93 - 3/5**

constituindo um banco de termos locais, mais utilizados na assistência dos adolescentes atendidos na Clínica Pediátrica do HULW. Em seguida foram desenvolvidas afirmativas de diagnósticos/resultados que passaram pelo processo de validação, para mais uma vez ser considerada a sua relevância para a prática assistencial no atendimento das necessidades específicas dos adolescentes hospitalizados. Inicialmente todos os indicadores foram mapeados com os termos da CIPE® Versão 1.0<sup>4</sup>, para que fosse possível usar os critérios do CIE na construção das afirmativas de diagnósticos de enfermagem. Utilizando os indicadores relevantes e os critérios do CIE foram construídas 68 afirmativas de diagnósticos de enfermagem. Após a validação, resultaram 60 diagnósticos/resultados de enfermagem distribuídas nas Necessidades Humanas Básicas: Necessidade de oxigenação: dispnéia, tosse produtiva, taquipnéia, expectoração insuficiente, coriza. Necessidade de hidratação: edema (localização), náusea, vômito, retenção de fluidos, desidratado. Necessidade de nutrição: nutrição prejudicada, obesidade, desnutrição, deglutição prejudicada, vômito induzido, intolerância alimentar. Necessidade de eliminação: constipação, diarreia, retenção urinária, poliúria, dor durante à micção. Necessidade de sono e repouso: sono e repouso prejudicados, necessidade de atividade física, deambulação prejudicada, marcha descoordenada, atividade física prejudicada, mobilidade física prejudicada, intolerância à atividade. Necessidade de crescimento celular/ regulação hormonal/ sexualidade: crescimento e desenvolvimento incompatíveis com a idade, dismenorréia, prática sexual de risco. Necessidade de cuidado corporal: autocuidado prejudicado, higiene corporal comprometida, higiene bucal comprometida. Necessidade de integridade física: integridade da pele prejudicada, prurido(localização), mucosa oral prejudicada. Necessidade de regulação térmica: hipertermia, hipotermia, sudorese intensa. Necessidade de regulação vascular: pressão arterial alterada, perfusão periférica diminuída, rede vascular periférica comprometida. Necessidade de regulação neurológica/orientação no tempo e no espaço: desorientação no tempo e no espaço. Necessidade de regulação imunológica: calendário vacinal incompleto, risco para a infecção. Necessidade de percepção dos órgãos dos sentidos: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa/ comunicação: dor, percepção sensorial alterada. Necessidade de amor e aceitação/ atenção/ gregária/ auto-imagem/ auto-estima, autoconfiança e auto-respeito/ segurança emocional: ansiedade, depressão, medo, imagem corporal

**Trabalho 93 - 4/5**

comprometida, isolamento social, interação social prejudicada, auto-estima alterada, conflito com a família. Necessidade de educação para a saúde/aprendizagem/terapêutica/ liberdade e participação: manutenção da saúde alterada, adesão ao regime terapêutico, déficit de conhecimento. Necessidade de recreação e lazer/criatividade/auto-realização: atividades de recreação deficientes. Necessidade de religiosidade/espiritualidade: angústia espiritual.

**CONSIDERAÇÕES:** A proposta de trabalhar a Sistematização da Assistência de Enfermagem numa Unidade de Clínica Pediátrica lança inúmeros desafios. Especificamente a Clínica Pediátrica do hospital em estudo, onde a faixa etária atendida vai de zero a 18 anos. Pois sabendo que durante este intervalo de vida o ser humano passa por diversas e variadas mudanças fisiológicas e psicológicas, faz-se necessário que a enfermeira se adapte às diferentes abordagens que deverão ser feitas durante seu atendimento. Espera-se que o desenvolvimento de afirmativas diagnósticas/resultados que atendem de forma mais específica as particularidades do adolescentes, contribuam para o avanço na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem da Clínica Pediátrica e sirva de referência para outras Clínicas do hospital. Apesar da reconhecida importância da sistematização da assistência pela enfermeira, e da fase diagnóstica ser considerada uma das mais complexas, por exigir do enfermeiro, conhecimentos específicos, julgamento crítico e clínico, percebemos que no nível da sua prática assistencial, a operacionalização do processo de enfermagem ainda constitui um desafio, dado a fatores inerentes à própria enfermeira; bem como a fatores relacionados à estrutura organizacional e administrativa da maioria das instituições. Espero que este estudo contribua para promover o desenvolvimento de novas pesquisas, sirva para favorecer o ensino da Enfermagem, facilite a comunicação e priorize o registro da assistência de enfermagem, tornado-a mais efetiva e contribuindo para a visibilidade dessa assistência para a clientela e para outros profissionais da equipe de saúde do hospital.

**PALAVRAS-CHAVE:** Assistência de enfermagem. Adolescência. Diagnóstico de enfermagem.

**Trabalho 93 - 5/5**

**REFERÊNCIAS:**

1. Araújo YB, Gomes IP, Collet N, Nóbrega RD. Reflexões acerca da legislação e políticas públicas voltadas à saúde do adolescente. Rev enferm UFPE on line. 2010 May/Jun; 4(spe):1-6.
2. Leopardi, TM. Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.
3. Nóbrega, MML (Coord.) et al. Sistematização da assistência de enfermagem no Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB: projeto integrado de pesquisa e extensão. João Pessoa, 1998. mimeo.
4. Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE® Versão 1.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. São Paulo: Algor Editora, 2007.

**ÁREA TEMÁTICA**

- 1 - Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

Trabalho 94 - 1/4

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE QUEDA:  
FERRAMENTA FACILITADORA NA IMPLANTAÇÃO DO  
PROTOCOLO DE QUEDA**

Nilza Sandra Lasta, Viviane Aparecida Fernandes, Debora Prudencio e Silva, Luciane Roberta Vigo, Sônia Aparecida Batista, Natalia Friedrich

**Introdução:** A taxa de queda de um serviço é um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem e uma das metas internacionais de segurança ao paciente, sendo considerada uma preocupação das instituições de saúde, visto que, uma vez que este evento ocorra, podem-se gerar complicações que aumentam o período de internação, a morbidade, a mortalidade e a elevação dos custos hospitalares. Além disso, a própria população atendida se questiona quanto à qualidade da assistência de enfermagem prestada e a responsabilidade da instituição quanto ao paciente internado. Literalmente, há várias definições para o termo queda, que pode ser definido como uma situação na qual o indivíduo vai para o chão, ou para um nível mais baixo de superfície, com presença ou não de injúria. A incidência de quedas é muito comum em pessoas idosas, fato este que afeta, anualmente, um terço da população de idosos. Com relação aos custos, nos Estados Unidos, estima-se um elevado gasto anual, citando direta e indiretamente a queda<sup>(1)</sup>. Considerando que, injúrias, traumatismos e fraturas ósseas decorrentes de quedas, podem limitar o indivíduo na suas atividades de vida diária, bem como, em seu bem estar físico e mental. A queda pode ainda repercutir nos cuidadores, gerando ansiedade, principalmente quando a preocupação está relacionada a uma nova queda, o que torna os familiares superprotetores, diminuindo assim a autonomia do paciente<sup>(2)</sup>. Os fatores de risco estabelecidos pela instituição do presente estudo direcionam a avaliação diária de enfermagem, a qual é realizada pelo enfermeiro, instituindo medidas de prevenção a fim de evitar sua ocorrência. Os fatores de risco padronizados pela instituição são: idade menor ou igual a sete anos, idade maior ou igual a sessenta anos, alteração (prejuízo) do estado mental (agitação psicomotora e sonolência), história de queda anterior, uso de sedação ou analgesia, déficit motor ou funcional de membros, prejuízo do equilíbrio ou da marcha, prejuízo da visão e audição, déficit cognitivo, jejum prolongado (maior ou igual a horas), deformidade de membros,

**Trabalho 94 - 2/4**

urgência urinária ou intestinal, pós-operatório de cirurgia ortopédica de membros inferiores ou coluna, condições do ambiente, nível de consciência rebaixado (pontuação de Coma de Glasgow menor ou igual a treze), sinais e sintomas de comprometimento neurológico (paresia, parestesia, plegia, convulsão, confusão, entre outros) e uso de medicamentos que alteram o raciocínio (hipnóticos, ansiolíticos, benzodiazepínicos, antiparkinsonianos), diuréticos, anti-hipertensivos, neurolépticos, antidepressivos, anti-histamínicos, polifármacos (associação de quatro ou mais fármacos). A Sistematização da Assistência de Enfermagem tem como objetivo auxiliar o protocolo de queda, assegurando o planejamento de uma assistência de enfermagem adequada e sua execução, garantindo um cuidado individualizado e padronizado a todos os pacientes que apresentarem o diagnóstico de enfermagem risco de queda. Os cuidados de enfermagem padronizados na prescrição padrão informatizada são: manter grades elevadas da cama, manter acompanhante no quarto, colocar pulseira vermelha, manter pulseira vermelha, colocar dispositivo na maçaneta do quarto, manter cama baixa e travada, manter campainha e telefone ao alcance, orientar paciente e familiar quanto ao risco de queda e acompanhar o paciente durante o banho. Ao monitorar o risco e implantar as medidas preventivas, contribui-se para o controle de queda, reduzindo morbidade e mortalidade desses pacientes. **Objetivo:** Avaliar a ocorrência de quedas após a implantação do Diagnóstico de Enfermagem risco de queda e prescrição padronizada. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caráter descritivo com abordagem quantitativo dos dados, realizado em hospital privado acreditado pela Joint Commission International e especializado em cardiologia na cidade de São Paulo. O período estudado foi de janeiro a abril de 2009 e o mesmo período em 2010. As informações referentes à pacientes/dia e as quedas ocorridas no período foram retirados do sistema gerenciador de documentos da instituição, juntamente com o setor de qualidade, no qual as notificações são realizadas por enfermeiros na ocorrência do evento. Os dados referentes aos diagnósticos de enfermagem foram obtidos através de relatório estruturado no Sistema de prontuário eletrônico (MV), implantados na instituição através da taxonomia II: NANDA<sup>(3)</sup> e intervenções de enfermagem relacionadas (NIC). Quando é detectado um fator de risco para queda, o paciente em questão entra para o protocolo de queda, sendo colocada uma pulseira vermelha em seu membro superior direito, e orienta-se o paciente e familiares/acompanhantes sobre o protocolo de queda e

#### Trabalho 94 - 3/4

entregue folder explicativo, na maçaneta da porta do quarto fica um crachá identificado com uma filipeta de “risco de queda” e em frente ao leito um comunicado com os dizeres: “Solicitar auxílio da enfermagem sempre que sair do leito”. Todas as orientações são registradas na anotação e evolução de enfermagem e no impresso Plano Educacional Hospitalar, onde são registradas todas as orientações de educação ao paciente. O diagnóstico de Enfermagem risco de queda<sup>(3)</sup> e a prescrição padrão informatizada foram implantados no mês de janeiro de 2010 em nossa instituição, após a realização de um treinamento com todos os enfermeiros assistenciais. **Resultados:** No período dos quatro primeiros meses do ano de 2009, o número de pacientes/dia foi de 7964, com notificação de treze quedas (0,16%). No mesmo período em 2010, o número de pacientes/dia foi de 8450, com notificação de três quedas (0,04%). Foi possível observar uma redução de 76,92% do número de quedas no período a partir da implantação do diagnóstico de enfermagem e a prescrição padronizada, sendo que neste período 3950 pacientes/dia receberam o diagnóstico de enfermagem risco de queda. **Conclusão:** Ao monitorizar o risco de queda e implantar as medidas preventivas a partir do diagnóstico de enfermagem e da prescrição de enfermagem padronizada, em conjunto com outras ações como avaliação diária para queda realizada pelo enfermeiro, a identificação dos fatores causais através de instrumento de medição, divulgação através de folder ilustrativo, orientação do paciente e dos familiares desde o dia da internação, além da reorientação diária, e o treinamento do protocolo institucional, observou-se uma redução da incidência de queda na instituição, com auxílio da sistematização da assistência de enfermagem, demonstrando que a enfermagem pode garantir uma assistência com qualidade e segurança ao paciente. **Bibliografia:** 1- Urton MM. A community home inspection approach to preventing falls among the elderly. Public Health Reports. 1991; 106(2): 192-195. 2- Marin HF, Bourie P, Safran C. Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2000; 8(3): 27-32. 3- North American Nursing Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA 2009-2011: Definições e classificação. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2010.

**Áreas Temáticas:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao Indivíduo nas Diferentes Fases da Vida.



**Trabalho 94 - 4/4**

**Palavras chaves:** Acidente por quedas, Prevenção e Controle, Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem

Trabalho 95 - 1/4

**LEVANTAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM  
COMUNIDADE: UMA GERONTOLOGIA GERONTOLÓGICA**

*André da Silva Carvalho*<sup>1</sup>

**Elisa Monteiro Magalhães**<sup>2</sup>

**Gabriela C. O. de Miranda**<sup>3</sup>

**Rosimere Ferreira Santana**<sup>4</sup>

**Graziele Ribeiro Bitencourt**<sup>5</sup>

**(i)Introdução:** O aumento da expectativa de vida trouxe uma mudança na conformação demográfica da população mundial. Em 1950 o número de idosos no mundo era um pouco mais de 214 milhões. Já em 2000, estava em torno de 500 milhões, sendo 14.352.000 só no Brasil. A projeção é que até 2030 o mundo terá 1,4 bilhão de pessoas idosas, e em 2050, em torno de 1,97 bilhões. Se por um lado este envelhecimento populacional traduz as melhorias na cura e/ou controle de patologias, por outro requer métodos de avaliação sistemáticos e integrais utilizados pelos profissionais envolvidos com esta clientela, já que este novo parâmetro aumenta o risco de morbidades e complicações. O avançar da idade é caracterizado por alta prevalência de doenças crônicas não degenerativas/DCNT, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social. Cada vez mais há necessidade de detecção destes fatores os quais, isolados ou em conjunto, podem versar no risco que um idoso tem de apresentar comprometimentos do ponto de vista

<sup>1</sup> Relator e autor principal. Acadêmico de Enfermagem do 6º Período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gerontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro/BR. Tel cel. 8410-9453. E-mail: andrecarvalho\_rj@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem do 7º Período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gerontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro/BR. Tel cel. 9635-9424. E-mail: lili\_flower87@hotmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica de Enfermagem do 7º Período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gerontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro/BR.

<sup>4</sup> Enfermeira Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Assistente do Departamento Médico Cirúrgico MEM/UFF da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa – EEAAC/UFF

<sup>5</sup> Enfermeira especialista em gerontologia. Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/Souza Aguiar Professora substituta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF Niterói, Rio de Janeiro/BR. E-mail: gra\_uff@yahoo.com.br

**Trabalho 95 - 2/4**

epidemiológico e clínico. Diante disso, traz-se a necessidade de formas capazes de revelar ou analisar os pontos que possam traduzir detrimientos à saúde do idoso. Um desses métodos é o diagnóstico de enfermagem, o qual é apto a identificar problemas de saúde real, potencial, ou ainda o déficit do cliente, os quais podem ser alterados pelas ações de enfermagem. Assim, são inferências com base nos dados investigados e validados em um conjunto de teorias científicas e humanísticas de enfermagem, de modo que cada um deles pode ser considerado um relatório comportamental relativo ao cliente e pode lidar com um problema de saúde real, orientado para o presente ou potencial, projetado para o futuro. Referente especificamente ao idoso, para este planejamento da assistência são necessários conhecimentos científicos do profissional acerca dos aspectos relacionados a longevidade e fim de promover a independência no cuidado e o melhor funcionamento da pessoa idosa. Para isso, os diagnósticos levantados devem ter como pressupostos a maximização das condições de saúde; minimização de perdas e limitações desenvolvidas com o processo de envelhecimento; a facilitação do tratamento das enfermidades; e conforto na angústia e fragilidade. Deste modo, a avaliação da saúde física, psíquica e social do idoso utilizando instrumentalização padronizada facilita o processo de determinação do grau de funcionalidade e da elaboração de um plano assistencial com metas e prioridades estabelecidas e com preservação das potencialidades nele inseridas. Assim, propõe-se como objeto deste estudo o levantamento dos diagnósticos de enfermagem em idosos residentes em comunidades. Deste modo, pretende-se contribuir à prática de enfermagem especializada sobre o cuidado ao idoso, já que sugere o uso dos aspectos gerontológicos para o julgamento clínico desta clientela; para pesquisas futuras nesta área, nas quais podem ser aprofundadas as informações sobre o tema presentes neste estudo; e para o ensino levando-se em consideração a ênfase dos aspectos de aplicação dos princípios gerontológicos a assistência de enfermagem. **(ii)Objetivos:** Identificar os diagnósticos de enfermagem encontrados no idoso residente em comunidade; e analisar as necessidades específicas do cuidado de enfermagem gerontológico à essa clientela **(iii)Metodologia:** Utilizou-se da abordagem quantitativa do tipo descritiva exploratória. Fizeram parte da amostra 50 idosos (indivíduos acima de 60 anos) residentes nas áreas circunvizinhas da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF), abrangendo as comunidades de baixa renda

**Trabalho 95 - 3/4**

dos Morros da Chácara, do Arroz e do Estado. Optamos como instrumento de coleta de dados o protocolo de consulta de enfermagem gerontológica. A aplicação deste instrumento se deu por meio de observação e exame físico; A coleta foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2009, posterior a assinatura de um termo de consentimento pelos sujeitos da pesquisa, de modo que estão cientes da mesma e de sua utilização neste trabalho. A análise dos dados será apresentada na forma de estatística inferencial simples e descritiva e, bem como a identificação de problemas e a formulação dos diagnósticos de enfermagem serão realizadas pela autora.

**(iv)Resultados:** 50 idosos de ambos os sexos foram analisados, os quais foram submetidos ao levantamento dos problemas de enfermagem, com o auxílio instrumento anteriormente descrito, traduzidos para diagnóstico de enfermagem com o auxílio do NANDA 2009/2011. Os principais diagnósticos de enfermagem encontrados foram: dor Crônica (20); autocontrole ineficaz de saúde (18); risco de quedas (16); percepção sensorial perturbada (12); sentimento de impotência (11); memória prejudicada (10); risco de glicemia instável (10); deambulação prejudicada (8); privação do sono (7); risco de constipação (7); risco de solidão (7); ansiedade (7) manutenção ineficaz da saúde (6); controle familiar ineficaz do regime terapêutico (6); nutrição desequilibrada (6); deglutição prejudicada (3).

**(v)Conclusão:** Portanto, a mudança no perfil demográfico com o crescente número de idosos trouxe especificidades referentes a idade. Estas requerem avaliação com olhar específico ao processo de envelhecimento, como em aspectos referentes ao aumento das doenças crônicas nesta clientela. Entretanto, medidas de controle não estão sendo efetivas na população investigada, conforme observado nos diagnósticos autocontrole ineficaz de saúde e dor crônica. Com isto, faz-se necessária investigação diversificada ao idoso comparada ao adulto, com a sua ponderância nos aspectos gerontológicos. Para isto, a sistematização da assistência com o ponto de partida nos diagnósticos torna-se participativa com a finalidade de proporcionar a avaliação e intervenções imediatas e pormenorizadas a fim de detectar o aparecimento de morbidades e/ou evitar complicações. Destarte, entende-se que a fase diagnóstica na atenção integral ao idoso proporciona ordenamento e direcionamento ao trabalho de enfermagem, uma vez que seu uso favorece a sistematização a qual será baseada na satisfação das necessidades do cliente, da família e da comunidade.

**Trabalho 95 - 4/4**

**Palavras-chaves:** Idoso; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

**Referências bibliográficas**

Brum AK. O enfermeiro como instrumento de ação no idoso. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto: Escuta, 2005; 23(6):126-130 .

Elioupoulos C. Enfermagem gerontológica. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005

Freitas EV. *et al.* Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Leopardi MT. Metodologia da pesquisa e saúde. Rio Grande do Sul: Ed. Pallotti, 2002.

**Trabalho 96 - 1/5**

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UM ESTUDO DE CASO. Estela Rodrigues Paiva Alves<sup>1</sup>, Cintia de Carvalho Silva<sup>2</sup>, Fátima Maria Abrão<sup>3</sup>, Raquell Alves de Araújo<sup>4</sup>, Suzi Riane Silva de Souza<sup>5</sup>, Adriana Santana de Vasconcelos<sup>6</sup>

**RESUMO:** As doenças cardiovasculares, pela sua cronicidade, têm despertado uma maior atenção dos profissionais de saúde, nas últimas décadas, devido à alta morbimortalidade<sup>4</sup>. A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome comumente encontrada em indivíduos valvopatas, que resulta da deteriorização da função cardíaca, gerando alterações hemodinâmicas, neuro-humorais, manifestando-se por dispnéia,

---

1<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco. Rua Tenente Francisco de Assis Moreira, nº 20, Aptº. 303, Bancários, João Pessoa/PB, CEP: 58051820. [rodrigues.estela@gmail.com](mailto:rodrigues.estela@gmail.com)

2<sup>2</sup>;4<sup>4</sup>;6<sup>6</sup>Enfermeiras. Mestrandas em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco.

3<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem Professor Adjunto da Universidade de Pernambuco. Coord. do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem (UPE/UEPB). Presidente da ABEn/PE.

4<sup>5</sup>Aluna de Graduação em Enfermagem (7ª período) pela Universidade de Pernambuco.

5

6

**Trabalho 96 - 2/5**

fadiga, redução da capacidade funcional, retenção de líquidos, congestão pulmonar e edema periférico<sup>4</sup>. Indivíduos portadores de IC, normalmente sofrem modificações severas em seu padrão de vida em decorrência da incapacidade de realizar tarefas cotidianas. Estas limitações ocorrem devido a sintomatologia apresentada pelo portador de IC, como a dor, dispnéia, desconforto precordial, palpitação, edema e fadiga, tornando-o dependente<sup>2</sup>. Neste sentido, a equipe de enfermagem deverá estar preparada para prestar uma assistência adequada baseada nas necessidades biológicas e psicossociais do indivíduo, levando-o a superar as dificuldades enfrentadas<sup>1</sup>. Indivíduos com IC apresentam prognóstico ruim<sup>5</sup>. A doença representa a manifestação final das doenças cardiovasculares<sup>3</sup>. **OBJETIVO:** O objetivo foi identificar os diagnósticos de enfermagem, estabelecer, a partir da priorização, o plano de cuidados, implementar e avaliar a resposta do cliente a partir do plano pré-estabelecido, tendo como referencial teórico metodológico a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), baseada na Taxonomia da NANDA. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso do cliente F. S. E. , 21 anos, escolhido entre os internos de forma aleatória, na enfermaria masculina do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE/UPE), com diagnóstico médico de miocardiopatia valvular múltipla dilatada e insuficiência cardíaca (IC). A assistência de enfermagem foi prestada no período de 7 a 11 de Junho de 2010. Para levantamento de dados, utilizou-se o exame físico e anamnese do cliente, através de um roteiro estruturado, contendo questões abertas, contemplando: dados de identificação, motivo da internação, necessidades e auto-cuidado, fatores de risco, exame físico e outras informações, incluindo, impressões do(a) enfermeiro(a); exames laboratoriais e complementares, prescrições médicas, evoluções de enfermagem e consultas ao prontuário do cliente. Servindo de subsídio para a assistência foi utilizado o processo de enfermagem, nas etapas de levantamento de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. A partir dos dados levantados, elaborou-se uma história clínica do cliente, contendo dados de identificação, admissão, exame físico e conduta terapêutica. Após o julgamento clínico das informações contidas no histórico, foram identificados os diagnósticos de enfermagem prioritários, baseado na taxonomia da NANDA, através dos quais foi traçado um plano de cuidados de enfermagem, com implementação total das intervenções e avaliação da assistência prestada. O estudo está de acordo com as normas que regem o código de ética dos

**Trabalho 96 - 3/5**

profissionais de enfermagem e pesquisas envolvendo seres humanos. **RESULTADOS:** Os **Diagnósticos de Enfermagem** obtidos a partir da identificação dos problemas foram: **Padrão respiratório ineficaz** relacionado à diminuição do débito cardíaco, evidenciado por dispnéia, tosse seca e hipotensão (100x30mmHg); **Nutrição alterada menos do que as necessidades corporais** relacionado ao processo evolutivo da IC, evidenciado por desnutrição (IMC) peso abaixo do normal; **Dor** relacionada ao processo evolutivo da IC, evidenciado por relato verbal de cefaléia e dor na região cervical; **Integridade tissular prejudicada** relacionada à diminuição da perfusão tecidual e acúmulo de sais biliares na pele e tecidos, evidenciado por mácula papular, pele ressecada, icterícia, prurido, edema de MMII (+/4) e ascite; **Risco para intolerância à atividade**, relacionado ao débito cardíaco diminuído. O **Plano assistencial** realizado consistiu na administração de medicamentos e oxigênio prescritos, realização de exercícios respiratórios, supervisão rigorosa dos SSVV, supervisão e controle da ingesta hídrica e alimentar, pesar o cliente e medir circunferência abdominal (CA), contactar o serviço da nutrição e fisioterapia, avaliar a localização, duração e intensidade da dor; promover ambiente confortável, orientar sobre a conservação de energia, oferecer apoio emocional, escutar, educar e explicar sobre a sua doença. A assistência foi executada diariamente. Durante o período de assistência de enfermagem o cliente **evoluiu** com melhora do padrão respiratório (eupnéia), após oxigenoterapia; melhora na aceitação total da dieta; alívio da dor após administração de analgésicos e, discreta redução da ascite e edema, após administração de diuréticos e elevação dos MMII. O cliente não apresentou intolerância às atividades de vida diária durante o período da assistência, após orientação sobre evitar atividades físicas desnecessárias. Mantiveram-se estáveis, durante a assistência, os SSVV do cliente. O **Prognóstico** estabelecido foi de dependência parcial da equipe de enfermagem, em relação à intolerância às atividades diárias e, dependência total, para os demais, especialmente para a educação em saúde. **CONCLUSÃO:** Neste estudo, foi observado e constatado que de acordo com os diagnósticos de enfermagem determinados, todo o empenho da equipe de enfermagem será desconsiderado, se não houver atuação da equipe multidisciplinar. Sendo o cliente o centro da assistência de enfermagem, a elaboração de um plano de cuidados planejado, implementado e avaliado com rigor, garante o sucesso da assistência. Nosso objetivo foi concretizado, promovendo a recuperação do cliente e prevenindo complicações. É

**Trabalho 96 - 4/5**

através da compreensão e aprendizado sobre as necessidades humanas básicas afetadas, que adquirimos importantes conhecimentos que contribuem com o nosso preparo para o enfrentamento das situações no exercício da nossa profissão, bem como da ampliação dos conhecimentos científicos para a enfermagem, servindo de base para estudos posteriores e para o amadurecimento de idéias com a vantagem de pô-las em prática. No entanto, além do conhecimento científico, é necessário desenvolver uma sensibilidade, no sentido de perceber as necessidades individuais e oferecer uma assistência de enfermagem humanizada e eficaz, percebendo o cliente como um indivíduo pleno e um ser holístico. O processo de enfermagem quando aplicado traz resultados positivos para ambos, tanto ganha o cliente quanto à enfermagem.

**REFERÊNCIAS**

- 1 Alzira, SD, et al. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. Acta paul. enferm. 2008; 21(2): 243-248.
- 2 Galdeano LE. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirúrgica cardíaca [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2002.
- 3 Hunt SA. ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the adults. J Am Coll Cardiol. 2005; 46 (6): e1-82.
- 4 Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev Latino am Enferm. 2005; 13(5): 670-6.
- 5 McCullough PA, Philbin EF, Spertus JE. Confirmation of a heart failure epidemic: findings from the Resource Utilization Among Congestive Heart Failure (REACH) Study. J Am Coll Cardiol. 2002; 39 (1): 60-9.

**Palavras chaves:** estudo de caso; cuidados de enfermagem; insuficiência cardíaca.

**Área temática:** 1 - Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases de vida.

Trabalho 96 - 5/5

**Trabalho 97 - 1/4**

HEPATITE VIRAL: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. Estela Rodrigues Paiva Alves<sup>1</sup>, Cintia de Carvalho Silva<sup>2</sup>, Aurelio Molina da Costa<sup>3</sup>, Fátima Maria Abrão<sup>4</sup> Andrea Rosane Sousa Silva<sup>5</sup>, Adriana Santana de Vasconcelos<sup>6</sup>

**INTRODUÇÃO:** A hepatite viral é uma infecção causada por um vírus que provoca uma inflamação no fígado, resultando em degeneração e necrose das células hepáticas<sup>4</sup>. A grande importância das hepatites não se limita ao enorme número de pessoas infectadas; estende-se também às complicações das formas agudas e crônicas. Os vírus causadores das hepatites determinam uma ampla variedade de apresentações clínicas, de portador assintomático ou hepatite aguda ou crônica, até cirrose e carcinoma hepatocelular<sup>2</sup>. Levando-se em consideração a progressão epidemiológica das hepatites virais o profissional enfermeiro deve estar apto a utilizar os referenciais científicos de sua profissão para prestar uma assistência de enfermagem livre de riscos relacionados à imperícia. Sendo assim, é necessária a realização da assistência de enfermagem, respeitando as etapas da consulta de enfermagem. **OBJETIVO:** Objetivou-se reunir os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em indivíduos com hepatites virais, bem como, elencar as intervenções de enfermagem indicadas para o tratamento.

1<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco. Rua Tenente Francisco de Assis Moreira, nº 20, Aptº. 303, Bancários, João Pessoa/PB, CEP: 58051820. [rodrigues.estela@gmail.com](mailto:rodrigues.estela@gmail.com)

2<sup>2,5,6</sup>Enfermeiras. Mestrandas em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco.

3<sup>3</sup>Médico. Doutor. Docente do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco e Universidade Estadual da Paraíba (UPE/UEPB).

4<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem Professor Adjunto da Universidade de Pernambuco. Coord. do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem (UPE/UEPB). Presidente da ABEn/PE.

**Trabalho 97 - 2/4**

**METODOLOGIA:** Realizou-se uma revisão de literatura, com recorte temporal entre os anos de 2005 e 2010. A coleta foi realizada na base de dados eletrônica da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), periódicos não indexados em bases de dados e livros de referência para a enfermagem, com abordagem na sistematização da assistência de enfermagem e enfermagem em clínica médica. As terminologias adotadas para a listagem dos diagnósticos e intervenções de enfermagem foram: *North American Nursing Diagnosis* (NANDA) e *Nursing Interventions Classification* (NIC), respectivamente. A escolha das terminologias utilizadas se deu pela grande quantidade de produção de material na literatura científica internacional que correlaciona os diagnósticos de enfermagem às intervenções no tratamento das patologias de interesse da população mundial. Após a coleta dos dados, foi construída uma tabela que correlaciona cada um dos diagnósticos identificados às intervenções indicadas para o tratamento. **RESULTADOS:** Os diagnósticos de enfermagem são o julgamento clínico do enfermeiro em torno dos padrões de saúde afetados. Eles só serão identificados corretamente a partir de uma coleta de dados adequada que deve constar de exame físico e entrevista. Sendo a hepatite viral, uma doença agressiva que altera o funcionamento do indivíduo tanto de forma psicológica, quanto de forma orgânica, faz-se necessária a avaliação do cliente como um todo. Em torno desta patologia, foram identificados, na literatura, 7 (sete) diagnósticos de enfermagem que ocorrem com maior frequência para essa patologia. São eles: Fadiga; Nutrição Alterada, menor do que as necessidades corporais; Risco para déficit de volume de líquido; Baixa auto estima situacional; Risco para infecção, Risco para integridade da pele/tissular prejudicada; Déficit de conhecimento acerca da condição, prognóstico, tratamento, autocuidado e necessidade de alta. As intervenções de enfermagem são a efetivação do planejamento da assistência de enfermagem. Têm como objetivo promover respostas adaptativas positivas e a promoção do autocuidado de acordo com o nível de autonomia de cada cliente. As intervenções de enfermagem têm como prioridade a redução das demandas do fígado, a prevenção das complicações, a melhoria da aceitação da situação e o fornecimento de informações sobre o processo de doença, prognóstico e necessidades de tratamento. As intervenções de enfermagem com relação às necessidades psicobiológicas, foram citadas a manutenção do repouso e o fracionamento das atividades físicas de acordo com a tolerância e a capacidade metabólica e de autocuidado do cliente; a monitoração

**Trabalho 97 - 3/4**

da dieta, com indicação de realização de refeições pequenas e com intervalos menores com preferência ao consumo de carboidratos; supervisionar com frequência a pele em busca de áreas hiperemiadas e encorajamento à higiene corporal e oral, estimulando os banhos frios com bicarbonato ou amido, evitando-se o uso de sabonetes alcalinos e protegendo as mãos com luvas caso a vontade de coçar seja inevitável; monitoração do balanço hídrico, realização de punções venosa com agulhas de pequeno calibre e utilização de compressão por tempo superior que o usual; estabelecer isolamento para infecções entéricas e respiratórias enfatizando a importância da lavagem das mãos e, por vezes, a restrição de visitas. Quanto às necessidades psicossociais, estas devem ser iniciadas e estimuladas, durante a consulta de enfermagem; o enfermeiro deverá realizar a escuta terapêutica de forma que o cliente expresse suas preocupações, determinando o grau de conhecimento que o cliente tem a respeito de sua doença, seu prognóstico e seu tratamento e a partir daí estabelecer um plano de ensino que priorize a capacitação para alta e o autocuidado em nível domiciliar. Nesta etapa, enfatiza-se a necessidade do ensino do perigo que representa o uso de medicamentos sem prescrição médica, a necessidade de se evitar o álcool e de retornar ao centro de saúde para o acompanhamento adequado. Deve-se Evitar expressar opiniões a respeito da aparência do cliente, orientar familiares que façam o mesmo e ajudar-lhe a escolher atividades recreativas adequadas com a finalidade de diminuir o nível de estresse. **CONCLUSÃO:** As hepatites virais são doenças que afetam o indivíduo amplamente, havendo a necessidade de assistência integral da equipe de enfermagem. A assistência deverá ser direta e intensiva para promover uma adaptação positiva ao novo modo de vida do indivíduo doente. Sendo assim, o estudo reuniu os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente encontrados para hepatites, bem como, as intervenções que podem subsidiar a prática da sistematização da assistência de enfermagem aos portadores desse agravo.

**REFERÊNCIAS:**

1. Bruguera, M, Sanches Tapias, JM. What are cryptogenic hepatic disease? Med. Clin.v.114, n 1, p. 31-6, 2000.

**Trabalho 97 - 4/4**

2. Doenges, EM, Moorhouse, MF, Geissler, AC. Planos de Cuidados de Enfermagem – orientações para o cuidado individualizado do paciente. Rio de Janeiro – RJ. Guanabara Koogan, 2003.
  
3. Ferreira, CT, Silveira, TR. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. Rev. bras. Epidemiol. 7(4): 473-487, dez. 2004.

**Palavras chaves:** Diagnóstico de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Hepatite.

**Área temática:** 1 - Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases de vida.

Trabalho 98 - 1/5

**SONO, REPOUSO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NUM HOSPITAL GERAL: VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS**

Tábata Horácio Vieira<sup>1</sup>

Cristina Arreguy-Sena<sup>2</sup>

Angélica Mônica de Andrade<sup>3</sup>

Luciene Carnevale de Souza<sup>1</sup>

Luana Torres Esterci<sup>3</sup>

**INTRODUÇÃO:** Sono é um estado da consciência complementar à vigília, vivido em períodos (ir)regulares no qual o corpo busca repor energias, regenerar células, alcançar o equilíbrio fisiológico, imunológico, metabólico, circadiano e humoral. No período de suspensão temporária das atividades perceptivas-sensoriais e motoras, as atividades cerebrais cíclicas são influenciadas por fatores internos, ambientais e sociais. A garantia do cuidado nas 24 horas possui repercussão sobre o ciclo circadiano dos trabalhadores da equipe de enfermagem, podendo gerar alterações no padrão do sono e no repouso. O fato de a equipe de enfermagem brasileira ser predominantemente feminina e atuar em jornadas superpostas com as atividades no lar, aliado à exposição à luz artificial, aos ruídos do ambiente laboral e haver modificação na escala de serviço são fatores intervenientes sobre a capacidade de tais trabalhadores reporem suas energias e descansarem. Neste sentido a insônia, o padrão do sono prejudicado e a privação do sono, enquanto diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA, quando analisamos à luz da Saúde do Trabalhador e na perspectiva da qualidade e do tipo de sono, precisam ser investigados. **OBJETIVO GERAL:** Analisar a ocorrência de fatores relacionados e características definidoras para alterações no sono e no repouso de trabalhadores da equipe de enfermagem que atuam numa instituição hospitalar geral, de

---

<sup>1</sup> Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFJF- Rua Olegário Maciel, 1716/204 Paineiras, Juiz de Fora (MG) CEP: 36.016.011 E-mail: tabatahv@hotmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora e Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da UFJF.

<sup>3</sup> Enfermeira, Residente do Programa de Enfermagem Saúde do Adulto da Faculdade de Enfermagem da UFJF.

### Trabalho 98 - 2/5

ensino e de assistência nos períodos matutinos e vespertinos. **Específicos:** Listar e quantificar a percepção que a equipe de enfermagem possui sobre a influência do trabalho em seu sono e repouso e manifestações de alteração dos mesmos.

**MÉTODOS E TÉCNICAS:** Pesquisa de validação clínica que permitiu identificar evidências clínicas de alteração do sono e repouso entre trabalhadores da equipe de enfermagem na perspectiva da análise da Saúde de tais Trabalhadores numa instituição hospitalar de Juiz de Fora. População de seleção completa. Critério de inclusão: todos profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), de ambos os gêneros e mais de 21 anos. O fenômeno/constructo abordado (sono e repouso na saúde dos trabalhadores) foi alicerçado em revisão integrativa de literatura e validados pelo trabalhador e por escalas sugeridas (inter)nacionalmente para qualificar e quantificar o sono/insônia. Usamos modelo de validação de Fhering (1987) e Hoskins (1989). Dos 208 trabalhadores da equipe de enfermagem, 52 foram excluídos por estarem na escala de serviço noturna; 22 estavam de férias/licença; 15 se recusaram a participar da pesquisa, 14 fizeram adiamentos progressivos protelando sua participação e 12 não assinaram o TCLE pós informado. Instrumento de coleta de dados estruturado em seis etapas de caracterização: 1) dos participantes; 2) das atividades laborais; 3) dos hábitos e costumes; 4) da história do sono/descanso; 5) das atividades laborais e sono e 6) dos indicadores mensurativos. Entrevistas individuais (média 20 minutos). Dados coletados em abril/maio de 2010 e consolidados em *Microsoft Excel*. Atendidas as recomendações éticas e legais para pesquisa envolvendo seres humanos. Projeto submetido ao Comitê de Ética da Instituição (número 0109.0.420.000-09).

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Participaram 93 trabalhadores: 32,3% Enfermeiros; 57% Técnicos e 10,8% Auxiliares de Enfermagem; 90,3% atuavam na assistência e 5,4% na administração; a idade média dos participantes foi de 50 anos (variabilidade: 21 a 61); 76,3% eram mulheres; 43% eram casados; 31,2% solteiros; 68,8% tinham de 1 a 7 filhos (média 2,1 filhos/participante) e 77,4% moravam com o núcleo familiar. O tempo médio de formado foi de 14,6 anos e a maior titulação adquirida há 12,7 anos. A caracterização do processo de trabalho e folgas foi: 37,6% trabalhavam na escala 12x36 horas; 24,7% na escala 12x60 horas; 21,5% tinham jornada de 6 horas/diárias; 41% possuíam duas folgas/semana; 33,3% trabalhavam em mais de um emprego (30,1% em dois empregos) e 74,2% atuavam no lar como atividade adicional a sua carga horária

**Trabalho 98 - 3/5**

laboral. Os hábitos e costumes para reduzir estresse tiveram a seguinte adesão dos trabalhadores: 51,6% e 21,5% para realizar atividade recreativa semanal e mensal; 52,7% não realizavam exercício/atividade física e 39,8% a realizavam semanalmente; 54,8% nunca se inseriram em atividade social com colegas de trabalho e 25,8% o realizavam semanalmente; 36,6% usavam medicamento regular, sendo 38,2% para dormir; 16,1% fumavam e 4,3% intensificavam o consumo devido ao trabalho; 53,8% bebiam e 6,5% intensificavam consumo devido ao trabalho. Duração de sono menor que sete horas/noite ocorreu em 37,6% trabalhadores (média de menos de cinco horas dormidas) com os seguintes fatores intervenientes: tempo disponível reduzido (44,1%); doença familiar (32,3%); preocupação (26,9%); barulho (18,3%); luminosidade (18,3%); local inadequado (6,5%) e cansaço (5,4%). A interrupção do sono ocorreu em 37,6% trabalhadores ocasionalmente e em 34,3% quando houve preocupação. A sensação de cansaço (sono não restaurador) e desânimo ao despertar ocorreu em 24,7% e 19,4% trabalhadores respectivamente; 47,3% nunca ou raramente cochilavam após o almoço e quando o faziam (16,1%) sentiam-se desanimados e 21,5% mais intensamente cansados. Sonhar com atividade laboral ocorreu com 81,7% trabalhadores, sendo freqüente para 23,2% deles e acompanhando de preocupação (53,8%); tristeza (11,3%) e medo (5%). A qualidade do sono após o trabalho foi comprometida para 17,2% participantes. Os trabalhadores que tinham dois empregos, 22,6% tiraram férias em momentos distintos. O hábito de viajar nas férias ocorreu uma vez/ano (41,9%) ou duas vezes/ano (20,4%), não havendo modificação dos hábitos para 29% dos trabalhadores. Na percepção dos participantes o trabalho: estressava (53,2%); irritava (35%); agravava TPM (25%); gerava lembranças, durante o descanso, sobre intercorrências (40%); trazia imagens mentais dos óbitos e das pessoas graves (33%); gerava lembranças das atividades no descanso (36%) e nas férias (21%). O choro em decorrência da sobrecarga do trabalho ocorreu para 39,8% participantes, a discussão por motivos laborais surgiu entre: colegas de trabalho (35,%); amigos (36,6%) e familiares ( 47,3%). A avaliação da sonolência diurna segundo escala de Epworth foi moderada (21,5%) e severa (4,3%) e a avaliação da qualidade do sono segundo Pittsburg foi ruim para 61,3% participantes e não pode ser calculada para oito deles. **CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A qualidade do sono (Pittsburg) e a presença de sonolência diurna (Epworth) avaliadas indicam que o sono dos trabalhadores da equipe de enfermagem foi de

**Trabalho 98 - 4/5**

qualidade ruim e geradora de sonolência, fato corroborado pela retenção de lembranças destas atividades na vida cotidiana (durante lazer e descanso). A autoavaliação dos entrevistados a respeito do trabalho foi de: irritação, estresse, motivador de choro e de discussão. As condições de trabalho foram agravadas devido à presença de dois ou mais empregos aliado a inserção em atividades cotidianas do lar (76,3% eram mulheres). Diante do exposto reafirmamos três categorias diagnósticas com vários fatores relacionados na perspectiva da Saúde do Trabalhador de enfermagem e a partir da validação das condições de sono e repouso deles. Apresentamos então os diagnósticos e seus componentes validados: 1) Insônia: **relacionado** a(o) estresse; ingestão de álcool; medicamentos; medo; mudanças hormonais periódicas relacionadas ao gênero; padrão de atividade (quantidade de horas dormidas) e sono interrompido e **caracterizado por** relato de distúrbio do sono que produz conseqüências no dia seguinte e sono não restaurador; 2) Padrão do sono prejudicado: **relacionado** a iluminação, ruído, interrupções (doença familiar) **caracterizado por** insatisfação com o sono, mudança no padrão normal do sono, queixa verbais de não se sentir bem descansado e relato de dificuldade para dormir; 3) Privação do sono: **relacionado** a pesadelos, práticas maternas/paternas que não favorecem o sono **caracterizado por** cansaço, irritabilidade, nervosismo e sonolência durante o dia. A validação clínica dimensionou evidências sobre a qualidade do sono e do repouso da equipe de enfermagem, segundo a taxonomia da NANDA e delineou as condições de vulnerabilidade para a saúde destes trabalhadores. Recomendamos intervenções terapêuticas para enfrentamento dos fatores estressores identificados nas atividades laborais e melhora do sono e repouso.

**REFERÊNCIAS**

American Academy of Sleep Medicine. **Diagnostic & Coding Manual: The International Classification of Sleep Disorders** 2 Edition. American Academy of Sleep Medicine – Westchester, IL, USA, 2005.

Arreguy-Sena C, Rojas AV, Souza ACS. Representação social de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem sobre a percepção dos riscos laborais a que estão expostos em unidades de atenção á saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online), Goiânia, v.2, n.1, jan/jun. 2000. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>.

**Trabalho 98 - 5/5**

De Martino MMF. Arquitetura do sono diurno e ciclo vigília-sono em enfermeiros nos turnos de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, Mar 2009, 43(1):194-199.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Editoria Artmed 2010

Bertolazi NA . **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: escala de sonolência de Epworth e índice de qualidade de sono de Pittsburgh**. [Dissertação] Rio Grande do Sul: UFRGS, 2008.

**Palavras-chave:** Sono. Descanso. Saúde do Trabalhador.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção à Saúde ao Indivíduo nas diferentes fases da vida.

Trabalho 99 - 1/4

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS NO IDOSO SUBMETIDO À ANGIOPLASTIA**

Elaine Cristina Sayão Gray Moreira<sup>1</sup>

Fernanda Almenara Silva dos Santos<sup>2</sup>

Jenefer de Meneses Frossard<sup>3</sup>

Quezia Cristina da Silva Simões Lessa<sup>4</sup>

Graziele Ribeiro Bitencourt<sup>5</sup>

Rosimere Ferreira Santana<sup>6</sup>

**Introdução:** Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, observa-se o crescente na realização de intervenções cardiovasculares, principalmente na faixa de 65 a 75 anos de idade. A doença vascular é incidente nesta clientela, acometendo aproximadamente 40% dos idosos. A opção pela terapêutica cirúrgica depende da relação risco-benefício baseada em fatores como capacidade funcional, a estabilidade emocional e a qualidade de vida pós-cirúrgica do paciente. Apesar de serem pacientes de maior complexidade clínica devido à maior incidência de doenças crônicas e de acometimento de outros órgãos, os avanços nas técnicas operatórias, anestesia, e suporte homeostático são evidentes nas cirurgias vasculares. Entretanto, estes avanços não diminuíram o alto índice de complicações clínicas, como hemorragia, trombose, embolia. A integridade e a permeabilidade do sistema vascular, incluindo-se as artérias,

<sup>1</sup> Relatora. Enfermeira, Professora substituta do Departamento Materno Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC / UFF) Discente do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Gama Filho), – [ecsgm2004ster@gmail.com](mailto:ecsgm2004ster@gmail.com)

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense. Bolsista do projeto de extensão Pró-saúde.

<sup>3</sup> Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense. Bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). Email: [jeneferuff@hotmail.com](mailto:jeneferuff@hotmail.com)

<sup>4</sup> Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense. Monitora de Histologia. Email: [queziasimoes@hotmail.com](mailto:queziasimoes@hotmail.com)

<sup>5</sup> Enfermeira especialista em gerontologia. Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/Souza Aguiar Professora substituta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF Niterói, Rio de Janeiro/BR. E-mail: [gra\\_uff@yahoo.com.br](mailto:gra_uff@yahoo.com.br)

<sup>6</sup> Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta MEM/UFF. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica (NEPEG). [rosifesa@gmail.com](mailto:rosifesa@gmail.com)

**Trabalho 99 - 2/4**

veias e vasos linfáticos são essenciais para a vida dos tecidos humanos. Os problemas vasculares podem ser agudos e constituírem uma emergência que coloque em risco a vida ou um membro. Os objetivos no tratamento dos pacientes cirúrgicos vasculares são: suporte do sistema vascular, remoção da causa, evitando-se episódios posteriores de isquemia. De maneira geral, a cirurgia vascular envolve a tentativa de melhoria de fluxo sanguíneo a uma dada região corpórea, seja pela retirada da obstrução através da ressecção e remoção de trombos e êmbolos ou pela criação de um novo percurso a este fluxo. Entretanto, trata-se de procedimentos arriscados, principalmente ao lidar com o paciente idoso, o qual já apresenta comprometimentos funcionais oriundos do processo de envelhecimento, os quais aumentam o risco de complicações como infecção, hemorragia, embolia e necrose. Assim, propõe-se o estudo do objeto análise do plano de cuidados ao paciente idoso submetido a angioplastia como prevenção de complicações pós-operatórias. Destarte, pretende-se contribuir à prática de enfermagem especializada sobre o cuidado a essa clientela por meio da elaboração do plano de cuidados; pesquisas futuras nesta área, nas quais podem ser aprofundadas as informações sobre o tema presentes neste estudo; e ensino levando-se em consideração a ênfase dos aspectos de aplicação dos princípios gerontológicos a assistência de enfermagem. **Objetivos:** Geral: Analisar o plano de cuidados ao paciente idoso submetido a angioplastia. Específicos: Listar os principais diagnósticos de enfermagem relacionados ao paciente em estudo; estabelecer as intervenções de enfermagem segundo o Nursing Intervention Classification/NIC e avaliar os resultados obtidos de acordo com o Nursing Outcomes Classification/NOC, após as intervenções estabelecidas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso realizado com paciente de 70 anos, sexo feminino, internada num Hospital geral do município de Niterói-Rio de Janeiro, no período de janeiro a março de 2010. Para tanto, utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada baseada em Carpenito e levantamento documental em prontuário. A análise precedeu segundo raciocínio clínico de Risner. **Resultados:** A paciente analisada neste estudo é a M.B., 69 anos, solteira, tabagista, etilista, com diagnóstico médico de Estenose da anastomose proximal fêmoro-poplíteo e hipertensão arterial sistêmica (HAS), apresentando gangrena em membro inferior direito. Angioplastia foi a terapêutica médica cirúrgica escolhida. Utilizando-se a linguagem diagnóstica segundo a classificação NANDA/2009-2011, os principais diagnósticos pós-operatórios levantados foram: Dor

**Trabalho 99 - 3/4**

crônica, relacionada a incapacidade física crônica caracterizada por expressão facial, fadiga, interação reduzida com as pessoas, mudanças no padrão de sono, relato verbal de dor; Integridade tissular prejudicada, caracterizada por tecido destruído e lesado, relacionado há circulação alterada; Deambulação prejudicada caracterizada pela capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares, de subir e descer escadas ou meio-fio, e de percorrer as distâncias necessárias relacionada a dor, equilíbrio prejudicado, obesidade; Constipação caracterizada por abdome distendido, dor a evacuação, esforço para evacuar, fezes duras e formadas, frequência diminuída, massa abdominal palpável, ruídos intestinais hipoativos, relacionada a hábitos alimentares deficientes, ingestão insuficiente de fibras e tensão emocional; Risco de infecção relacionada a defesas primárias inadequadas (pele rompida), defesas secundárias inadequadas (diminuição de hemoglobina), destruição de tecidos, doença crônica e procedimento evasivos; e Desesperança, relacionada ao estresse prolongado, perda da crença num poder espiritual e deterioração fisiológica. Caracterizada por alterações no padrão de sono, apetite diminuído, falta de envolvimento no cuidado. As principais intervenções estabelecidas com base nestes diagnósticos encontrados foram: assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia e reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor (medo, fadiga, falta de informação); examinar diariamente a pele, oferecer apoio as áreas edemaciadas; limpar o local do paciente após cada uso pelo paciente; assegurar a técnica adequada de cuidados de feridas; ensinar uma melhor lavagem das mãos para os funcionários; orientar as visitas para lavar as mãos; promover ingestão nutricional adequada e instituir precauções padrão; Evitar mascarar a realidade; envolver o paciente em seu próprio cuidado; facilitar a incorporação, pelo paciente, de uma perda pessoal em sua imagem corporal. Os principais resultados obtidos foram: controle da dor; cicatrização da ferida 2ª intenção; controle e detecção de riscos; comportamento de segurança e prevenção de quedas; eliminação intestinal; habilidades de interação social. **Conclusão:** Portanto, por meio da aplicação da assistência de enfermagem baseada no NANDA, NIC e NOC, foi possível a realização de atenção integral ao idoso paciente submetido a angioplastia. A sistematização neste estudo proporcionou uma linguagem uniformizada e maior organização das atividades por meio de uma assistência diversificada e direcionada, proporcionando o cuidado contínuo, atualizado e individualizado. Do mesmo modo, foi

**Trabalho 99 - 4/4**

possível a avaliação pormenorizada, integral e contínua do paciente, favorecendo a detecção precoce e/ou a progressão de complicações pós-operatórias. Focalizado no paciente idoso, o olhar às especificidades do processo de envelhecimento foi inerente ao levantamento dos problemas, priorização e na implementação das prescrições, bem como no estabelecimento dos resultados.

**Palavras-chave:** Processo de Enfermagem, cuidados de enfermagem; Cirurgia vascular.

**Área temática do trabalho:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Referências Bibliográficas**

- 1- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 2- North American Nursing Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação (2009-2011). Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 3- Carpenito-Moyet JJ. Compreensão do processo de enfermagem. s/ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.
- 4- Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico de enfermagem. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.

Trabalho 100 - 1/4

LEVANTAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Juliana Cristina Pereira, Cristina Arreguy-Sena, Rosamary Aparecida Garcia Stuchi<sup>1</sup>,

**Resumo:**

**Introdução:** O processo de enfermagem é composto pelas seguintes fases: histórico de enfermagem, procedimento de coleta de dados cuja denominação oscila entre uma terminologia própria ou o nome de uma de suas etapas, a saber: histórico, anamnese, ectoscopia, entrevista e/ou exame físico; diagnóstico de enfermagem, definição do problema de pertinência para atuação profissional que aborda o julgamento clínico da resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade diante de situações reais ou potenciais<sup>(1)</sup>; planejamento e implementação de intervenções de enfermagem, que envolve a definição de metas terapêuticas, do nível de seu alcance e a seleção das intervenções que mais se adequam à abordagem individualizada do problema e evolução de enfermagem no sentido da aferição da eficácia e eficiência das intervenções terapêuticas selecionadas para a situação em foco<sup>(1-3-4)</sup>.

Os diagnósticos de enfermagem são focos clínicos da profissão, e a atividade diagnóstica aproxima os profissionais dos usuários de seus serviços, possibilitando-lhes conhecer melhor as respostas físicas e emocionais apresentadas por esses usuários. A taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)<sup>(2)</sup> é um exemplo de taxonomia que desenvolveu uma terminologia para descrever os importantes julgamentos que os enfermeiros fazem quando provêem cuidados para indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Tais julgamentos – ou diagnósticos – são a base para a seleção de resultados e intervenções de enfermagem.

**Objetivo:** Este trabalho configura-se como uma pesquisa de caráter descritivo que objetivou identificar os diagnósticos de enfermagem, segundo taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) entre pessoas internadas na clínica médica de um hospital do interior de Minas Gerais.

---

<sup>1</sup>Enfermeira, doutora e professora do Departamento de Enfermagem da UFVJM – Diamantina, MG  
Endereço: Rua da Glória, 187, – Diamantina, MG  
e-mail: meirestuchi@uol.com.br

#### Trabalho 100 - 2/4

**Material e Métodos** – A pesquisa de delineamento descritivo realizada em uma clínica médica de um hospital de uma cidade do interior de Minas Gerais. Os dados foram coletados em outubro de 2008, sendo o processo de coleta antecedido por aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM sob o registro n. 045/08. A amostra não-probabilística por intencionalidade foi composta por pessoas que estavam internadas em uma enfermaria da clínica médica, escolhidas sob os seguintes critérios de inclusão: serem pessoas maiores que 18 anos; concordarem em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; possuírem condições hemodinâmicas estáveis; conseguirem manter um diálogo coerente.

O Instrumento de coleta de dados foi estruturado conforme a teoria de Horta <sup>(1)</sup>, contendo os dados de entrevista e o exame físico. Este instrumento passou por validações aparente e de conteúdo, por um grupo de juízes, em sua área específica.

Utilizou-se a linha de raciocínio de Risner (análise, julgamento e síntese dos dados) <sup>(3)</sup> para que fossem identificados os diagnósticos nucleares dentro do sistema de problemas emergentes e, posteriormente, registrados na taxonomia II da NANDA <sup>(2)</sup>. Os diagnósticos de enfermagem foram avaliados quanto à sua distribuição (frequência simples e percentual).

**Resultados** – Os participantes ficaram assim caracterizados: Os 25 participantes foram assim caracterizados: 64% eram do gênero feminino; 68%, casados, 20%, viúvos e 12%, solteiros; 24% tinham idade compreendida entre os 68 aos 78 anos; 20%, entre 48 a 58 anos e 16%, entre os 58 aos 68, entre os 18 aos 28 e entre os 73 aos 83 anos, sendo, portanto, que a idade variou de 18 a 83 anos de idade; 88% possuíam uma ocupação/profissão; 72% eram oriundos de cidades do interior do Estado, sendo 80% deles naturais de cidades e municípios próximos à instituição onde os dados foram coletados; nenhum participante possuía nível superior. 48% não haviam completado o Ensino Fundamental, 24% tinham o Ensino Fundamental completo, 12%, o Ensino Médio completo e 16% não souberam informar; 96% eram católicos e 4% afirmaram pertencer a denominações religiosas evangélicas.

Considerando que o(s) diagnóstico(s) emitido(s) pelos profissionais de saúde a respeito de um indivíduo retrata(m) o estado de saúde de seus clientes, buscou-se caracterizar a amostra em pauta segundo os diagnósticos médicos – problemas que retratam as doenças que motivaram a internação – e os diagnósticos de enfermagem –

### Trabalho 100 - 3/4

problemas que retratam a reação dos participantes diante das situações de adoecimento. Tanto os diagnósticos médicos como os de enfermagem foram emitidos e reafirmados por profissionais peritos no uso das referidas taxonomias CID-10<sup>(5)</sup> e Taxonomia II da NANDA.

Foram identificados 26 diagnósticos médicos: doença coronariana (19,24%); insuficiência renal crônica (11,54%); pneumonia (11,54%); hérnia de disco, nefropatia hipertensiva, epilepsia e insuficiência coronariana crônica (3,85%); diabetes descompensada e infecção do trato urinário simultaneamente (3,85%) e ausência de diagnóstico definitivo durante o período de coleta de dados (3,85%). Quanto aos diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA foram identificados 84 diagnósticos de enfermagem, a saber: Conhecimento Deficiente 21(25%), Risco para trauma vascular 14 (16,6%), Dor aguda 7(8,3%), Déficit no autocuidado para banho/higiene 6 (7,14%), Mobilidade física prejudicada, 6 (7,14%), Perfusão tissular ineficaz: cardiopulmonar, 5 (5,95%), Dor crônica, 4 (4,75%), Integridade da pele prejudicada, 4 (4,75%), Padrão respiratório ineficaz 4 (4,75%), Risco de infecção 4 (4,75%), Risco de desequilíbrio do volume de líquidos 3 (3,57%), Troca de gases prejudicada 3 (3,57%), Padrão de sono perturbado 2 (2,38%), Proteção ineficaz 1 (1,19%). A maioria dos diagnósticos de enfermagem identificados, encontravam-se na hierarquia das necessidades psicobiológicas (98,8%) seguida da hierarquia das necessidades psicossocial 1, 19%.

**Conclusão:** Os resultados deste levantamento permitiram identificar que o diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente foi o que mais se destacou, seguido do risco para trauma vascular. Tais resultados revelaram as lacunas no atendimento à saúde oferecido pelos profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, daí a necessidade de implementarem estratégias educativas que visem o ensino do processo saúde doença, tratamento e promoção da saúde, assim como também estratégias que permitam minimizar os riscos de trauma vascular.

#### Referencias Bibliográficas

1. Horta WA. Processo de Enfermagem. 16ª reimpressão. São Paulo: EPU, p. 99, 2005.
2. NANDA International. Nursing diagnoses: definitions and classification 2009-2011 Iowa (EUA): Wileyblackwell; 2009.

**Trabalho 100 - 4/4**

3. CHRISTESEN, P.J.; KENNEY, J.W. Nursing process application of conceptual models. St. Louis: Mosby, 1995. 367p.

4. Garcia TR, Nóbrega MML, Carvalho EC. Nursing process: application to the professional practice. Online Braz J Nurs [Online] 2004 Aug; 3(2). Available. [www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm).

5. Organização Mundial da Saúde: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). 7ª ed. São Paulo: Edusp; 2004.

**Descritores** – Enfermagem, classificação; diagnóstico de enfermagem;

Área: 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

Trabalho 101 - 1/4

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MEMÓRIA PREJUDICADA E  
CONFUSÃO CRÔNICA - VALIDAÇÃO DIFERENCIAL

Priscilla Alfradique de Souza<sup>1</sup>

Rosimere Ferreira Santana<sup>2</sup>

**Introdução-** Tanto idosos saudáveis quanto idosos com quadros patológicos, necessitam de um cuidado singular e que atenda às suas especificidades. Dentro do processo de envelhecimento ocorrem perdas e/ou diminuição da capacidade funcional, inerentes ao mecanismo fisiológico de envelhecimento. Contudo, é importante discernir o momento em que este prejuízo cognitivo e/ou de memória torna-se patológico, afetando a realização de suas atividades diárias. Portanto, a identificação das especificidades do processo de envelhecimento se faz necessária, para desenvolvermos habilidades de reconhecimento e competências diagnósticas. Dentro desses, inclui-se a utilização de diagnósticos de enfermagem e principalmente aqueles que se apresentam predominantemente em idosos, como é o caso dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) em estudo, Memória Prejudicada (MP) e Confusão Crônica (CC), na busca pela promoção de um cuidado de enfermagem em todos os níveis de assistência, seja primário, secundário ou terciário. Ratifica-se, desta forma, a utilização de um DE claro, conciso e aplicável por todos os enfermeiros, proporcionando uma assistência ao idoso com queixas cognitivas nos diferentes cenários de saúde e não somente nos serviços especializados de geriatria e gerontologia. Pesquisas sobre conceitos e validação de diagnósticos de enfermagem são imprescindíveis no desenvolvimento dos sistemas de classificação e de sua acurácia. Assim, pela necessidade observada na prática assistencial de validação dos diagnósticos de enfermagem utilizados em idosos com síndrome demencial, configurou-se a lacuna do conhecimento a ser explorada.

**Objetivos-** Desta forma, o estudo tem como objetivos: Analisar conceitualmente os diagnósticos de enfermagem Memória Prejudicada e Confusão Crônica a partir da revisão integrativa da literatura; Validar as características definidoras, os fatores

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Ciências do Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Brasil. E-mail: prialfra@hotmail.com Endereço: Rua Araguaia 149, Bl 02/205. Freguesia de JPA – Rio de Janeiro. CEP:22745-270

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico (MEM) da EEAAC/UFF. Vice-líder do NEPEG.

#### Trabalho 101 - 2/4

relacionados, bem como a pertinência de seus títulos e conceitos propostos pela NANDA-I através da análise de peritos no assunto. **Material e Método-** O processo de validação dos diagnósticos de enfermagem ocorre de forma similar aos procedimentos utilizados de confiabilidade e validade dos instrumentos de medidas, em que confiabilidade refere-se à precisão com que os instrumentos produzem os mesmos resultados sobre medidas repetidas e validade, ao grau com que um instrumento de medição mede exatamente aquilo que deveria medir. Para realização do estudo, fundamentou-se nas propostas metodológicas apresentadas por Hoskins e Fehring adaptado, sendo dividido em duas etapas. A Etapa I consiste na revisão integrativa com base na técnica de abordagem do método de Walker e Avant para análise de conceito. Na Etapa II, o estudo propõe a validação por especialistas. Assim, com a finalidade de validar o conteúdo dos diagnósticos de enfermagem estudados, o objetivo principal é verificar junto aos peritos, a adequação das propostas de modificação a partir da análise conceitual realizada. Para isso, percorrem-se os passos: seleção de peritos, identificação pelos peritos da pertinência das características definidoras aos diagnósticos em estudo, rótulo, definição e inserção dos diagnósticos nos domínios e classes propostos pela NANDA-I, cálculo dos escores para cada característica definidora e cálculo do escore total. Os peritos serão esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, além da consulta quanto o aceite em participar do estudo, além de solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96. A pesquisa conta com a aprovação sob o parecer 202/2009 do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal Fluminense.

**Resultados-** Na primeira etapa do estudo, foram identificados através da busca pelos descritores *memory disorders*, *confusion* e *nursing diagnosis*, indexados nas principais bases de dados de saúde PUMED, COCHRANE, CINAHL e LILACS, um total de 87 como pertinentes, sendo 36 selecionados, uma vez que estas abordavam temáticas sobre memória prejudicada e/ou confusão crônica, bem como assistência ao paciente com prejuízo cognitivo e/ou síndrome demencial. Na distribuição dos níveis de evidência, em que se atribui pontuações de I a V, sendo de fraca evidência e V de forte evidência, destacaram-se os estudos de pesquisa quase experimentais (33,3%), distribuída principalmente nos níveis de média (II, III e IV) evidência clínica. Em relação ao local de origem dos estudos, a grande maioria (64,2%), são pesquisas americanas. Em se tratando de formação profissional dos autores dos artigos, 13 (36,9%) pesquisas foram elaboradas por enfermeiros e 26 (62,1%) por médicos. Na segunda etapa do estudo,

### Trabalho 101 - 3/4

referente à validação por especialistas, em relação aos 16 peritos participantes do estudo, observa-se que o tempo de experiência profissional predomina entre 05 a 10 anos e 20 a 25 anos, com 25% para cada grupo. Sobre o tempo de aplicação da NANDA-I, metade (50%) já o utiliza no ensino por um período entre 05 e 10 anos; na pesquisa e na clínica, 50% o aplica há pelo menos 05 anos. Em relação à prática clínica, 62,5% e 37,5% afirmaram às vezes terem contato com o DEMP e DECC, respectivamente. A análise preliminar dos diagnósticos de enfermagem pelos peritos apresentou, para o diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada, que a definição está adequada ao título, contudo, em relação às 10 características definidoras, 05 apresentaram maiores escores: memória recente prejudicada; incapacidade de recordar eventos; incapacidade de reter novas habilidades; incapacidade de reter novas informações; incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada; além disso, 04 foram classificadas como indicadores secundários e apenas uma foi considerada como pouco relevante para o diagnóstico. Dentre os fatores relacionados 03 também obtiveram os maiores escores atribuídos: hipóxia; acidente vascular cerebral; e distúrbios neurológicos. Para o diagnóstico de enfermagem Confusão Crônica, a definição também se apresentou adequada ao título. Foram 06 as características definidoras com escores maiores: prejuízo cognitivo progressivo; memória antiga prejudicada; memória recente prejudicada; socialização prejudicada; prejuízo cognitivo existente há tempo; interpretação alterada; 02 foram consideradas como secundárias e 02 como pouco pertinentes. Identificou-se 03 fatores relacionados com escores acima de 0,80 foram: doença de Alzheimer; demência por multiinfarto; e acidente vascular cerebral.

**Conclusão-** O estudo desta temática e a busca pela identificação de tais diagnósticos de enfermagem torna-se relevante pela possibilidade dos profissionais de enfermagem estarem aptos a antecipar e minimizar os riscos desencadeantes de internações e, principalmente das dos prejuízos cógicos e de memória. A partir dos resultados da análise de conceito foram sugeridas adaptações dos títulos, das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos, aguardando-se o término da avaliação dos especialistas quanto à pertinência das sugestões previamente definidas.

### Referências

Rozenthal M. Testes neuropsicológicos e o diagnóstico da demência. In: Bottino CM, Laks J, Blay SL. Demência e transtornos cognitivos em idosos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. Cap.9 p.86-95.

**Trabalho 101 - 4/4**

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS - NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Tradução de Regina Machado Garcez, Porto Alegre: Artmed; 2010.

Walker L, Avant K. Strategies for theory construction in nursing. 3a. ed. Norwalk: Appleton and Lange; 1995.

Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. Heart and Lung, Saint Louis. 1987; 16(6):625-9.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de enfermagem, Memória, Demência

**Área temática:** 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

Trabalho 102 - 1/4

ESTADO NUTRICIONAL E SUA RELAÇÃO COM O DIAGNÓSTICO  
DE ENFERMAGEM RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Camila Rosas Neves<sup>1</sup>

Carleara Ferreira da Rosa Silva<sup>2</sup>

Priscilla Alfradique de Souza<sup>3</sup>

Rosimere Ferreira Santana<sup>4</sup>

**Introdução-** A deterioração do estado nutricional pode ser desencadeada por diversos fatores relativos ao fornecimento de alimentos, além do processo da doença em si. No entanto, a falta de um sistema de seleção amplamente aceito, impossibilita a detecção de pacientes que poderiam se beneficiar clinicamente de suplementos nutricionais. O conselho da American Society of Parenteral and Enteral Nutrition sugere que na ausência de instrumentos de avaliação nutricional validados clinicamente deve-se utilizar uma combinação de parâmetros clínicos e bioquímicos para avaliar a presença de desnutrição. Atualmente, vem ocorrendo um aumento importante no número de pacientes idosos submetidos à internação hospitalar, cujo estado nutricional pode ser considerado crítico existindo evidências de que cerca de 70% dos idosos institucionalizados ingerem dieta deficiente em energia e fibras. O paciente pós-cirúrgico exige cuidados nutricionais voltados para a sua recuperação, principalmente quando apresenta o diagnóstico de enfermagem de “Recuperação Cirúrgica Retardada” (RCR) que tem como definição pelo NANDA-I extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar. Na tabela abaixo se apresentam as características definidoras (CD)

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem do 9º período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF). Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal fluminense (GESAE/UFF).

<sup>2</sup> Professora Substituta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da EEAAC/UFF. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Gerontológica (NEPEG). Membro do GESAE/UFF.

<sup>3</sup> Mestranda em Ciências do Cuidado em Saúde pela EEAAC da UFF Membro GO GESAE/UFF e do NEPEG. Brasil. E-mail: prialfra@hotmail.com Endereço: Rua Araguaia 149, Bl 02/205. Freguesia de JPA – Rio de Janeiro. CEP:22745-270

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico (MEM) da EEAAC/UFF. Vice-líder do NEPEG.

#### Trabalho 102 - 2/4

e os fatores relacionados (FR) do diagnóstico de RCR segundo NANDA-I. Outro dado encontrado frequentemente no paciente de pós-operatório é a presença do diagnóstico de enfermagem “Risco de nutrição alterada menor que as necessidades corporais” relacionado à Ingestão diminuída e maior necessidade de nutrientes secundária a cirurgia, presentes nessa fase perioperatória, contribuindo no retardo da recuperação do cliente. **Objetivos:** Identificar os aspectos nutricionais envolvidos na recuperação do cliente cirúrgico; Comparar as evidências clínicas nutricionais presentes nos pacientes com ou sem diagnóstico de “Recuperação Cirúrgica Retardada” (RCR); Apontar boas práticas (*Best Practice*) de cuidados nutricionais interdisciplinares essenciais a recuperação cirúrgica precoce. **Metodologia-** Trata-se de uma pesquisa quantitativa de abordagem exploratória e descritiva. Foram entrevistados 70 pacientes, a partir de 5 dias de pós-operatório, no período compreendido entre março de 2009 a abril de 2010. As evidências nutricionais presentes no instrumento foram analisadas de abril a junho de 2010. Sendo assim, os sujeitos da pesquisa constituíram-se de adultos e idosos internados em clínicas cirúrgicas de um hospital universitário com 5 ou mais dias de pós-operatório. 50 apresentaram o DERCC e 20 não possuíam o diagnóstico de enfermagem em estudo. O instrumento para coleta de dados foi o formulário. Foram consideradas as evidências nutricionais presentes no diagnóstico, como a perda de apetite com náusea, perda de apetite sem náusea, obesidade e outras alterações como anemia, hipoalbuminemia, baixo peso e sobrepeso. o projeto obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), sob o número de protocolo CAAE-0015. 0.258.000-09. Os sujeitos da pesquisa foram abordados, sendo esclarecidos quanto à pesquisa, assegurando a confidencialidade dos dados fornecidos, mantendo a privacidade do sujeito e explicando a participação voluntária dos mesmos na pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados-** A maioria dos entrevistados foi: do sexo masculino (67,14%), adultos e idosos com idade entre 41-80 (82,85%) anos, com alguma doença crônica associada, HAS (32,85%) predominante entre elas, e cirurgias gastrointestinais como o tipo de cirurgia mais comum. Após categorização dos dados nos grupos com (71,42%) e sem (28,57%) o diagnóstico de enfermagem RCR, identificou-se anemia na maior parte dos entrevistados de ambos os grupos, a hipoalbuminemia e o baixo peso foram mais presentes no grupo com o diagnóstico. A

**Trabalho 102 - 3/4**

perda de apetite foi um parâmetro pouco observado nos grupos, sendo a presença de náusea um fator com evidência maior nos sujeitos do grupo com DE. A deficiência protéica, especificamente de albumina, foi considerada um fator de risco para desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “RCR”. No grupo com o DE, a hipoalbuminemia foi considerada também como fator de risco para o desenvolvimento de infecção na incisão. A anemia também esteve presente na maior parte dos entrevistados, 65 (92,85%) do total de sujeitos, o que pode ser justificado pela diminuição da concentração de hemoglobina que afeta a pressão tecidual de oxigênio e com isso, desencadeando uma diminuição na quantidade de oxigênio para os fibroblastos e dificuldade na formação de colágeno. A redução da tensão de oxigênio nos tecidos lesados resulta em reparação deficiente e aumenta a susceptibilidade do tecido ao desenvolvimento de lesões. Diante das boas práticas de cuidados nutricionais é importante observar a “aceitação da dieta” e o “jejum para exames ou procedimentos”, por dias consecutivos. Se possível realizar um controle semanal de peso, no mesmo horário e com roupas leves. Atentar para náuseas, vômitos, constipação, diarreia, prescrição de jejum ou dieta líquida por mais de 03 dias, câncer e seus tratamentos e complicações gastrointestinais. **Conclusões-** Através da busca em literatura científica não se identificou um consenso quanto a um instrumento nutricional específico que por si próprio avalia-se o paciente hospitalizado. Por isso, foram avaliados parâmetros nutricionais diferenciados neste estudo, como recomendado utilizar o maior número possível de indicadores nutricionais para reunir informações, avaliando em conjunto dados alimentares, laboratoriais e antropométricos. A anemia esteve presente na maior parte dos pacientes cirúrgicos entrevistados tanto no grupo com o diagnóstico como sem o diagnóstico, evidenciando e confirmando estudos sobre a alta frequência de casos de anemia no ambiente hospitalar. A deficiência protéica, especificamente de albumina, foi considerada no estudo um fator de risco para desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Recuperação Cirúrgica Retardada”, por apresentar forte frequência neste grupo com diagnóstico. O estado nutricional e a sua relação com a evolução do quadro clínico do paciente é um assunto que vem apresentando bastante interesse pela equipe interdisciplinar e vem produzindo cada vez mais estudos. Porém, o enfoque ao cuidado nutricional do cliente cirúrgico, é ainda um assunto que precisa de uma atenção especial, visto que o mesmo passa por períodos de jejum pré e pós-operatórios

**Trabalho 102 - 4/4**

significativos e por um catabolismo acentuado devido ao trauma cirúrgico. Faz-se necessário o preparo de profissionais (equipe interdisciplinar) para lidar com a terapêutica nutricional. Acompanhando os aspectos nutricionais do paciente e intervindo com boas práticas quando necessário durante a internação, possivelmente podemos reduzir o período de internação dos pacientes e os custos hospitalares.

**Referências**

- Dreyer E, Brito S. Terapia Nutricional. Cuidados de Enfermagem- Procedimentos Padronizados Para Pacientes Adultos. GAN/EMTN-HC, dez 2003.
- Hermann AP, Cruz EDA. Enfermagem em nutrição enteral: investigação do conhecimento e da prática assistencial em hospital de ensino. Cogitare Enferm 2008; Out-dez; 13(4):520-5.
- Meeker MH, Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- Mota JF, Venâncio LS, Burini RC. Cirurgia e terapia nutricional oral. Rev Bras Nutr. Clín. 2009; 24(1): 51-7.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS - NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Tradução de Regina Machado Garcez, Porto Alegre: Artmed; 2010.

**Palavras-chave:** Estado nutricional, Diagnóstico de enfermagem, Cuidados pós-operatórios.

**Área temática:** 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

**Trabalho 103 - 1/4****CARDIOVERSÃO ELÉTRICA - ASPECTOS DA ASSISTÊNCIA E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA**

Maria Selma Pacheco Peixoto

Ana Carolina Lici Monteiro

Denise Viana Rodrigues de Oliveira

Andrea Cotait Ayoub

Márcia Viana de Oliveira Klassen

**Introdução** – A cardioversão elétrica é utilizada como terapêutica para a reversão de algumas arritmias. Seu princípio é que, a partir de uma corrente elétrica liberada através de pás manuais acopladas a um desfibrilador/cardioversor/monitor em modo sincronizado, liberará energia imediatamente após a onda R, permitindo a reorganização do ritmo cardíaco assumida pelo nó sinusal ou a outro marcapasso dominante <sup>1</sup>. A cardioversão elétrica é indicada nas taquiarritmias com presença de instabilidade hemodinâmica ou de modo eletivo quando indicada nas situações de arritmia refratária ao tratamento medicamentoso com antiarrítmicos <sup>2</sup>. A taquiarritmia mais frequente submetida a cardioversão elétrica é a fibrilação atrial, que pode apresentar sinais e sintomas de hipotensão, angina e edema agudo de pulmão<sup>1,2</sup>. É um método eficaz e bem tolerado, porém necessita que o paciente esteja em sedação profunda. A implementação de uma assistência de enfermagem sistematizada do atendimento aos pacientes submetidos a essa terapêutica de alta complexidade fornece subsídios na qualidade do cuidado prestado e sua contínua avaliação, bem como diminui os riscos ao paciente e a equipe. Através da Resolução nº 272 do COFEN instituiu-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deva ser aplicada nas Instituições de Saúde Brasileira, pública e privada. No Pronto Socorro da Instituição do estudo que tem como filosofia a integração entre a assistência, ensino e pesquisa, utiliza-se a SAE contemplando todas as etapas desde 1990. A SAE é um dos principais instrumentos que o enfermeiro dispõe para prestar assistência, sendo de real importância que o processo seja documentado e registrado, condizente com a Lei do Exercício Profissional. A realização da SAE é um processo dividido em fases: levantamento de problemas,

**Trabalho 103 - 2/4**

diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e evolução de enfermagem. Sua realização desde que elaborada de acordo com o julgamento clínico e crítico do enfermeiro garante a qualidade da assistência <sup>3</sup>.

**Objetivos** – Elaborar os diagnósticos de enfermagem e propor intervenções de enfermagem aos pacientes submetidos à cardioversão elétrica. **Metodologia**- Trata-se de um estudo descritivo baseado na revisão da literatura e na experiência clínica das autoras. Foram selecionadas como palavras-chave: cardioversão elétrica, arritmia e assistência de enfermagem. As buscas foram realizadas nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Bases de Dados de enfermagem (BDENF), Literatura Internacional Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Além das bases de dados descritas, também, foi realizada uma busca ativa em livros texto nas seguintes bibliotecas: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e Escola Paulista de Medicina (BIREME). O período usado para levantamento foi de cinco anos. Os resumos dos artigos foram lidos e selecionados, segundo a vinculação com o estudo, enquanto os livros foram separados, analisando seu índice remissivo. **Resultados** Baseando-se nas metas perfusão sistêmica adequada, controle de riscos e pele íntegra, os principais diagnósticos e as intervenções de enfermagem propostas foram: 1- **conhecimento deficiente sobre o procedimento**: orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento a fim de esclarecer dúvidas e salientar os resultados esperados, enfatizando mais o sucesso do que os riscos, buscar diminuir a ansiedade relacionada ao medo do desconhecido explicando como é a sala de emergência, a equipe, administração de anestésico, monitorização dos parâmetros vitais e oxigenação; verificar termo de consentimento assinado pelo acompanhante ou paciente e orientar o paciente sobre as medicações de uso contínuo e retorno ao ambulatório de origem no momento da liberação para casa, 2- **risco para débito cardíaco diminuído**: observar a suspensão de digitálicos 24h a 48h antes da realização do procedimento, verificar se potássio sérico encontra-se dentro dos padrões de normalidade (3,5 a 5,0 mEq/l), fazer monitorização eletrocardiográfica adequada através do monitor do cardioversor, instalando os eletrodos de modo que não atrapalhe o posicionamento das pás, verificar e registrar pressão arterial, frequência cardíaca (FC) e ritmo cardíaco no pré, trans e pós procedimento, monitorar pressão arterial não invasiva e comunicar ao enfermeiro se pressão arterial sistólica < 90 mmHg ou > 140

### Trabalho 103 - 3/4

mmHg e pressão arterial diastólica <60 mmHg ou > 90 mmHg, monitorar FC e se <60 bpm ou > 100 bpm, comunicar ao enfermeiro, monitorar infusão de solução medicamentosa, observar e registrar se presença de sinais de baixo débito cardíaco como: sudorese, pele fria e pegajosa, palidez contínua, sonolência, agitação, taquicardia-bradicardia, hipotensão; posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal, 3- **integridade tecidual prejudicada** relacionada com estabelecimento de acesso venoso que deverá ser de boa qualidade puncionando-se veia calibrosa, evitando-se dobras e articulações, 4- **risco para integridade da pele prejudicada**: retirar adornos e próteses da região cervical e torácica, romper a impedância (resistência) do local da cardioversão (tricotomia e limpeza da pele com clorexedine alcóolica), manter o tórax exposto e aplicar gel condutor nas pás do cardioversor, posicionar o paciente em local seguro e rígido e evitar superfícies úmidas e metálicas, limpar o tórax do paciente após o procedimento, 4- **risco para infecção**: observar e registrar presença de hiperemia, calor, dor e edema no local de venopunção, 5- **risco de aspiração**: verificar se o paciente está em jejum a fim de evitar aspiração de conteúdo gástrico, recomenda-se jejum de 6 a 8 horas; retirar prótese dentária e entregá-la ao acompanhante, posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal com a cabeça lateralizada e, 7 - **risco para ventilação espontânea prejudicada**: monitorar saturação de oxigênio, verificar frequência, ritmo e profundidade respiratória, deixar a disposição material para via aérea avançada caso necessário de intubação endotraqueal. <sup>4,5</sup> Após estabelecer os diagnósticos e as intervenções de enfermagem foi proposto um instrumento contendo os diagnósticos e intervenções para nortear, normatizar e proporcionar segurança e qualidade nas ações do enfermeiro e da equipe em suas ações. Cabe ressaltar também a importância do preparo da sala de emergência, deixar o carro de parada cardiorrespiratória próximo ao leito do paciente, materiais e equipamentos testados e prontos para uso imediato **Conclusão**: A atuação do enfermeiro na sala de emergência cardiológica em procedimentos invasivos e de alta complexidade exige profissionais especializados. Portanto, faz-se necessário o enfermeiro sistematizar a assistência, ou seja, definir diagnósticos, metas e intervenções no procedimento de cardioversão elétrica garantindo dessa forma uma assistência individualizada, com qualidade, segura e eficaz.

### Trabalho 103 - 4/4

#### Referências

- 1 Oliveira, A.L. et al. Serviço de Arritmias dos Hospitais Socor e ProntoCoR. Disponível em:< <http://sociedades.cardiol.br/sbc-mg/2008/publicacoes/revistas/volume05/03/aspectos.asp>>, acesso 14 jun 2010.
- 2 Rodrigues, E.D., Catelan, D., Lameira, D.F. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Cardioversão Elétrica Sincronizada. 2009. Disponível em:<[www.pedrokaran.com/artigos-de-enfermagem/cardioversao-eletrica-sincronizada](http://www.pedrokaran.com/artigos-de-enfermagem/cardioversao-eletrica-sincronizada)>.
3. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 272 de 27 de agosto de 2002.
- 4 Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011 / NANDA Internacional; tradução Regina machado Garcez. – Porto Alegre: Artimed, 2010.
- 5 Dochterman, JM, Bulechek, GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC), 4ª ed, Porto Alegre: Artmed, 2008.

Palavras chave: Cardioversão elétrica, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem.

Área temática: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção a Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Trabalho 104 - 1/4****VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO PULMONAR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA ATUAÇÃO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Maria Selma Pacheco Peixoto

Ana Carolina Lici Monteiro

Denise Viana Rodrigues de Oliveira

Andrea Cotait Ayoub

Márcia Viana de Oliveira Klassen

**Introdução** : A idéia da elaboração de um protocolo assistencial para atender pacientes com diagnóstico de enfermagem de volume de líquidos excessivo pulmonar foi inspirada na preocupação de ter um roteiro das atividades de enfermagem para nortear, normatizar e proporcionar segurança e qualidade no desempenho das atividades de enfermagem principalmente em Sala de Emergência de um Pronto Socorro especializado em cardiologia. Um protocolo assistencial pode ser definido como um instrumento que padroniza e normatiza a linguagem técnica na condução das ações do enfermeiro, devendo conter todos os passos da assistência ao paciente como: levantamento de problemas, elaboração dos diagnósticos de enfermagem, metas e intervenções de enfermagem, ou seja, as construções dos protocolos assistenciais são o reflexo da sistematização da assistência de enfermagem, além de conter o fluxograma de atendimento <sup>1</sup>. Os diagnósticos de Enfermagem fazem parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Através da Resolução nº 272 do COFEN instituiu-se que a SAE deva ser aplicada nas Instituições de Saúde Brasileira, pública e privada. No Pronto Socorro da Instituição do estudo que tem como filosofia a integração entre a assistência, ensino e pesquisa, utiliza-se a SAE contemplando todas as etapas, incluindo Diagnósticos de Enfermagem, desde 1990. A SAE é um dos principais instrumentos que o enfermeiro dispõe para prestar assistência, sendo de real importância que o processo seja documentado e registrado, condizente com a Lei do Exercício Profissional. A realização da SAE é um processo dividido em fases: levantamento de problemas, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e evolução de enfermagem. Sua realização desde que elaborada de acordo com o julgamento clínico e crítico do

#### Trabalho 104 - 2/4

enfermeiro aumenta a qualidade da assistência <sup>2</sup>. Para início da construção do protocolo, a partir do problema levantado, foi elencado o Diagnóstico de Enfermagem Volume de Líquido Excessivo Pulmonar que é definido como: retenção aumentada de líquidos isotônicos, sendo caracterizada por crepitação/estertores, terceira bulha cardíaca, dispnéia, ortopnéia, taquipnéia, tosse, congestão pulmonar, inquietação/agitação motora, ansiedade e sensação de morte iminente. Apresenta como fatores relacionados: comprometimento dos mecanismos reguladores secundário a: falência da bomba cardíaca resultante da perfusão tissular ineficaz, insuficiência valvar, insuficiência ventricular esquerda, hipertensão e falência renal <sup>3,4</sup>. **Objetivo:** Elaborar um protocolo de condutas de enfermagem para avaliação e tratamento do volume de líquidos excessivo pulmonar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo baseado na revisão da literatura e na experiência clínica das autoras. As buscas foram realizadas nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), literatura internacional online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram selecionadas as palavras-chave: protocolo assistencial, volume de líquidos excessivo, edema agudo de pulmão e assistência de enfermagem. Além das bases de dados descritas, também, foi realizada uma busca ativa em livros texto nas seguintes bibliotecas: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e Escola Paulista de Medicina (BIREME). O período usado para levantamento foi de 10 anos. Os resumos dos artigos foram lidos e selecionados, segundo a vinculação com o estudo, enquanto os livros foram separados e analisados seus índices remissivos. **Resultados** - Após a análise dos artigos selecionados teve início a construção do protocolo assistencial e de um fluxograma com as condutas de enfermagem norteadas pelas metas: eficácia da bomba cardíaca e equilíbrio hídrico. As intervenções propostas foram: **1- Monitorização e controle da função cardíaca e respiratória** onde as principais atividades foram: posicionamento do paciente sentado ou semi-sentado com as pernas pendentes se possível; monitorização cardíaca, pressão não invasiva e saturação de oxigênio; ausculta de bulhas cardíacas; avaliação de presença de estase jugular; obtenção de acesso venoso periférico; oxigenoterapia de acordo com a prescrição médica; administração de terapia medicamentosa de acordo com a prescrição médica. Os medicamentos mais citados foram: diuréticos que inibem a reabsorção de sódio nos túbulos proximais, distais e alça de Henle, como exemplo,

#### Trabalho 104 - 3/4

furosemida com dose de 40 mg EV; opiáceos pelo efeito vasodilatador, que diminui o retorno venoso e melhora o trabalho cardíaco reduzindo a ansiedade e a taquipnéia, por exemplo, sulfato de morfina na dose de 2 a 5mg/EV; vasodilatadores por diminuir o trabalho ventricular esquerdo, a resistência vasoperiférica e o consumo de oxigênio pelo miocárdio, tais como nitrato na dose de 5 mg SL e nitroglicerina na dose de 0,4 a 0,5 ug/ kg/min; Suporte inotrópico, uso de dopamina na dose de 5 a 10 ug/kg/min para a pressão arterial maior que 100 mmHg; suporte ventilatório não invasivo de acordo com solicitação médica (Pressão positiva contínua) com a monitorização e verificação da frequência respiratória, ritmo respiratório, profundidade e esforço das respirações; anotar movimentos do tórax, observando simetria; monitorizar padrão respiratório, palpar expansibilidade pulmonar, monitorar saturação de oxigênio, auscultar sons pulmonares, observando áreas de ventilação diminuída e presença de ruídos adventícios: crepitações deve-se observar presença de dispnéia, dispnéia paroxística noturna, ortopnéia. **2- Controle de líquidos:** avaliar estado de hidratação através da avaliação das mucosas, do turgor da pele e eliminação, medir débito urinário, restringir e distribuir ingestá hídrica nas 24 horas (característica individual e nível de hidratação) e fazer o balanço hídrico, Verificar peso em jejum, medir circunferência abdominal, medir circunferência maleolar direita e esquerda, avaliar resultados laboratoriais (Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio e Hematócrito), avaliar raio-X de tórax; **3- promover a adesão extra-hospitalar:** elaborar plano de alta contendo orientações acerca da dieta, restrição hídrica, terapia medicamentosa, estresse e mudanças no estilo de vida <sup>4,5</sup>. O fluxograma descreve o atendimento do paciente desde sua chegada, até sua alta. O primeiro atendimento inicia-se na classificação de risco, onde o enfermeiro realiza a avaliação clínica, elabora o diagnóstico em discussão e encaminha o paciente para o atendimento na sala de emergência. Após estabilizar hemodinamicamente o paciente deve ser encaminhado para sala de observação no pronto socorro, setor de unidade de terapia intensiva - UTI ou enfermária de acordo com o nível de complexidade assistencial ou gravidade, ou ainda pode receber alta hospitalar. Em caso de instabilidade hemodinâmica, o paciente permanece na sala de emergência. **Conclusão:** Acredita-se que o protocolo assistencial norteado por um fluxograma de atendimento permite que o enfermeiro e sua equipe de enfermagem desempenhem suas atividades com segurança, destreza e qualidade no atendimento dos pacientes com o diagnóstico de

**Trabalho 104 - 4/4**

enfermagem volume de líquidos excessivo pulmonar em situação de emergência em unidade de Pronto Socorro.

**Referências:**

1 Salviano MEM, Silva M.F.S. Diretrizes sobre a criação, a implantação, a implementação e avaliação dos protocolos da enfermagem do HC-UFMG. 2001. Bibliomed. Disponível em:

<http://boasaude.uol.com.br/realce/showdoc.cfm?libdocid=1224&ReturnCatID=1804>>, (14 jun 2010)

2. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 272 de 27 de agosto de 2002.

3. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/ NANDA Internacional. Trad. de Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

4 Guimarães HCQC, Boery RNS, Barros ALBL. Definições operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem: volume de líquidos excessivo. Acta Paul Enferm. 2005; 18 (2): 197-2002.

5 Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC), 4ª ed, Porto Alegre: Artmed, 2008.

**Palavras-chave:** protocolo, assistência de enfermagem e volume de líquidos excessivo.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção a Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Trabalho 105 - 1/5**

**PROTEÇÃO INEFICAZ RELACIONADA COM HEPARINIZAÇÃO ENDOVENOSA: CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ENFERMAGEM**

Ana Carolina Lici Monteiro

Maria Selma Pacheco Peixoto

Denise Viana Rodrigues de Oliveira

Andrea Cotait Ayoub

Márcia Viana de Oliveira Klassen

**Introdução:** A heparina não fracionada endovenosa é um anticoagulante que tem início de ação imediato, porém, de curta duração. É indicada em baixas doses na prevenção de trombose venosa profunda, síndrome coronariana aguda, tromboembolismo pulmonar, entre outras doenças vasculares<sup>1,2</sup>. Seu uso é contra-indicado em casos de sangramentos, plaquetopenia grave, coagulopatias, idade avançada, hipertensão arterial refratária ao tratamento e endocardite bacteriana. Em altas doses é indicada para fins terapêuticos quando se pretende prevenir a ocorrência de um segundo episódio tromboembólico em pacientes com trombose venosa profunda, embolia pulmonar, cateterismos ou angioplastias, hemodiálise e cirurgia cardiovascular com circulação extracorpórea<sup>2</sup>. A principal complicação do uso da heparina endovenosa é o risco de sangramento quando o paciente não atinge o valor do TTPA desejado. O TTPA – tempo de tromboplastina parcial ativada é um teste que avalia o tempo necessário para formação de um coágulo de fibrina em uma amostra de plasma. De acordo com a indicação do uso da heparina endovenosa há um valor de TTPA que se denomina faixa ideal que se deseja atingir. Este valor varia de acordo com a patologia<sup>3</sup>. Diante da problemática levantada, para o risco de sangramento, a partir do paciente em uso da heparina endovenosa, o enfermeiro elabora o diagnóstico de enfermagem Proteção Ineficaz. Os diagnósticos de Enfermagem fazem parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Através da Resolução nº 272 do COFEN instituiu-se que a SAE deva ser aplicada nas Instituições de Saúde Brasileira, pública e privada. No pronto socorro da instituição do estudo que tem como filosofia a integração entre a assistência, ensino e pesquisa, Enfermeira, especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Rua Humberto I, 173, ap 13, Vila Mariana, São Paulo – SP, CEP: 04018030, [anacarolina.licimonteiro@gmail.com](mailto:anacarolina.licimonteiro@gmail.com)

**Trabalho 105 - 2/5**

utiliza-se a SAE contemplando todas as etapas desde 1990. A SAE é um dos principais instrumentos que o enfermeiro dispõe para prestar assistência, sendo de real importância que o processo seja documentado e registrado, condizente com a Lei do Exercício Profissional. A realização da SAE é um processo dividido em fases: levantamento de problemas, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e evolução de enfermagem. Sua realização desde que elaborada de acordo com o julgamento clínico e crítico do enfermeiro aumenta a qualidade da assistência<sup>3</sup>. Neste artigo, o problema levantado, é o uso da heparina não fracionada endovenosa, a partir do qual é elaborado o diagnóstico Proteção Ineficaz que é definido segundo a Taxonomia II de Diagnósticos da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), como a diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões. Apresenta como características definidoras: agitação, alteração da coagulação, alteração neurosensorial, anorexia, calafrios, deficiência na imunidade, desorientação, dispnéia, fadiga, fraqueza, imobilidade, insônia, perspiração, prejuízo na cicatrização, prurido, resposta mal-adaptada ao estresse, tosse e úlcera de pressão. Apresenta como fatores relacionados: abuso de álcool, câncer, distúrbios imunológicos, extremos de idade, nutrição inadequada, perfis sanguíneos anormais, terapias com medicamentos (antineoplásicos, corticosteróides, imunossupressores, anticoagulantes, trombolíticos) e tratamentos (cirurgia, radioterapia)<sup>4</sup>. A característica definidora evidenciada neste artigo é a alteração da coagulação e o fator relacionado terapia com medicamento: anticoagulante (heparina não fracionada endovenosa). **Objetivo:** Elaborar protocolo assistencial de enfermagem no uso da Heparina não fracionada endovenosa. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo, baseado no levantamento de literatura e experiência prática das autoras. Inicialmente foi feita busca em literatura através da base de dados Bireme, utilizando as palavras heparina e enfermagem e foram encontrados 179 artigos, dos quais 37 foram selecionados de acordo com a relevância para o estudo. Após a análise dos artigos selecionados teve início a construção do protocolo e do fluxograma do uso da heparina não fracionada endovenosa. **Resultados:** Intervenções de enfermagem são definidas como o tratamento, baseado no julgamento clínico e conhecimento, realizado por uma enfermeira para aumentar resultados obtidos pelo paciente/cliente<sup>5</sup>. Para o diagnóstico de enfermagem proteção ineficaz relacionada Enfermeira, especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Rua Humberto I, 173, ap 13, Vila Mariana, São Paulo – SP, CEP: 04018030, [anacarolina.licimonteiro@gmail.com](mailto:anacarolina.licimonteiro@gmail.com)

**Trabalho 105 - 3/5**

com o uso de heparina endovenosa a meta proposta é: garantir assistência segura, no preparo, na administração, manutenção da heparina endovenosa e a prevenção de sangramentos. O protocolo assistencial de enfermagem é constituído das seguintes intervenções: 1 Administração de medicamentos: por via endovenosa (EV) que deve levar em consideração a intervenção de preparo e a administração de medicamentos através de via endovenosa. As atividades envolvidas são: preparo da medicação, observar a data de validade dos medicamentos e das soluções, preparar a solução padrão, preencher o rótulo com o nome do paciente, solução, gotejamento, data, hora, rubrica e carimbo e colá-lo ao frasco da solução, reunir os materiais adequados para administração da medicação, administração da solução de heparina, verificar a posição e a permeabilidade do cateter endovenoso dentro da veia, colocar a solução em bomba de infusão e administrar na velocidade apropriada de acordo com o protocolo institucional, Monitorar o sistema endovenoso, a velocidade do fluxo e a solução, a intervalos regulares, conforme o protocolo institucional, monitorar sinais de infiltração e flebite no local da infusão, registrar a administração da solução e a resposta do paciente no impresso de anotação de enfermagem, registrar no impresso de protocolo de heparina o início ou evolução da rotina; os valores de TTPA (prévio e atual) e o horário do próximo controle de TTPA, 2 Precauções contra sangramento: definida pela NIC como redução de estímulos que possam causar sangramento ou hemorragia em pacientes de risco. Tem como atividades: monitorar os exames de coagulação (tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) e índice de normatização internacional (INR). Ajustar a infusão da solução de acordo com o resultado do TTPA estabelecido no protocolo de heparina). O gotejamento da heparina conforme prescrição médica e protocolo da instituição inicia-se a 20ml/h precedido de um bolus de heparina não fracionada endovenosa cuja dosagem é calculada segundo o peso do paciente tendo como dosagem máxima 25 mil UI e monitorar o paciente buscando sinais e sintomas de sangramento através de exame físico dirigido<sup>5</sup>. Através do desenvolvimento da sistematização foi elaborado um fluxograma de atendimento para instrumentalizar a equipe de enfermagem em suas ações diárias e reformulado o impresso de protocolo de heparina. **Conclusão:** o desenvolvimento de protocolos de enfermagem auxilia a determinar e a padronizar as ações de enfermagem em um objetivo comum. Neste caso, a elaboração do protocolo da

Enfermeira, especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Rua Humberto I, 173, ap 13, Vila Mariana, São Paulo – SP, CEP: 04018030, [anacarolina.licimonteiro@gmail.com](mailto:anacarolina.licimonteiro@gmail.com)

**Trabalho 105 - 4/5**

heparina endovenosa assegura a administração correta da heparina, bem como o controle do seu gotejamento para que seja atingida a faixa ideal do TTPA, minimizando ocorrências como sangramentos. O diagnóstico de enfermagem Proteção ineficaz aplica-se a todos os pacientes sob esta terapêutica com a característica definidora alteração da coagulação e fator relacionado: anticoagulante (heparina não fracionada endovenosa).

**Referências**

1 Timerman, A Heparinas de Baixo Peso Molecular (HBPM) nas Síndromes Coronárias Agudas (SCA). Federación Argentina de Cardiología. 2º Congresso virtual em Saúde. Disponível em: < <http://www.fac.org.ar/scvc/llave/epi/timerma/timermap.html>>, acesso 01 jun 2010.

2 Wannmacher, L. Heparinas de Baixo-Peso Molecular: evidências que fundamentam indicações. vol 4, nº 2, Brasília, jan 2002. Disponível em:[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v4n2\\_heparinas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v4n2_heparinas.pdf), acesso 01 jun 2010.

3 Conselho federal de enfermagem (COFEN). Resolução 272 de 27 de agosto de 2002.

4 Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011 / NANDA Internacional; tradução Regina machado Garcez. – Porto Alegre: Artimed, 2010.

5 Dochterman, JM, Bulechek, GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC), 4ª ed, Porto Alegre: Artmed, 2008.

Palavras chave: heparina, proteção ineficaz, protocolo de enfermagem

Área temática: Sistematização de assistência de enfermagem na atenção a saúde ao indivíduo em diferentes fases da vida.



Trabalho 105 - 5/5

Enfermeira, especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Rua Humberto I, 173, ap 13, Vila Mariana, São Paulo – SP, CEP: 04018030, [anacarolina.licimonteiro@gmail.com](mailto:anacarolina.licimonteiro@gmail.com)

**Trabalho 106 - 1/4**

PREVALÊNCIA DE CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO E ASSOCIAÇÃO COM O ÍNDICE CARDÍACO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CANDIDATOS A TRANSPLANTE CARDÍACO

Ligia Neres Matos<sup>1</sup>

Marcos Antônio Gomes Brandão<sup>2</sup>

Tereza Cristina Fellipe Guimaraes<sup>3</sup>

**INTRODUÇÃO:** A Insuficiência Cardíaca (IC) como uma síndrome clínica é caracterizada pela presença de disfunção cardíaca levando a suprimento inadequado de sangue para atender as necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo com elevadas pressões de enchimento. Mediante tal repercussão sistêmica, alterações hemodinâmicas são comuns entre os pacientes portadores de IC como, por exemplo, resposta inadequada do débito cardíaco (DC) e elevações das pressões pulmonar e venosa sistêmica. A IC é considerada um dos problemas epidêmicos em progressão no Brasil. Segundo dados do divulgados pelo Sistema Único de Saúde – Ministério da Saúde, em 2007 a IC foi responsável por 2,6% das hospitalizações e por 6% dos óbitos na população brasileira. (Diretriz de IC- 2009). A despeito dos avanços no tratamento clínico da IC, para aqueles pacientes refratários a otimização do tratamento farmacológico ou não, o transplante cardíaco como modalidade de tratamento cirúrgico pode oferecer benefícios como melhor qualidade de vida e sobrevida a longo e médio prazo. O atendimento intra-hospitalar a esses pacientes

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Enfermeira do Instituto Nacional de Cardiologia- Serviço de Transplante Cardíaco. Especialista em Terapia Intensiva. E-mail: ligianeresmatos@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da EEAN – UFRJ. Líder de Pesquisa do TECCONSAE. Endereço: DEF/EEAN - R.Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova – Centro – Rio de Janeiro. 20211-110. E-mail: marcosbrandao@pq.cnpq.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Enfermeira do Instituto Nacional de Cardiologia- Serviço de Transplante Cardíaco. Doutoranda pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. E-mail: terezafellipe@gmail.com

**Trabalho 106 - 2/4**

tem requerido cada vez mais dos profissionais de saúde utilização de medidas, invasivas ou não, que sejam resolutivas para o tratamento clínico desses pacientes. Neste contexto, se apresenta ao enfermeiro a necessidade de dispor de instrumental padronizado e acurado para o direcionamento das intervenções de enfermagem na prática. Dentre os diagnósticos de enfermagem propostos pela North American Nursing Diagnosis Association- I (NANDA, 2008) encontra-se o de Débito Cardíaco Diminuído. Este diagnóstico é definido como quantidade insuficiente de sangue do coração para atender às demandas metabólicas corporais. No escopo da precisão de um diagnóstico de enfermagem repousa a questão central que se segue: em que medida existe associação entre as características definidoras apresentadas pelo sistema de classificação diagnóstica com os achados clínicos? No caso do débito cardíaco diminuído a mensuração invasiva pode confirmar a acurácia do fenômeno. Neste estudo, pretende-se investigar a prevalência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Débito Cardíaco Diminuído entre os pacientes com Insuficiência Cardíaca em avaliação para transplante cardíaco, correlacionando-as a mensuração do débito cardíaco.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo. A amostra foi composta por pacientes com IC em avaliação para o transplante cardíaco no Instituto Nacional de Cardiologia entre os anos de 2004 a 2009. Foram incluídos no estudo pacientes adultos submetidos ao cateterismo cardíaco direito com a utilização de cateter de artéria pulmonar – Swan Ganz, direcionado por fluxo e com mensuração de débito cardíaco contínuo pelo Monitor Vigilance. Além da monitorização cardíaca invasiva, foi utilizada monitorização não invasiva de pressão arterial para obtenção de pressão sistólica, diastólica e média e oximetria de pulso, a cada 10 minutos. O procedimento foi realizado na Unidade de Terapia Cardio-intensiva Cirúrgica e por um profissional médico e enfermeiro. A coleta de dados foi realizada a partir de dados colhidos dos prontuários e laudo do cateterismo cardíaco direito, para tal, utilizou-se um instrumento próprio desenvolvido pelos autores. Além dos parâmetros específicos do cateterismo cardíaco direito, valores do débito cardíaco, índice cardíaco, resistência vascular pulmonar e sistêmica, pressão venosa central e pressão de capilar pulmonar são registrados no laudo e foram utilizados para o desenvolvimento desse estudo como características definidoras. Outras características definidoras utilizadas foram: bradicardia, taquicardia, dispnéia, fração de ejeção diminuída, sons B3 e sons B4, por se

**Trabalho 106 - 3/4**

tratarem de elementos presentes na avaliação prévia do paciente ao procedimento. O critério de mensuração que foi definidor do débito cardíaco diminuído foi o índice cardíaco menor do que 2,5 l/min/m<sup>2</sup>. Utilizou-se o programa SPSS (Versão 13.0) para entrada e análise dos dados. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição mediante parecer 0246/10.07.09. **RESULTADOS:** A amostra foi composta por 38 pacientes adultos, em avaliação para o transplante cardíaco, que realizaram o cateterismo cardíaco direito entre os anos de 2004 a 2009, no Instituto Nacional de Cardiologia/MS-RJ. O procedimento foi realizado na Unidade de Terapia Cirúrgica Cardíaca, através de punção da veia jugular interna direita (92, 1%), sendo 71% dos pacientes do sexo masculino, de cor branca (60, 5%), com média de idade de 47 anos. Dentre as doenças de base mais prevalentes na população estudada, destacam-se: cardiomiopatia dilatada idiopática (31,6%), isquêmica (28,9%) e Chagásica (18,4%). Na tabela 1, podem-se observar as comorbidades mais prevalentes, com destaque para a alta prevalência das doenças crônicas na amostra estudada. Com relação às medicações mais utilizadas pelos pacientes, conforme descritas na tabela 1, ressaltamos para a importância da terapia otimizada para os pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva, como é o caso na nossa amostra. Mediante a intensidade dos sintomas a IC crônica é categorizada em quatro classes diferentes, como propõe a New York Heart Association (NYHA). Por se tratar de uma medida subjetiva, já que tem como base para sua graduação as atividades cotidianas, variáveis entre os indivíduos, e presença de sintomas, a classe funcional possui relação estrita a qualidade de vida (Nível de evidência B; Recomendação- Classe I). No nosso estudo foram mais prevalentes as classes funcionais III – Sintomas desencadeados em atividades menos intensas que cotidianas ou pequenos esforços- 78, 9% e IV – sintomas em repouso – 21, 1%. A função e viabilidade dos tecidos dependem do adequado fornecimento de oxigênio e outros nutrientes aos tecidos. Este suprimento é primariamente determinado pelo débito cardíaco (DC), ou seja, a quantidade de sangue bombeada pelo coração para a aorta a cada minuto, e é expresso em litros por minuto e pela seguinte equação: Débito cardíaco = volume sistólico x frequência cardíaca. O débito cardíaco aumenta de forma proporcional a área de superfície corporal dos indivíduos, havendo, entretanto, a necessidade da correção dessa medida pela superfície corporal o que permite ser comparado entre indivíduos diferentes. O índice cardíaco (IC), expresso pelo débito

**Trabalho 106 - 4/4**

cardíaco por metro quadrado da área de superfície corporal (Débito cardíaco dividido pela superfície corpórea) é considerado o indicador mais importante da função do sistema cardiovascular. No grupo estudado 71% indivíduos apresentavam Índice cardíaco (IC) diminuído e 29% apresentavam valores normais de débito. No que concerne às características definidoras nos indivíduos com IC diminuído, a primeira linha de análise foi verificar a sua ocorrência nos casos de DC reduzido. A taquicardia foi um achado que ocorreu em 03 casos nos 38 clientes pesquisados, e sempre que ocorreu foi verificada nos indivíduos que tinham um IC  $< 2,5$  l/min/m<sup>2</sup>. No grupo das características definidoras de pós-carga a resistência vascular pulmonar aumentada ocorreu em 12 clientes, todos esses com IC reduzido. Na categoria de contratilidade alterada as variáveis de Fração de ejeção diminuída e 3ª bulha tiveram uma distribuição de 80% nos clientes com IC reduzido e 20% nos demais casos. **CONCLUSÃO:** De modo global a amostra reduzida não permitiu afirmar com ampla significância estatística a associação entre as características definidoras do diagnóstico de débito cardíaco diminuído e a confirmação do fenômeno pela mensuração do índice cardíaco. Entretanto, uma tendência foi verificada para algumas características definidoras. Conclui-se acerca da validade do método de investigação e se propõe a investigação em outro contexto com amostra de maior amplitude.

**Referências:**

NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA - Definições e Classificação - 2007 - 2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Trabalho 107 - 1/3

## ESTUDO ANALÍTICO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO EM ADULTOS E IDOSOS

BITENCOURT, Grazielle Ribeiro<sup>1</sup>

SANTANA, Rosimere Ferreira<sup>2</sup>

SILVA, Carlos Magno Carvalho da<sup>3</sup>

Os idosos são responsáveis pelo gasto de um terço dos recursos voltados à saúde, devido à carência em cuidados médicos e internações hospitalares, bem como com os medicamentos disponíveis, se comparados com o adulto<sup>1</sup>. Neste contexto, os procedimentos cirúrgicos voltados à clientela em questão, representam relevância, devido ao quadro de morbimortalidade evidente, de modo que apresentam especificidades quando comparados aos adultos nesta mesma condição. Assim, é proposto o objeto de estudo: o idoso submetido a procedimentos cirúrgicos e suas especificidades no cuidado. A sistematização perioperatória deve ser individualizada, planejada e contínua, a fim de facilitar a prestação da assistência, desde o planejamento e implementação no período trans-operatório, abrangendo a avaliação pré e pós-operatória de enfermagem. Deste modo, o período pós-operatório tem como foco o restabelecimento do equilíbrio fisiológico do paciente, alívio da dor, prevenção de complicações e educação para autocuidado<sup>2</sup>. Inserido neste, o processo de cuidar em enfermagem consiste no instrumento que facilita a identificação, compreensão e descrição dos problemas de saúde ou aos processos vitais, do mesmo modo na determinação de fatores inerentes à intervenção profissional de enfermagem. Para tanto, traçamos os objetivos: identificar os diagnósticos de enfermagem encontrados no adulto e no idoso em condições cirúrgicas no período pós-operatório; comparar os diagnósticos de enfermagem encontrados nos adultos e nos idosos hospitalizados no pós-operatório.; analisar os diagnósticos de enfermagem encontrados especificamente nos idosos em pós-operatório No âmbito do estado da arte, encontramos poucos estudos; somente 6

<sup>1</sup> Enfermeira. Professora substituta Depto. Enfermagem Médico Cirúrgica (MEM). Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC). Universidade Federal Fluminense (UFF). [gra\\_uff@yahoo.com.br](mailto:gra_uff@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Assistente MEM/ EEAAC/ UFF. Professora do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (MACCS) [rosifesa@yahoo.com.br](mailto:rosifesa@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Relator. Enfermeiro. Mestrando em Ciências do Cuidado em Saúde (MACCS) pela EEAAC/ UFF. Rua Dr. Celestino 210/ 503, Centro – Niterói (RJ). CEP: 24020-091 [mcarvalho27@yahoo.com.br](mailto:mcarvalho27@yahoo.com.br)

**Trabalho 107 - 2/3**

(seis) associavam os descritores idoso, enfermagem e cirurgia, ao consultarmos base de dados BIREME, evidenciando uma lacuna no conhecimento, que indica a necessidade para realização de trabalhos científicos que abordem a temática em questão. Neste intuito, consideramos que o estudo contribuirá para a prática, ensino e pesquisa das condições do idoso em condição cirúrgica e a sua necessidade de cuidados diversificados de enfermagem, uma vez que se trata de pacientes em situações específicas e que carecem de uma assistência integral. Para isto, utilizou-se da abordagem quantitativa do tipo descritiva exploratória. Fizeram parte da amostra 40 clientes internados no 6º e 7º andares, respectivamente, clínica cirúrgica especializada masculina e feminina, tendo como local de estudo o Hospital Universitário Antônio Pedro, os critérios de seleção utilizados foram: a idade, 20 (10 mulheres e 10 homens) tinham entre 20 e 45 anos, e 20 (10 mulheres e 10 homens) acima de 65 anos, a fim de analisar as diferenças nos diagnósticos de enfermagem na fase do período pós-operatório em questão. Optamos como instrumento de coleta de dados o Protocolo validado por Carpenito<sup>3</sup>. A aplicação deste instrumento se deu por meio de observação, exame físico, busca em prontuários, consulta aos membros da equipe de enfermagem e entrevista semi-estruturada, com uma ordem de questões para todos os entrevistados. A coleta foi realizada nos meses de fevereiro, março e abril de 2008, posterior a assinatura de um termo de consentimento pelos sujeitos da pesquisa, de modo que estão cientes da mesma e de sua utilização neste trabalho, e inclusive conta com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição sob o número 089.0.258.000-07. A análise dos dados é apresentada sob forma de estatística simples e descritiva, sendo identificados os problemas e formulados os diagnósticos de enfermagem<sup>4</sup>. Resultados: 20 idosos foram analisados com os seguintes diagnósticos encontrados: 12 com risco de infecção (60%); 7 com mobilidade no leito prejudicada (35%); volume de líquidos deficiente em 6 (30%); nutrição desequilibrada: menor que as necessidades em 11 (55%); integridade da pele prejudicada em 3 (15%); 13 com dor aguda (65%); risco de quedas em 2 (10%); nutrição desequilibrada; processos familiares disfuncionais; enfrentamento familiar incapacitado; controle ineficaz do regime terapêutico em 3 (15%); 3 com dentição prejudicada (15%); mucosa oral prejudicada em 2 (10%); ansiedade em 2 (10%); risco de Constipação em 2 (10%); recuperação cirúrgica retardada; enfrentamento familiar comprometido. Dos 20 adultos analisados, foram encontrados: nutrição desequilibrada:

**Trabalho 107 - 3/3**

menor que as necessidades em 11 (55%); mobilidade física prejudicada em 5 (25%); desobstrução ineficaz de vias aéreas em 2 (10%); integridade da pele prejudicada em 7 (35%); risco para infecção em 10 (50%); insônia em 7 (35%), constipação em 10 (50%). Considerações finais: foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem obedecendo a NANDA (North American Nursing Diagnosis Association podia ser em nota de rodapé), contudo, as etapas de planejamento, implementação e avaliação, não foram consideradas nesse estudo. Entretanto, entende-se que a fase diagnóstica proporciona ordenamento e direcionamento ao trabalho de enfermagem que, embora a inter-relação com os demais componentes, seu uso favorece a estrutura a qual será baseada a assistência a fim de satisfazer as necessidades do cliente, da família e da comunidade. Com isto, concluiu-se que com a mudança no quadro epidemiológico com o crescente número de idosos trouxe o aumento dos procedimentos cirúrgicos nesta clientela. Com isto, faz-se necessária assistência diversificada ao idoso comparada ao adulto, com a sua ponderância nos aspectos gerontológicos. Para isto, a sistematização da assistência com o ponto de partida nos diagnósticos torna-se participativa no período pós-cirúrgico com a finalidade de proporcionar a avaliação e intervenções imediatas e pormenorizadas ao restabelecimento precoce do paciente.

**Descritores:** Idoso; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem Perioperatória.

**Referências**

1. Freitas EV et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002.
2. Smeltzer SC; Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
3. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 8 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
4. Alfaro-Lefèvre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado elaborativo. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Trabalho 108 - 1/5

**PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO A LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO DE RESIDENTES**

Rosaura Costa Bordinhão<sup>1</sup>

Miriam Almeida Abreu<sup>2</sup>

Cíntia Rosa de Vargas<sup>3</sup>

Rosane Costa Bordinhão<sup>4</sup>

**Introdução:** O Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta e organiza o cuidado de enfermagem, proporciona o registro das atividades e coloca em evidência a assistência realizada, capaz de atestar e conferir a necessária cientificidade do fazer profissional e direciona a atenção profissional para uma maior autonomia e visibilidade de suas ações, obtendo o reconhecimento da categoria, devendo ser realizado de modo deliberado e sistemático em instituições públicas ou privadas onde oferece o cuidado profissional de Enfermagem<sup>(1)</sup>. Entre as cinco etapas, destaca-se o histórico de enfermagem, considerado o alicerce para a realização das demais etapas. A existência de um instrumento de coleta de dados adequado e preciso para cada realidade, favorecerá a prática assistencial, além de proporcionar informações valiosas para a pesquisa e para o ensino da anamnese e do exame físico de pacientes críticos. O propósito científico em investir na primeira etapa, parte-se da premissa de que para elaborar os Diagnósticos de Enfermagem (DE) de forma correta, é necessário o auxílio de um instrumento específico que dê subsídios suficientes para coletar as informações mais completas possíveis sobre o estado de saúde do paciente. Se a investigação for insuficiente e inconclusiva, provavelmente os DE não serão precisos e, conseqüentemente, as intervenções estabelecidas não abrangerão as reais necessidades do paciente. A finalidade de se coletar dados é identificar os problemas reais e potenciais para prevenir e tratar as complicações de forma precoce e também fornecer subsídios para elaborar os planos de cuidados de enfermagem. Desse modo, quanto mais específico for esse instrumento melhor será a assistência para o indivíduo de uma determinada unidade<sup>(2)</sup>. **Objetivos:** Construir um instrumento de coleta de dados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público, com base no modelo de Wanda Horta fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas(NHB) de Maslow<sup>(3)</sup>. De forma complementar, elaborou-se um manual de orientações para o preenchimento do novo instrumento de anamnese e exame físico. Como referência, partiu-se do instrumento elaborado pelo Grupo de Estudo dos Diagnósticos e Prescrição

**Trabalho 108 - 2/5**

de Enfermagem Informatizada do HNSC, verificando se o mesmo possibilitava uma versão baseada nas NHB. **Metodologia:** Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), o qual faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e se localiza em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, estando diretamente vinculado ao Ministério da Saúde, integrando a rede de saúde local e regional. É considerada uma UTI de nível 3 (maior complexidade), pois disponibiliza monitores Hewlett-Packard em cada leito, possibilitando a monitorização invasiva à beira do leito; ventiladores mecânicos; bombas de infusões; gerador de marca-passo; desfibrilador cardíaco; máquinas de hemodiálise veno-venosa contínua e outras particularidades. A construção ocorreu de forma coletiva, por meio da técnica de grupo focal<sup>(4)</sup>, composto por quatro enfermeiras da UTI em estudo e quatro residentes de enfermagem do segundo ano do programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) na ênfase em Terapia Intensiva. As participantes foram todas do sexo feminino, um grupo relativamente jovem e homogêneo com conhecimento em Terapia Intensiva e no Processo de Enfermagem, especialmente na primeira etapa, motivo relevante que contribuiu nessa construção. As atividades no grupo focal ocorreram em sete sessões, às falas foram transcritas e analisadas conforme a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977)<sup>(5)</sup>. A coleta das informações iniciou somente após a aprovação do projeto pela Comissão de Ética e Pesquisa, assim como, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas oito enfermeiras que concordaram em participar do estudo. Garantiu-se a preservação do anonimato das informações obtidas pelos integrantes durante a realização do Grupo Focal, assim como durante a análise desses dados. **Resultados:** O instrumento de Anamnese e exame, ficou estruturado em sete categorias: Identificação; História pregressa, História da doença atual, Avaliação geral, Avaliação das Necessidades Psicobiológicas, Avaliação das Necessidades Psicossociais e Avaliação das Necessidades Psicoespirituais. A NHB psicobiológica está constituída por 11 subcategorias: Regulação Neurológica, Oxigenação, Percepção dos Órgãos dos Sentidos, Regulação Cardiovascular, Alimentação e Eliminação Intestinal, Hidratação e Eliminação Urinária, Integridade Física, Segurança Física, Sono e Repouso, Cuidado Corporal, Sexualidade. Cada necessidade está composta por itens pertinentes a avaliação do paciente crítico. Todos os acréscimos, exclusões, substituições e/ou

**Trabalho 108 - 3/5**

manutenções de itens foram exaustivamente discutidos, originando assim, um novo instrumento organizado e estruturado de acordo com as NHB. Após a testagem do instrumento, na UTI em estudo, as participantes sugeriram ampliar os espaços destinados ao registro das observações, também foi apontada a importância de reduzir as margens do instrumento, possibilitando que o mesmo ficasse estruturado em um menor número de folhas em relação à versão anterior. Os ajustes foram realizados conforme a avaliação e decisão do grupo. Essa nova versão possibilita ao enfermeiro abordar outras dimensões da existencialidade do ser humano, não só aquelas relacionadas a fatores físicos, mentais e sociais, como também, a religião, a religiosidade e a espiritualidade do paciente crítico e de seu familiar, de modo que faça parte do cuidado assistencial conhecer além da religião, as crenças e os valores, bagagens de uma vida toda. A busca da religião e da espiritualidade, no ambiente da Terapia Intensiva, são fontes de energia para o enfrentamento da doença, proporcionando conforto, encorajamento e esperança. Ao término dessa construção coletiva, a pesquisadora elaborou um manual de orientações para o preenchimento, mantendo a mesma sequência da composição dos itens do instrumento, otimizando as ligações entre eles. Foi organizado para ser utilizado de guia para consulta rápida, pois contém informações que auxiliam a avaliação dos sinais e sintomas dos pacientes adultos. Levando-se em consideração que a UTI do hospital em estudo é de ensino superior, a pesquisadora foi mais além, acrescentou dados de semiologia do adulto que visam auxiliar na avaliação dos sinais e sintomas do paciente e contribuir para o raciocínio clínico e posterior elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Este manual passou pela apreciação e avaliação das participantes do estudo, concluindo que os itens estão apresentados de forma organizados, o conteúdo é de fácil compreensão e de excelente utilidade e as figuras são elucidativas, contribuindo com o entendimento do exame físico. No entanto, torna-se importante para o avaliador, pois evita interpretações distintas dos itens e sistematiza o trabalho do enfermeiro. **Conclusão:** Acredito que o histórico de enfermagem, baseado nas NHB, permitirá maior aproximação, melhor comunicação e relacionamento interpessoal entre enfermeiros, pacientes e familiares, e uma assistência individualizada focada nas necessidades prioritárias com acompanhamento dos resultados esperados. Essa fase estando bem estruturada fornecerá sustentação para as demais etapas, facilitando aos enfermeiros e residentes o ensino da

**Trabalho 108 - 4/5**

anamnese e exame físico, assim como, o desenvolvimento do pensamento crítico na elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem, proporcionando intervenções de enfermagem de forma adequada e específica para determinado problema. Todas as etapas realizadas e registradas poderão ser utilizadas para subsidiar futuras pesquisas, principalmente na RIS, que tem a pesquisa como um quesito para conclusão de curso. A utilização do PE na formação em serviço dos residentes pode ser uma estratégia metodológica que possibilita o desenvolvimento de um pensar problematizador, com a construção de novos conhecimentos a partir da realidade vivenciada. Essa atividade consiste em uma oportunidade de romper com o modelo biologicista, pois o âmago da enfermagem é o cuidado ao ser humano. Sua aplicação nas instituições de ensino pode favorecer a formação de profissionais cientes das suas responsabilidades assistenciais e educacionais, fornecendo-lhes subsídios para atuarem como multiplicadores de melhores práticas de cuidado em saúde e enfermagem, em consonância com pressupostos do Sistema Único de Saúde.

Palavras Chaves: Processos de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva.

Área Temática: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

**Referências**

- 1 Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>
- 2 Corrêa LCL, Beccaria LM, Amorim RC, Pacheco SS, Vacandio S, Fecho PBI. Coleta de dados de enfermagem em unidade coronária: validação de instrumento. Revista Arquivos de Ciências da Saúde. 15(2):65-9. abr/jun, 2008.
- 3 Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
- 4 Bardin Análise L. de Conteúdo. Lisboa: edição 70, 1997.

**Trabalho 108 - 5/5**

5 Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. **Grupos Focais:** experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletim Oficina Sanitária Panamericana, v.120, n.6, p. 472-482, 1996.

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva. Enfermeira do Controle de Infecção do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Porto Alegre-RS. Mestranda em Educação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Integrante do Grupo de Estudo em Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem do HNSC. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem do HNSC. Avenida Francisco Trein, 596. [rosaurab@ghc.com.br](mailto:rosaurab@ghc.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira Doutora em Educação Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre-RS. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso.

<sup>3</sup> Enfermeira Especialista em UCC. Enfermeira da Unidade de Recuperação do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Porto Alegre-RS. Coordenadora do Grupo de Estudo em Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem do HNSC. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem do HNSC.

<sup>4</sup> Enfermeira aluna do curso de pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Trabalho 109 - 1/5

**CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO  
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ‘RECUPERAÇÃO  
CIRÚRGICA RETARDADA’**

Tallita Mello Delphino<sup>1</sup>

Shimmenes Kamacael Pereira<sup>2</sup>

Camila Rosas Neves<sup>3</sup>

Carine Silvestrini<sup>4</sup>

Rosimere Ferreira Santana<sup>5</sup>

**Introdução:** O presente trabalho é fruto de uma pesquisa em andamento intitulada ‘Validação do diagnóstico de enfermagem de Recuperação Cirúrgica Retardada’, que segundo NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association-International) é definido como extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar<sup>1</sup>. Estudos de validação tendem a investigar a validade do fenômeno apresentado, dando cientificidade à área de conhecimento, tal como se espera da ciência em enfermagem, por isso sua relevância a pesquisa e ao ensino em enfermagem. Portanto torna-se preciso validar as características definidoras que indicam a presença do diagnóstico de enfermagem para que os mesmos possam ser incorporados a prática profissional, e para isso fez-se necessária primeiramente a validação do instrumento de coleta de dados. Reconhecemos

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem do 6º período da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – GESAE-UFF. E-mail: tallitamell@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem do 9º período da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Grupo de Pesquisa em Fundamentos de Enfermagem. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – GESAE-UFF. E-mail: shimmeneskp@gmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica de Enfermagem do 9º período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – GESAE\_UFF. E-mail: camilarneves@gmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica de Enfermagem do 7º período da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – GESAE-UFF. E-mail: carine.nsilvestrini@hotmail.com

<sup>5</sup> Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Vice-líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Gerontológica - NEPEG. Líder do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – GESAE\_UFF.

**Trabalho 109 - 2/5**

que para identificar um diagnóstico de enfermagem na prática clínica precisamos encontrar as características definidoras, ou seja, os sinais e sintomas, observáveis no paciente. Validar, nesse caso, um diagnóstico de enfermagem significa comprová-lo mediante a identificação de sinais e sintomas para uma determinada situação clínica<sup>2</sup>. Atualmente existe uma carência de material científico voltado para construção de instrumentos utilizados em estudos de validação, como também carência de material voltado para o diagnóstico de enfermagem de 'Recuperação Cirúrgica Retardada'. Acreditamos na relevância deste estudo para preencher a lacuna no conhecimento de enfermagem sobre a temática proposta. **Objetivo:** Descrever o caminho metodológico seguido para realizar a validação do instrumento de coleta de dados do diagnóstico de enfermagem 'Recuperação Cirúrgica Retardada' e analisar os resultados propostos pelos peritos referentes à validação do instrumento de validação do diagnóstico de enfermagem 'Recuperação Cirúrgica Retardada'. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo de caráter descritivo-exploratório, em desenvolvimento, dividido em cinco fases segundo adaptações do modelo proposto por *Fering* (1987), com aprovação do comitê de ética da instituição, CAAE nº 0015.0.258.00-09. A construção do instrumento constitui de várias etapas, sendo elas: levantamento bibliográfico; construção do instrumento para coleta de dados; validação do instrumento por peritos segundo *Fehring* (1887); teste piloto do instrumento e finalização do instrumento e início da coleta de dados propriamente dita. A *primeira* constitui-se de revisão sistemática da literatura, baseada nas características definidoras e nos fatores relacionados já descritos na NANDA; a *segunda fase* estruturação do instrumento a fim de relacionar o conteúdo fundamentado na literatura ao instrumento de coleta de dados, ou seja, cada característica definidora foi desmembrada em seus múltiplos sinais e sintomas para que na prática todos os pesquisadores falassem a mesma linguagem; a *terceira fase*, após a construção do instrumento, encaminhamento do mesmo para 85 enfermeiros peritos, sendo recebidas apenas 7 respostas. Os enfermeiros especialistas/peritos foram selecionados segundo critérios do modelo de validação de conteúdo (Diagnostic Content Validation) proposto por *Fehring*<sup>2</sup>. De acordo com este modelo o pesquisador deve obter opiniões de enfermeiros expertos ou peritos no assunto em estudo para que atuem como juízes em relação ao grau em que determinadas características definidoras representam determinado diagnóstico. Para ser considerado experto em diagnóstico de enfermagem o

**Trabalho 109 - 3/5**

enfermeiro deve possuir título de mestre ou doutor, com tese de conteúdo relevante sobre o diagnóstico de interesse, pesquisa publicada referente ao diagnóstico de enfermagem, artigos relativos ao diagnóstico de enfermagem publicados em revistas de referência, experiência clínica de pelo menos um ano em uma área relevante de diagnóstico ou especialização relevante para o diagnóstico de interesse. Avaliando as respostas enviadas pelos peritos observamos que 100% das respostas foram positivas, com sugestões apenas de acréscimo no fator relacionado, infecção no local de incisão pós-operatório, ao formulário. *Quarta fase* corresponde ao teste piloto do instrumento aplicado a uma amostragem de 27 sujeitos com idade superior a 21 anos e a partir do quinto dia de pós-operatório, no Hospital Universitário Antônio Pedro. E a *quinta fase* comparação das respostas obtidas nas fases 3 e 4 para finalização do instrumento. Após estas fases início da coleta de dados propriamente dita, com aplicação do instrumento validado e finalizado a 70 sujeitos com idade superior a 21 anos e a partir do quinto dia de pós-operatório, no Hospital Universitário Antônio Pedro. A aplicação do instrumento validado se deu pela utilização das técnicas de pesquisa: formulário, observação sistemática, e levantamento em prontuários. **Resultados:** O instrumento para a coleta de dados validado possui uma estrutura dividida em três partes, sendo elas: a identificação geral do paciente, as características definidoras e os fatores relacionados, já estabelecidos pelo diagnóstico de enfermagem 'Recuperação Cirúrgica Retardada'. Na *primeira parte*, identificação geral do paciente contém: nome, idade, telefone para acompanhamento pós alta hospitalar, sexo, procedimento cirúrgico, reinternação e número de dias da internação anterior, caso haja. Logo abaixo há a definição do diagnóstico a ser investigado para ser consultado em qualquer momento da entrevista. Na *segunda parte* foram selecionadas da literatura os sinais e sintomas, ou seja, as manifestações clínicas que delineassem cada característica definidora. A fim de facilitar a análise as características definidoras (CD) foram numeradas de 1 (um) a 10 (dez) de acordo com a ordem de apresentação no livro da NANDA I (2009-2011). Com isto obtivemos a busca para as seguintes evidências: CD1 (adia o retorno às atividades de trabalho/emprego): data de internação; dias de pré-operatório e data do procedimento cirúrgico - CD2 (dificuldade para movimentar-se): acamado; muda de decúbito com ajuda no leito; senta-se com ajuda no leito; levanta-se com ajuda; sai da cama com ajuda; senta-se na cadeira com ajuda; deambula com ajuda e vai ao banheiro com ajuda

**Trabalho 109 - 4/5**

- CD3 (evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica): tipo de fechamento da ferida; local da ferida; classificação da ferida; dimensão da ferida; pele adjacente; perfusão tecidual; presença de tecido desvitalizado; presença de corpos estranhos; radioterapia; Curativo; alteração nutricional; anemia; doenças crônicas e terapia medicamentosa - CD4 (Fadiga): períodos prolongados de repouso no leito; dispêndio excessivo de energia para deambular; frustração das atividades da vida diária - CD5 (percepção de que é necessário mais tempo para a recuperação): apresenta insegurança para realizar as AVD; relata sentir-se muito debilitado - CD6 (perda de apetite com náusea): aceitação da dieta; desconforto gástrico e sensação de refluxo esofágico - CD7 (Perda de apetite sem náusea): aceitação da dieta; sensação de fome e senti vontade de comer - CD8 (Precisa de ajuda para completar o auto cuidado): escova os dentes; pentear os cabelos; tomar banho e fazer higiene íntima - CD9 9 (Relata desconforto): Intensidade do desconforto - CD10 (Relata dor): Intensidade da dor; uso de analgésico; relato de queixa de dor em prontuário; frequência; duração; característica da dor. E na *terceira parte*, foram cogitados, através da literatura, sinais clínicos relacionados aos fatores ambientais, aos elementos fisiológicos, psicológicos, socioculturais e espirituais que são a etiologia do problema, denominados de fatores relacionados. Assim como nas características definidoras (CD) os fatores relacionados (FR) também foram numerados de acordo com a ordem pré-definida na NANDA I (2009-2011). Temos, então, para os fatores a seguinte distribuição: FR1 (Dor): Intensidade da dor; frequência; duração e característica da dor - FR 2 (Expectativas pós-operatórias): ansioso; preocupado; com medo; otimista; confiante/Esperança; sem expectativa e outra - FR3 (Infecção pós-operatório no local da incisão): exsudato; drenagem; eritema; deiscência cirúrgica; isolamento de bactérias; uso de antibiótico; internação maior que 14 dias e febre - FR4 (Obesidade): peso; altura e IMC maior que 30 - FR5 (Procedimento cirúrgico extenso): sim e não - FR6 (Procedimento cirúrgico prolongado): duração da cirurgia. **Conclusão:** Conseguimos identificar na realização desde estudo a deficiente literatura que fundamente o diagnóstico, tendo sido de extrema importância a ida ao campo na busca da evidência clínica para testar o instrumento e torná-lo fidedigno e específico. A construção do instrumento de validação de diagnóstico constitui uma etapa difícil e criteriosa do processo de validação, devendo ser aprofundada em conhecimentos da área de estudo buscando contribuir de forma significativa para a construção de um diagnóstico conciso que retrate a realidade clínica.

**Trabalho 109 - 5/5**

**Referências:**

1. NANDA, Diagnósticos de enfermagem da: Definições e classificação. 2009-2011/North American Nursing Diagnosis Assosiation; tradução Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed,2006.
2. FERING, R. Methods to validate nursing diagnosis. Heart & Lung. v. 16 n. 6. P 625-29, 1987.
3. GALDEANO, L.E. ; ROSSI, L.A. Validação de Conteúdo Diagnóstico: Critérios para seleção de expertos. Maringá, v.5, nº 1, p. 60-66, jan-abr. 2006.

**Descritores:** diagnóstico de enfermagem, enfermagem cirúrgica, validação de instrumento.

**Eixo temático:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

Trabalho 110 - 1/4

**COMPARATIVO DA IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM *RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA* EM ADULTOS E IDOSOS**

Tallita Mello Delphino<sup>1</sup>

Shimmenes Kamacael Pereira<sup>2</sup>

Carine Silvestrini<sup>3</sup>

Camila Rosas Neves<sup>4</sup>

Rosimere Ferreira Santana<sup>5</sup>

**Introdução:** Da observação do processo perioperatório e da assistência prestada a adultos e idosos, que permaneciam por um tempo maior da internação hospitalar do que o descrito na literatura emerge a problemática desse estudo, estes apresentavam o diagnóstico de enfermagem ‘Recuperação Cirúrgica Retardada’ segundo a North American Nursing Diagnosis Association/2009-2011 (NANDA I) nos remete a extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar, que implica diretamente num aumento do custo da internação. Neste momento nos questionávamos: O envelhecimento favorece o retardo da recuperação cirúrgica? Com isto, optou-se no aprofundamento dessas questões com a finalidade de delimitar os conhecimentos profissionais da área visando melhora na qualidade da assistência e principalmente em sua efetividade, influenciando

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal fluminense – GESAE\_UFF. E-mail: tallitamell@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Grupo de Pesquisa em Fundamentos de Enfermagem. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – GESAE\_UFF. Bolsista de Iniciação Científica do projeto ‘Validação do Diagnóstico de Enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada’ PIBIC - CNPq. E-mail: shimmeneskp@gmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – GESAE-UFF. E-mail: carine.nsilvestrini@hotmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal fluminense – GESAE\_UFF. E-mail: camilarneves@gmail.com

<sup>5</sup> Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Vice-líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Gerontológica - NEPEG. Líder do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – GESAE\_UFF. E-mail: rosifesa@gmail.com

#### Trabalho 110 - 2/4

assim o setor de custos em saúde. A relevância do estudo se evidencia pela lacuna no conhecimento de enfermagem apresentada na temática proposta e o aumento do número de idosos em nosso País, e conseqüentemente, a influência no número de cirurgias realizadas nessa população atingindo 53% do total de cirurgias realizadas no cenário de estudo em questão. Além de corroborar à utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do instrumento NANDA como efetivador das ações de enfermagem na pesquisa e ensino. Para que os Diagnósticos de Enfermagem sejam incorporados na prática de enfermagem faz necessário que se pesquise no sentido de validar as características que indicam a presença de Diagnóstico de Enfermagem (características definidoras), assim como explorar as diferenças populacionais. **Objetivos:** evidenciar as características definidoras mais comumente encontradas na população em estudo; evidenciar os fatores relacionados mais comumente encontrados na população em estudo e comparar o diagnóstico de enfermagem 'Recuperação Cirúrgica Retardada' em adultos e idosos hospitalizados. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo de caráter descritivo-exploratório longitudinal, com amostra com 70 sujeitos. Para coleta de dados foi elaborado um instrumento e validado seguindo os critérios de Fehring (1987). Após validação do instrumento iniciamos a validação clínica do diagnóstico, sendo selecionados os pacientes que possuíam 5 (cinco) dias ou mais de pós-operatório, estando internados nas clínica cirúrgicas do Hospital Universitário. A aplicação deste ocorreu pela utilização das técnicas de pesquisa: formulário, observação sistemática, e levantamento em prontuários, no período de abril de 2009 a março de 2010. Cabe ressaltar que a presente pesquisa conta com parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa local (CAAE- 0015.0.258.000-09), estando de acordo com as especificações éticas e legais da Resolução 196/ 96, do Ministério da Saúde. **Resultados:** o universo pesquisado apresentou 515 leitos, sendo 175 ocupados por pacientes em pós-operatório e deste grupo foram extraídos os sujeitos que compuseram a amostra da pesquisa. Então temos que a amostra analisada foi composta por 70 (100%) sujeitos e apresentou o seguinte perfil: 53 sujeitos com o Diagnóstico de Enfermagem em estudo, representando 75,7% do total. Destes com o diagnóstico, 27 (50,9%) são idosos e 26 (49,1%) sendo adultos. Ao analisar as características definidoras e fatores relacionados dos indivíduos que apresentaram o diagnóstico de enfermagem "Recuperação cirúrgica retardada" encontramos: *Dificuldade para*

**Trabalho 110 - 3/4**

*movimentar-se* 14 (26,4%) adultos e 19 (35,8%) idosos; *Evidência de interrupção na cicatrização na área cirúrgica* 10 (18,9%) adultos e 7 (13,2%) idosos; *Fadiga* 10 (18,9%) adulto e 9 (17%) idosos; *Percepção de que é necessário mais tempo para recuperação* 5 (9,4%) adultos e 16 (30,2%) idosos; *Perda de apetite com náusea* 7 (13,2%) adulto e 3 (5,7%) idosos; *Perda de apetite sem náusea* 3 (5,7%) adulto e 2 (3,8%) idoso; *Precisa de ajuda para completar auto-cuidado* 8 (15,1%) adulto e 13 (24,5%) idoso; *Relata desconforto* 10 (18,9%) adulto e 8 (15,1%) idoso e *Relata dor* 8 (15,1%) adulto e 9 (17%) idoso. A distribuição dos fatores relacionados nos sujeitos com diagnóstico ocorreu da seguinte forma: *Dor* 11 (20,7%) adulto e 8 (15,1%) idoso; *Infecção pós-operatório no local da incisão* 11 (20,7%) adulto e 8 (15,1%) idoso; *Obesidade* 1 (1,9%) adulto e 2 (3,8%) idoso; *Procedimento cirúrgico extenso* 19 (35,8%) adulto e 20 (37,7%) idoso e *Procedimento cirúrgico prolongado* 10 (18,9%) adulto e 10 (18,9%) idoso. Ao analisar a distribuição da característica definidora *Percepção de que é necessário mais tempo para a recuperação* por faixa etária, dentre os pacientes com o diagnóstico, podemos perceber que a maioria dos sujeitos que a apresentam tem idade entre 71 a 80 anos. Se analisarmos separadamente adultos de 21 a 60 anos e idosos acima de 60 anos observaremos maior incidência desta característica definidora entre idosos (16 sujeitos) em comparação aos adultos (05 sujeitos). A literatura demonstra que em pacientes idosos há maior probabilidade de complicações no período pós-operatório, devido a diminuição da capacidade funcional presentes nos idosos, inerente ao processo de envelhecimento. A percepção de que algumas características definidoras se entrelaçavam, torna-se um ponto importante a ser ressaltado, após demonstração dos dados, ocorrendo o mesmo com os fatores relacionados, culminando em uma discussão sobre a influência destes no diagnóstico em questão. Dentre estes podemos citar a *Fadiga*, onde a evidência: dispêndio excessivo de energia para deambular e a frustração, levam a alterações metabólicas, tendo uma dificuldade no funcionamento de sistemas e o retardamento do processo cicatricial. Dos 17 sujeitos que possuem evidência na interrupção da cicatrização no sítio cirúrgico 100% apresentam a também a característica definidora *Fadiga*. **Conclusão:** A presença do diagnóstico de enfermagem *Recuperação Cirúrgica Retardada* causa limitações no cliente como observado através da presença de algumas características definidoras, que acaba por influenciar diretamente nos padrões de qualidade da assistência de

**Trabalho 110 - 4/4**

enfermagem. Sendo assim, torna-se necessário evidenciarmos sua presença precoce avaliando riscos potenciais, partindo da observação de que o envelhecimento e o déficit nutricional favorecem ao retardo da recuperação cirúrgica, corroborando para a necessidade de considerá-lo como fator associado. Concluímos que o estudo fornece subsídios para direcionar o enfermeiro ao raciocínio diagnóstico de forma acurada, considerando a adaptação do ambiente, do sujeito e do profissional, além de possibilitar discussões futuras na prática, no ensino e na pesquisa em enfermagem.

**Referência:**

ASSOCIATION, North American Nursing Diagnosis; tradução Regina Machado Garcez. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação*. 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BACHION, M. M.; ARAÚJO, L. A. O.; ALMEIDA, Â. A. M. C.; SANTANA, R. F. - *Estudo preliminar de validação clínica do diagnóstico de enfermagem "mobilidade física prejudicada" em idosos institucionalizados*. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

LEFEVRE, R. A. *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado elaborativo*. 5 ed. Porto Alegre: Rio de Janeiro, 2005.

MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. *Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

**Palavra-chave:** Enfermagem cirúrgica, Diagnóstico de enfermagem, processos de enfermagem

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida

Trabalho 111 - 1/4

**CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E FATOR RELACIONADO À NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: INGESTÃO MAIOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS EM GESTANTES DE MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA-CE**

Kátia Maria Ferreira da Rocha<sup>1</sup>

Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente<sup>2</sup>

Escolástica Rejane Ferreira Moura<sup>3</sup>

Ana Kelve de Castro Damasceno<sup>4</sup>

Danielle Rosa Evangelista<sup>5</sup>

**Introdução:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método científico que norteia a prática profissional do enfermeiro. Baseia-se em ações sistemáticas e inter-relacionadas que visam atender às necessidades de cada indivíduo e tem como característica principal o monitoramento e a avaliação sistemática dos cuidados de enfermagem (ALVES et al., 2006). A SAE vem sendo desenvolvida conforme o processo de enfermagem proposto na década de 1970, entendido como uma forma de organização dos cuidados de enfermagem e como uma alternativa para o alcance do *status* profissional do enfermeiro. O processo de enfermagem é uma atividade deliberada, lógica e racional, através da qual a prática de enfermagem é desempenhada sistematicamente, por meio de cinco componentes inter-relacionados: coleta de dados, Diagnóstico de Enfermagem (DE), planejamento, implementação e avaliação (ROSSI; CASAGRANDE, 2001). Esta divisão é apenas didática, pois o processo somente pode ser compreendido e desenvolvido integralmente com suas etapas inter-relacionadas e recorrentes devido às mudanças contínuas que ocorrem com o paciente. Este estudo foi dedicado a uma etapa imprescindível do processo de enfermagem: o DE. Este é definido como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais ou

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família no Município de Itaitinga-CE. Rua Marechal Lott, 166. Cidade dos Funcionários. [Km.rocha@hotmail.com](mailto:Km.rocha@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família no Município de Itaitinga-CE.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora CNPq.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

**Trabalho 111 - 2/4**

processos vitais (NANDA INTERNACIONAL, 2008). É um instrumento de trabalho do enfermeiro, pois proporciona a este um plano de ação, que o aproxima de seu objeto de trabalho através de ações anteriormente refletidas, embasadas nos problemas detectados nos clientes e, portanto, desenvolvendo uma assistência de qualidade. A pesquisa versou sobre o DE - Nutrição Desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais, com enfoque em suas características definidoras e fator relacionado. O referido DE consiste na ingestão de nutrientes que excede às necessidades metabólicas e tem como características definidoras: dobra da pele do tríceps maior que 25 mm em mulheres; peso 20% acima do ideal para altura e compleição; ato de alimentar-se em resposta a sugestões externas; ato de alimentar-se em resposta a sugestões internas além da fome; atitude de alimentar-se em momentos que esteja realizando outras atividades; sedentarismo e ingestão de alimentos concentrados no final do dia; e como fator relacionado, alimentar-se além das necessidades metabólicas. O DE se constitui na análise profunda das necessidades básicas afetadas do cliente, configurando-se como uma atividade importante para a realização de uma assistência de enfermagem planejada, crítica e científica. A SAE é, portanto, valiosa, pois pode levar o enfermeiro à visão global da condição de saúde da mulher e do conceito, favorecendo a continuidade e o direcionamento da assistência por meio de embasamento científico (WALDOW, 1988). Diante do exposto, decidiu-se pela realização deste estudo com o seguinte **objetivo:** verificar a proporção de ocorrência das características definidoras e o fator relacionado à Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais, presentes em gestantes de município da região metropolitana de Fortaleza-CE. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo-exploratório, desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Itaitinga-CE, localizado na região metropolitana de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, Nordeste brasileiro, distante 13 quilômetros da metrópole. A amostra representativa de 146 gestantes foi obtida por conveniência, de forma consecutiva, abrangendo seis das dez UBS do município. O n amostral foi estabelecido com base na população de gestantes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (N= 237), coeficiente de confiança de 95%, erro amostral de 5% e P de 50,0%. Os dados foram coletados no período de abril a setembro de 2009, por ocasião da consulta de enfermagem ao pré-natal, momento em que foi aplicado o formulário para coleta dos dados socioeconômicos e clínico-obstétricos. Os

**Trabalho 111 - 3/4**

dados foram organizados e tabulados no programa *Excel*, versão 2003, analisados nos *Softwares Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 16.0 conforme estatística descritiva. Foram calculadas frequências absolutas e percentuais das variáveis nominais. Para as variáveis quantitativas, foram apresentadas a média e o desvio padrão. O estudo seguiu as recomendações da Resolução n°. 196/96, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme parecer n° 18/09. **Resultados:** A idade das gestantes entrevistadas variou de 14 a 39 anos, com média de 24,34 anos. A renda familiar, variou de zero a R\$ 2.300,00, com uma média de R\$ 671,54. A respeito do número de pessoas na família, este variou de um a 11, com média de 3,99 pessoas. Obteve-se uma renda média per capita de R\$ 168,30. Sobre a ocupação, obteve-se uma predominância de gestantes que se dedicavam às atividades do lar, representada por 96 (65,8%); 19 (13,0%) das gestantes estudavam; e as demais, ou seja, 29 (19,8%) trabalhavam fora de casa, como vendedora, doméstica, costureira, professora, agricultora e outros. Quanto à situação conjugal, 126 (86,3%) gestantes eram casadas ou viviam em união consensual, correspondendo a mais da metade da amostra. A escolaridade variou desde o analfabetismo ao ensino superior completo, predominando o ensino fundamental incompleto entre 71 (48,6%) das gestantes analisadas. A média de paridade foi de 1,24, sendo a porcentagem predominante de gestantes nulíparas (41,1%). Com relação à história de aborto, a média encontrada foi de 0,19. Houve predominância de gestantes no 2º trimestre da gestação, ou seja, 83 (57%) se encontravam entre a 14ª e a 28ª semanas de gestação. Quanto às características definidoras do DE em estudo predominou a inatividade física, presente em 141 (96,6%) gestantes. Das 5 (3,4%) que realizavam atividade física, a caminhada foi a mais referida, com uma frequência de cinco vezes por semana. Com relação a alimentar-se em resposta a estímulos internos além da fome, observou-se que foi predominante na amostra a não correlação a nenhuma sugestão interna (67,7%). Em menor frequência, alimentavam-se igualmente em resposta à ansiedade e à preocupação (12,3%). O estresse esteve presente em 13 (7,7%) das gestantes. Com relação a sugestões externas, obteve-se que, principalmente, as gestantes são estimuladas a alimentar-se, devido ao cumprimento do horário padrão da refeição (42,5%), bem como em virtude de uma situação social (35,7%). Sobre a associação da alimentação com outras atividades, encontrou-se que 73 (42,0%) gestantes se alimentavam concomitante

**Trabalho 111 - 4/4**

a assistir à televisão, 59 (34,0%) não associavam a nenhuma atividade, 29 (16,6%) se alimentavam no momento que realizavam os afazeres domésticos e em menor prevalência ao trabalho (4,0%) e ao estudo (3,4%). Quando questionadas sobre a ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas, 108 (74%) gestantes responderam que não se alimentavam. **Conclusão:** A identificação das características definidoras e do fator relacionado ao diagnóstico de enfermagem, foram relevantes, dando subsídios para futuras intervenções de enfermagem; as gestantes necessitam de uma orientação alimentar mais eficaz, de um maior incentivo para a prática de atividade física e de uma maior atenção por parte dos enfermeiros durante a consulta pré-natal, para que possam reduzir as características definidoras e o fator relacionado à nutrição desequilibrada com a maior ingesta em gestantes.

**Referências:**

1. Alves VM, Moura ZA, Palmeira ILT, Lopes MVO. Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. Acta. Paul. Enferm. 2006; 19(1): 70-75.
2. Rossi LA, Casagrande LDR. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. Rev. Latinoam. Enferm. 2001; 9(5): 39-46.
3. Nanda internacional. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definição e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
4. Waldow VR. Processo de enfermagem: teoria e prática. Rev. Gauch. Enfermagem. 1988; 9(1):14-22.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de enfermagem, Gestantes, Enfermagem.

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

Trabalho 112 - 1/4

**PREVALÊNCIA DE NUTRIÇÃO DESEQUILBRADA: INGESTÃO MAIOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS EM GESTANTES DE MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA-CE**

Kátia Maria Ferreira da Rocha<sup>1</sup>

Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente<sup>2</sup>

Escolástica Rejane Ferreira Moura<sup>3</sup>

Marcos Venícios de Oliveira Lopes<sup>4</sup>

Danielle Rosa Evangelista<sup>5</sup>

**Introdução:** O ganho de peso excessivo vem sendo um problema crescente, evidenciado entre as mulheres, particularmente entre as gestantes. O referido crescimento é facilitado pelas mudanças comportamentais observadas na sociedade, uso abusivo do álcool, dieta rica em alimentos industrializados, crescente taxa de inatividade física, redução do número de pessoas em condição de pobreza absoluta, dentre outros que contribuem para um aumento de peso inadequado, acarretando a obesidade. A obesidade é, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública em países desenvolvidos. Para alguns países em desenvolvimento, o aumento da prevalência da obesidade representa um problema emergente. Na última década, a prevalência de mulheres obesas cresceu rapidamente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, inclusive durante a gravidez (CNATTINGIUS et al., 1998). A gestação e seus eventos relacionados, como puerpério e lactação, são marcados por profundas mudanças que interferem na vida da mulher. As mais conhecidas são relacionadas ao corpo, à fisiologia e ao metabolismo. Dentre as modificações relacionadas ao ganho de peso gestacional, têm-se o aumento dos estoques maternos, o crescimento fetal, a expansão dos tecidos maternos (placenta, tecido adiposo e útero), o crescimento dos seios, o aumento de líquido extracelular e do volume sanguíneo e a

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família no Município de Itaitinga-CE. Rua Marechal Lott, 166. Cidade dos Funcionários. [Km.rocha@hotmail.com](mailto:Km.rocha@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família no Município de Itaitinga-CE.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora CNPq.

<sup>4</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisador CNPq.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

**Trabalho 112 - 2/4**

formação de líquido amniótico. Em virtude destes fatores que já promovem um aumento ponderal fisiológico, faz-se necessário que o enfermeiro durante a assistência pré-natal realize uma orientação nutricional que resulte em um ganho de peso gestacional satisfatório. Estudos têm relatado que o sobrepeso durante a gravidez promove um efeito significativo no aumento das taxas de partos operatórios, como também na elevação do risco de resultados perinatais desfavoráveis, como maior prevalência de fetos macrossômicos, desproporção céfalo-pélvica, trauma, asfixia e morte perinatal. Além destas complicações, o ganho de peso excessivo pode elevar a ocorrência de retenção de peso pós-parto, maior associação com diabetes mellitus gestacional e síndromes hipertensivas da gravidez (NUCCI et al., 2001). A assistência pré-natal deve incluir o acompanhamento e o monitoramento do ganho de peso gestacional e orientações nutricionais voltadas às mulheres no período que vai da gravidez à amamentação, o que é atribuição de enfermeiros da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006). Portanto, o acompanhamento nutricional da gestante tem como principais objetivos estabelecer o estado nutricional, identificar fatores de risco, possibilitar interferências terapêuticas e profiláticas no sentido de corrigir distorções e promover a educação nutricional, elementos que são explorados na consulta de enfermagem. A avaliação nutricional no início do pré-natal é importante para estabelecer as necessidades de nutrientes neste período e deve ser realizada continuamente por todo o período gestacional. Desta forma, a avaliação do padrão alimentar auxilia na detecção de ingestão inadequada e hábitos desfavoráveis. Os profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, como atuante na assistência pré-natal, devem informar e estimular a alimentação saudável entre as mulheres, de modo que também percebam os benefícios do ganho ponderal satisfatório. Porém, para que o enfermeiro possa realizar uma conduta adequada é necessário que tenha conhecimento dos parâmetros de avaliação nutricional recomendados para a assistência pré-natal e o preparo para exercer uma racionalidade clínica adequada das necessidades das gestantes, o que é possível mediante a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Para Lopes e Araújo (2002) a SAE se consolida mediante a implementação de etapas interdependentes e complementares, que conduzem a organização do trabalho. Neste processo, o Diagnóstico de Enfermagem (DE) se constitui na análise profunda das necessidades básicas afetadas do cliente, configurando-se como uma atividade

**Trabalho 112 - 3/4**

importante para a realização de uma assistência de enfermagem planejada, crítica e científica. A SAE é, portanto, valiosa, pois pode levar o enfermeiro à visão global da condição de saúde da mulher e do conceito, favorecendo a continuidade e o direcionamento da assistência por meio de embasamento científico (WALDOW, 1988). Para diagnosticar alterações no estado nutricional das gestantes, é preciso habilidade de raciocínio e julgamento clínico por parte do enfermeiro. Essas são características necessárias para diagnosticar as respostas humanas a problemas de saúde, o que consiste no DE. Diante do exposto, o presente estudo teve por **objetivo:** verificar a prevalência de gestantes com DE - Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais em município da região metropolitana de Fortaleza-CE. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo-exploratório, realizado em município da região metropolitana de Fortaleza-CE. A amostra de 146 gestantes foi estabelecida por coeficiente de confiança de 95%, erro amostral de 5% e P de 50,0%, adotando-se o valor N=273 por corresponder a população de gestantes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no referido município. Os dados foram coletados de abril a setembro 2009. Foram organizados no *Excel*, versão 2003, analisados nos *softwares Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0, conforme estatística descritiva. Foram calculadas frequências absolutas e percentuais das variáveis nominais. Para as variáveis quantitativas, foram apresentadas a média e o desvio padrão. O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº. 196/96, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme parecer nº 18/09. **Resultados:** A idade média das gestantes foi de 24,34 anos, renda *per capita* média de R\$ 168,30, média de pessoas na família 3,99, 126 (86,3%) declararam união consensual ou casada, 96 (65,8%) eram do lar, 77 (53,4%) tinham ensino fundamental. A paridade média foi 1,24, 60 (41,1%) eram nulíparas e 87 (57%) estavam no segundo trimestre da gestação. No estado pré-gestacional houve maior concentração de gestantes com baixo peso (20) e peso eutrófico (80); já no estado gestacional houve maior concentração de gestantes com excesso de peso, sobrepeso (60) e obesidade (33). Houve redução do baixo peso (em 50%), mas também redução do número de gestantes eutróficas (51,7%). O que aumentou de forma mais acentuada foram os casos de sobrepeso (60) quando comparados ao estado nutricional pré-gestacional (23), ou seja, (160,8%); já os casos de obesidade (33) comparados ao estado nutricional pré-

**Trabalho 112 - 4/4**

gestacional (14) representaram um aumento de (135,7%). Sete (4,8%) gestantes apresentaram dobra da pele do tríceps maior que 25 mm. O DE em análise foi determinado de acordo com a presença das características definidoras maiores: sobrepeso (peso 10% acima do ideal para altura e estrutura), obesidade (peso 20% acima do ideal para altura e estrutura), e dobra da pele do tríceps maior do que 25 mm. Obteve-se, portanto, que o DE em estudo: Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais esteve presente em 100 (68,4%) das gestantes da amostra. **Conclusão:** Essa prevalência é preocupante, pois reflete na necessidade de um melhor monitoramento do ganho ponderal e uma adequada orientação alimentar para proporcionar um ganho de peso adequado durante o período gestacional.

**Referências**

1. Cnattingius S, Bergston R, Lipworth L, Kramer MS. Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N. Engl. J. Med.* 1998; 338:147-152.;
2. Nucci LB, Schmidt MI, Duncan BB, Fuchs SC, Fleck ET, Britto MMS. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. *Rev. Saúde. Pública.* 2001; 35: 502-507.;
3. Ministério da Saúde (BR). Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.;
4. Lopes MVdeO, Araújo TLF. Diagnósticos de enfermagem de ordem física em mulheres com angina pectoris. *Rev Rene.* 2002; 1(1):14-19.;
5. Waldow VR. Processo de enfermagem: teoria e prática. *Rev. Gauch. Enfermagem.* 1988; 9(1):14-22.

**Palavras-chave:** Prevalência, Diagnóstico de enfermagem, Gestantes.

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

Trabalho 113 - 1/4

## AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO DE CUIDADORES INFORMAIS ATRAVÉS DA CLASSIFICAÇÃO NOC<sup>1</sup>

Nathalia Carolina Tomazelli Crespo<sup>2</sup>, Marcela Sfalsin das Chagas<sup>3</sup>,  
Patrícia Cardozo Pereira<sup>4</sup>, Rosimere Ferreira Santana<sup>5</sup>, Bruna de  
Souza Pena<sup>6</sup>, Rodrigo de França Mota<sup>7</sup>

**Introdução:** Tem-se como Cuidador Leigo, conceituada por Leininger, aquela pessoa dentro do sistema de cuidado popular em sua teoria de enfermagem transcultural, que reúne um conjunto de conhecimentos populares e habilidades culturalmente aprendidas e transmitidas para proporcionar ações de assistência, suporte, capacitação ou facilitação para ou por outro indivíduo, grupo ou instituição que manifesta ou prevê uma necessidade, com a finalidade de melhorar as incapacidades e situações de morte.

**Objetivos:** Caracterizar os cuidadores leigos das instituições acolhedoras de pessoas em situação de rua; identificar os saberes e práticas desses cuidadores de instituições de longa permanência; e avaliar o nível de bem-estar e cuidado direto pré e pós-participação no programa de treinamento.

**Método:** Trata-se de uma pesquisa do tipo quasi-experimental realizada por série de tempo, cujo contraste dos grupos antes e depois de certo tempo verificado com auxílio de pré e pós teste. Foram utilizadas as técnicas de observação participante, diário de campo para a coleta de dados e a avaliação do bem-estar físico-social-emocional do cuidador através de um formulário baseado na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) no pré e pós-grupo. Como plano de intervenções foram

---

<sup>1</sup> Substrato do Projeto Financiado pela FAPERJ: O processo de envelhecimento de pessoas em situação de rua.

<sup>2</sup> Bolsista FAPERJ. Acadêmica do 6º Período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EAAAC/UFF).

<sup>3</sup> Bolsista FAPERJ. Acadêmica do 9º Período de Enfermagem (EAAAC/UFF).

<sup>4</sup> Acadêmica do 6º Período de Enfermagem (EAAAC/UFF)

<sup>5</sup> Orientadora. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta MEM/UFF. Líder do NEPEG.  
[rosifesa@gmail.com](mailto:rosifesa@gmail.com)

<sup>6</sup> Acadêmica do 6º Período de Enfermagem (EAAAC/UFF). [brunaspena@hotmail.com](mailto:brunaspena@hotmail.com)

<sup>7</sup> Acadêmico do 5º Período de Enfermagem (EAAAC/UFF).

Trabalho 113 - 2/4

elaborados encontros com os grupos de cuidadores de 2 instituições filantrópicas regidas pelo governo do Estado do Rio de Janeiro. Cabe ressaltar que o estudo obteve parecer favorável do comitê de ética em pesquisa sob o número de protocolo CAAE 0049.0.258.000-08. **Resultados:** As temáticas abordadas e suas particularidades foram: Papel do Cuidador frente à sociedade; Cuidados ao idoso e o contexto social; Cuidados com a pele; Manuseio e transferência de idosos; Cuidados ao cuidador; Higiene oral e corporal; Distúrbios na comunicação com idosos; A utilização dos fármacos pelos idosos e suas complicações. Cada encontro ocorreu com a duração de aproximadamente 3 horas e foram agendados de acordo com a disponibilidade dos cuidadores, foram 7 em cada instituição, totalizando 14 encontros. Foram elaboradas conteúdo teóricos entregues no início das dinâmicas, associados a demonstrações práticas, e de fácil linguagem para melhor compreensão, visando interação e participação no grupo. **Perfil dos cuidadores Instituição 1:** São 10 cuidadores, sendo 8 mulheres. os cuidadores apresentaram uma média de idade de 35,9 anos, estando apenas 2 cuidadores abaixo da faixa etária de 30 anos e quatro cuidadores possuindo mais de 40 anos de idade. Quanto ao grau de instrução, 8 possuem o ensino médio completo, sendo um cuidador com ensino médio incompleto e apenas um com o fundamental completo. Em relação ao estado civil, 4 casados, 5 solteiros e 1 viúvo; todos possuem pelo menos 1 filho, exceto 1 cuidador. Com relação ao tempo de Instituição, nota-se alta rotatividade, estes eram relativamente 'novos', com meses de instituição, somente 1 cuidador possuía mais de 5 anos de serviços na Instituição. Tal fato pode ser atribuído à sobrecarga de estresse que suas atividades denotam, sendo esses físicos, mentais e sociais também, bem como a baixa remuneração dos mesmos. Quanto a sua profissão, 7 afirmaram que realizaram algum tipo de curso ou treinamento para aperfeiçoamento, mas nenhum deles oferecido pela Instituição. Quanto ao grau de satisfação, os cuidadores o definiram em um grau de bom a pleno. **Instituição 2:** São 3 cuidadores, todas mulheres. Quanto à faixa etária, apresentavam média de idade igual a 39 anos. Quanto a escolaridade 2 com o ensino fundamental incompleto e

Trabalho 113 - 3/4

1 com ensino médio completo. Quanto ao estado civil 2 eram solteiras. As cuidadoras também trabalham há pouco tempo na Instituição, sendo a cuidadora mais antiga com um vínculo de 1 ano. Quanto a formação pode-se observar que 2 relataram ter realizado algum tipo de aperfeiçoamento, também fora da instituição. As mesmas cuidadoras também afirmam possuir certo conhecimento técnico sobre idosos, 1 cuidadora referiu não ser suficiente seu conhecimento em gerontologia. Quanto aos estressores, destacam-se os idosos “descompensados”, podendo ser entendidos como idosos acometidos por problemas mentais.

**Avaliação dos cuidadores Instituição 1 – Cuidado Direto:** Os valores dos 14 indicadores foram somados, chegando a um *score* final comparado, nos testes pré e pós treinamento. O valor mínimo atingível é de 14 pontos, e o máximo é de 70 pontos, considerou-se como valor médio 42 pontos. Observando os cuidadores 1, 2 e 3, que participaram de ambas as fases do teste, pode-se notar que os mesmos obtiveram um aumento em sua pontuação final após o treinamento. Tal achado evidencia a eficácia das atividades implementadas com os cuidadores. Destaco o cuidador 1, que obteve um aumento de 14 pontos no seu *score*.

**Avaliação dos cuidadores de Instituição 1– Bem-Estar:** Analisando-se os cuidadores 1, 2 e 3, pode-se afirmar que os valores não sofreram alterações significativas, excetuando-se o cuidador 2, que obteve um aumento de 15 pontos em seu *score*, achado bastante significativo.

**Avaliação dos Cuidadores Instituição 2 – Cuidado Direto:** Os resultados indicados nas tabelas pelos cuidadores podem ser considerados altos, uma vez que ficaram acima do ponto mediano da escala de valores. Contudo, pode-se evidenciar que os valores na fase pré-treinamento são maiores que os valores na fase pós-treinamento, excetuando-se o cuidador 12 que manteve o *score*. Tal achado pode ser relacionado ao fato de, apesar desses cuidadores terem realizado algum tipo de aperfeiçoamento, excetuando-se o cuidador 13, não houve uma continuidade do aprimoramento e aplicação do conhecimento obtido.

**Avaliação dos cuidadores Instituição 2 – Bem Estar:** Um (1) cuidador manteve seu *score* igual nas fases pré e pós-treinamento do teste, enquanto que outro cuidador obteve uma queda de dez pontos, e um terceiro

**Trabalho 113 - 4/4**

obteve aumento de dois pontos. **Conclusão:** Evidencia-se que os cuidadores possuem dificuldades para cuidarem e manterem o seu bem-estar íntegro, demonstrando por queda do nível de qualidade de vida. Assim, a estratégia do treinamento implementado nesse estudo influenciou no grau de conhecimento dos cuidadores e na promoção de bem-estar subjetivo, porém em uma maior proporção na Instituição 1 que a 2, devendo se aprofundar os achados em prol dos motivos influenciadores de tais resultados. Conclui-se que a população cuidadora encontrava-se carente de formação e investimentos na qualidade de vida, estes são trabalhadores comprometidos com as suas ocupações, responsáveis com as pessoas sob sua responsabilidade e que merecem atenção e cuidado da enfermagem.

**Descritores:** Educação em Saúde, Cuidadores, Taxonomia em Enfermagem, Resultados de Enfermagem

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem

Trabalho 114 - 1/5

## **IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA INSTITUCIONALIZADOS<sup>1</sup>**

Nathália Carolina Tomazelli Crespo <sup>2</sup>; Marcela Sfalsin das Chagas<sup>3</sup>;  
Bruna de Souza Pena <sup>4</sup>; Rodrigo França Mota<sup>5</sup>; Rosimere Ferreira  
Santana<sup>6</sup>; Patrícia Cardozo Pereira<sup>7</sup>.

Introdução: O envelhecimento é um fenômeno natural da vida, ao qual todos os indivíduos estão sujeitos, e que envolve aspectos multidimensionais compreendidos em cinco principais áreas: biológica, psicológica, sociológica, cognitiva e funcional. Nos países em desenvolvimento a população idosa tem aumentado de forma mais rápida, o envelhecimento atinge absolutamente todos os indivíduos de uma família, de uma comunidade e de uma sociedade, e acontece não uniformemente nessas, mas envolve fatores múltiplos intrínsecos e extrínsecos a cada indivíduo. Nesse processo, a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que está inserido são determinantes na qualidade de vida e de envelhecimento. O aumento do desemprego, a urbanização desordenada e a desigualdade social extrema são alguns dos efeitos negativos da globalização que afetam as cidades brasileiras. Dessa forma, surge uma população pouco reconhecida, mas muito vista nas ruas, embaixo dos viadutos, nos faróis e becos da cidade. A NANDA (North American Nursing

<sup>1</sup> Sub-extrato do Projeto Financiada pela FAPERJ (Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro): O processo de envelhecimento de pessoas em situação de rua.

<sup>2</sup> Bolsista FAPERJ; Acadêmica do 6º Período de Enfermagem (EEAAC/UFF). E-mail: nathaliakrolina@hotmail.com

<sup>3</sup> Bolsista FAPERJ; Acadêmica do 9º Período de Enfermagem (EEAAC/UFF). E-mail: marcelasch@gmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica do 6º Período de Enfermagem (EEAAC/UFF). E-mail: brunaspna@hotmail.com

<sup>5</sup> Acadêmico do 5º Período de Enfermagem (EEAAC/UFF). E-mail: rodrigofmota@hotmail.com

<sup>6</sup> Orientadora. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta MEM/UFF. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica (NEPEG). E-mail: rosifesa@yahoo.com.br.

<sup>7</sup> Acadêmica do 6º Período de Enfermagem (EEAAC/UFF). E-mail: patypereira88@hotmail.

**Trabalho 114 - 2/5**

Diagnosis Association) construiu um sistema de classificação de diagnósticos que envereda pela condensação dos problemas de enfermagem detectados pelo profissional quando na sua atuação com o paciente. Objetivo: frente ao que foi previamente descrito, esse estudo objetivou apresentar os principais Diagnósticos de Enfermagem segundo a NANDA para os problemas encontrados na população alvo da pesquisa. Materiais e método: utilizamos a abordagem quantitativa de caráter exploratório. O estudo foi sediado na Casa da Cidadania (4 idosos), a Fundação Leão XIII (124 idosos) – instituições governamentais e a Toca de Assis (37 idosos) – instituição filantrópica religiosa, programas que visa acolher pessoas em situação de rua oferecendo assistência social, tanto na sede, como na própria rua. Foram selecionados sujeitos em situação de rua com idade igual ou superior a 60 anos. O período de coletas de dados foi de Julho de 2008 a setembro 2009. Utilizamos um formulário adaptado do modelo proposto por Carpenito, Testes e Escalas utilizadas para avaliação multidimensional em idosos: MEEM, Lawton, Katz e EDG. Os dados coletados foram digitados, distribuídos em forma de tabela e inicialmente estudados através de análise descritiva simples. Os resultados serviram de ferramenta para elaboração dos diagnósticos. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas-Hospital Universitário Antônio Pedro/ UFF sob o protocolo nº CAAE 0049.0.258.000-08, de acordo com a resolução 196/96. Resultados: buscando identificar os diagnósticos de enfermagem, os resultados apontam uma gama de necessidades que emergem da população alvo, sendo identificados 56 diagnósticos, e os mais incidentes foram: risco para quedas (133), dentição

**Trabalho 114 - 3/5**

prejudicada (102), manutenção ineficaz da saúde (84), comunicação verbal prejudicada (61), integridade da pele prejudicada (45), déficit de volume de líquidos (36) e dor crônica (36). O diagnóstico de “Manutenção Ineficaz da Saúde” esteve presente em 51,2% da população, os fatores relacionados a esse diagnóstico são: Insuficiência de recursos (48) e Enfrentamento individual ineficaz (46), caracterizados por: Incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde (49) e prejuízo dos sistemas de apoio pessoais (45). O contexto social em que esses idosos vivem, a falta de acesso à informação e aos veículos que a dispersam pela sociedade e de recursos financeiros limitam de forma decisiva a manutenção de um padrão de vida que permita ao idoso gozar de boa saúde. O “Volume de Líquidos deficiente” (21.9%) tem como fator relacionado: falha dos mecanismos reguladores (36) e como características definidoras: pele seca (16) e diminuição do turgor da pele (7), estas estão ligadas ao processo de envelhecimento natural do indivíduo, mas pode-se intensificar com a presença de co-morbidades. O diagnóstico “Comunicação Verbal Prejudicada” (37,2 %) relaciona-se à população por esta possuir, principalmente: Alterações no sistema nervoso central (35), barreiras psicológicas (18) e percepções alteradas (15), está caracterizado por: fala com dificuldade (44) e dificuldades para expressar verbalmente os pensamentos (34). Há alterações funcionais que ocorrem no sistema nervoso do idoso que são fisiológicas à sua idade. O “Risco de quedas” (81,1%) está principalmente relacionado à idade acima de 65 anos (72), com diminuição da acuidade auditiva (42) e visual (40) e estado mental rebaixado (25). Outros fatores contribuintes para o diagnóstico acima referem-se aos cadeirantes, usuários de

**Trabalho 114 - 4/5**

bengalas e muletas e portadores de problemas físicos. O diagnóstico “Dentição Prejudicada” aparece em 62,02% da população, os principais fatores relacionados são: barreiras econômicas ao cuidado profissional (64), barreiras ao autocuidado oral (26) e conhecimento deficiente a respeito da saúde dental (20) e as características definidoras que mais se destacam são: ausência de dentes (57), falta de alguns dentes (16) e dentes estragados (10). A “Integridade da pele prejudicada” (20,7%) possui como fatores relacionados: fatores mecânicos (13), mudanças no turgor (12) e circulação prejudicada (12). E como características definidoras encontramos: rompimento da superfície da pele (14) e destruição das camadas da pele (12). Diante das dificuldades vivenciadas por esses idosos, a necessidade de ofertar conforto físico se expressa claramente no diagnóstico de “Dor crônica” (20,7%), que tem como principal fator relacionado: incapacidade física crônica (33) e como característica definidora o relato verbal de dor (34), o que remete a necessidade da atuação do profissional de enfermagem nesse diagnóstico, proporcionando uma intervenção adequada a essa classe. Com esses diagnósticos verificamos que os domínios mais afetados foram: segurança/proteção e promoção da saúde, o que remete a necessidade de cuidados e de efetivação de ações permanentes em saúde para esses idosos.

Conclusão: Através dos diagnósticos apresentados, evidencia-se que a saúde é muito além de uma questão fisiológica, mas resultados de condições e de políticas que promovam verdadeiramente um bem-estar em todos os âmbitos que compõe a qualidade de vida. A gama de diagnósticos de enfermagem encontrados no estudo é relevante e nos leva a concluir que tal população

**Trabalho 114 - 5/5**

constitui um campo de atuação para a profissão que ainda precisa ser conquistado, conhecido e, por fim, sofrer uma atuação que venha a ter resolutividade dos problemas levantados. Os cuidados de enfermagem que podem ser implementados em uma população de rua devem compreender as relações macro e micro-sociais existentes no contexto que cerca esses idosos, de forma integral e complexa, visando amenizar os desafios impostos por tal condição de vida.

**Descritores:** diagnóstico de enfermagem; sem-teto; saúde do idoso.

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem

Trabalho 115 - 1/5

**IMPLANTAÇÃO DA SAE EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO  
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – RELATO DE  
EXPERIENCIA**

**Ângela Cristina Bueno Vieira**

**Selma Rodrigues Montefusco**

**Maria Madalena Borges**

**Nélio Barbosa Boccanera**

**INTRODUÇÃO**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste no desenvolvimento de uma metodologia da prática do enfermeiro, utilizando como meio de concretizar essa idéia o Processo de Enfermagem (PE), que pode ser entendido como uma forma de pensar que orienta o raciocínio clínico, levando por sua vez a julgamentos clínicos adequados a cada situação vivenciada pelos enfermeiros. Assim sendo, na SAE, o processo de enfermagem representa o caminho a ser percorrido pelos enfermeiros para alcançar resultados que melhorem a assistência de enfermagem. Na prática atual, o PE vem sendo utilizado de acordo com as seguintes fases: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem<sup>(1)</sup>. A Resolução COFEN 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<sup>(2)</sup>. A implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui uma exigência para as instituições de saúde pública e privada do Brasil. Desse modo, requer do profissional conhecer o paciente em sua totalidade, mediante o uso de seus conhecimentos e habilidades, orientando a equipe para implementação das ações sistematizadas.

O COFEN estabelece algumas orientações para a implantação desta resolução, tais como: Rever a formação do pessoal de nível médio em relação ao Processo de Enfermagem; Desenvolver novas abordagens de ensino e um amplo projeto de Educação Permanente que capacite os profissionais para aplicação do Processo de Enfermagem e Introduzir precocemente na formação profissional o significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem e das etapas do Processo de

### Trabalho 115 - 2/5

Enfermagem. Em várias experiências teórico-práticas, a implantação do PE tem sido lenta e difícil. Há resistência dos enfermeiros e isto deve-se muitas vezes à falta de experiência prévia em outros serviços, à visão de que o processo seja complexo, demande muito tempo e que por isso não seja factível na prática diária <sup>(3)</sup>.

Dentre as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implementação do processo de enfermagem, encontra-se a sobrecarga com atividades burocráticas que dificultam seu exercício profissional. Contudo, há enfermeiros engajados na sua aplicação, dispostos a transpor as dificuldades. São enfermeiros que tentam administrar o tempo e realizar suas tarefas com qualidade <sup>(4)</sup>.

#### OBJETIVO

Relatar a experiência de implantação do Processo de enfermagem na clínica médica de um hospital escola em Goiás.

#### METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência vivenciado pelos enfermeiros docentes e assistenciais que atuam na clínica médica de um hospital escola. A clínica médica é uma unidade que possui 59 leitos, 11 enfermeiros e 68 técnicos de enfermagem nos três turnos.

#### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na resolução do COFEN a diretoria de Enfermagem do HC/UFG iniciou em 2007, a implantação da SAE paulatinamente, por unidades (CL. Tropical, UTI, CL cirúrgica). No início de 2010 a equipe de enfermeiros da clínica médica do HC, iniciou a implantação nesta unidade. A partir de Fevereiro foram realizados oficinas/encontros mensais, onde a equipe de enfermeiros da clínica médica, a diretoria de enfermagem e acadêmicos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, realizaram estudos do Processo, e definição da melhor estratégia de para sua implantação. Após o primeiro encontro, iniciamos a utilização de um formulário (boletim informativo do paciente) que era preenchido pelos enfermeiros, e quando identificava um paciente com maior necessidade de cuidados realizavam a evolução e prescrição de enfermagem. Após um mês de experiência, realizamos o segundo encontro para avaliação, e retornamos a prática com dois instrumentos: boletim de informação com dados em chek

**Trabalho 115 - 3/5**

list, e um formulário de evolução diária da SAE também com chek list, que seria preenchido pelo enfermeiro principal do paciente. Neste segundo encontro realizamos uma escolha do método a ser utilizado para a implantação. Iniciou-se após varias discussões entre enfermeiros e técnicos de enfermagem qual seria o melhor modelo a ser adotado pela clinica. Após varias analise o grupo optou por utilização do Modelo Primary Nursing que é um modelo que utiliza o sistema de aplicação de serviço de enfermagem onde ocorre uma divisão dos pacientes de uma unidade por enfermeiros, sendo a prescrição realizada com validade de 24 horas <sup>(5)</sup>. Nos últimos anos os conceitos utilizados pelo Primary Nursing<sup>(5)</sup> introduzidos no Brasil tem mobilizado e motivado os enfermeiros na busca de respostas e novas propostas que orientem a organização e sistematização de sua assistência.

Durante o segundo momento conforme a literatura os enfermeiros da noite foram responsáveis por 04 pacientes e os do diurno por 07, sendo que nos plantões, ou diariamente, após a evolução e prescrição do paciente de sua responsabilidade, se houvesse tempo disponível ocorria o acompanhamento dos outros pacientes.

No terceiro encontro foi realizado uma avaliação desta etapa, onde os enfermeiros relataram que com esta sistemática, começaram a conhecer com detalhes as necessidade de cuidados do seu paciente e começaram a buscar o estudo de referenciais teóricos que dessem embasamento para suas escolhas de cuidados como a NANDA, e de livros sobre SAE, para melhorar a identificação dos diagnósticos, prescrever, evoluir e cuidar dos pacientes sobre sua responsabilidades. Outro ponto importante nesta situação foi o envolvimento do técnico em enfermagem que buscavam compreender o processo e realizar os cuidados de forma correta.

Instituímos um instrumento para coleta de dados do cliente e para admissão e um instrumento de orientação para alta. Sendo o primeiro formulário preenchido pelo enfermeiro principal e a orientação para alta pelo enfermeiro atuante no dia da alta. Durante o quarto momento, após levantamento dos principais diagnóstico de enfermagem, pensamos em buscar e elaborar instrumentos de prescrição, diagnóstico de enfermagem no formato eletrônico para facilitar o processo.

Atualmente estamos na quinta etapa de implantação que provalmente levará um maior tempo pois nesta etapa realizaremos a validação dos instrumentos e nos prepararmos para a inserção de toda equipe de enfermagem no processo.

#### Trabalho 115 - 4/5

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência mostrou a viabilidade da implantação do Processo de Enfermagem, possibilitando o crescimento profissional a toda equipe de enfermagem. Verificou-se que os obstáculos apresentados não inviabilizaram o propósito da equipe de enfermeiros de desempenhar com competência suas atividades no cotidiano e manter como meta a qualidade na assistência e valorização do trabalho proposto.

Apesar das dificuldades encontradas, estamos vencendo alguns obstáculos, como a conquista de autonomia do enfermeiro, que esta tendo oportunidade de ter preparo técnico-científico, aprimorar habilidades, aumentar a qualidade na assistência e a agilidade na documentação, além da unidade.

Consideramos que as etapas já realizadas foram de suma importância para o crescimento profissional da equipe e um grande passo para o atendimento a resolução do COFEN. Entendemos que o sucesso desta implantação dependerá da persistência, responsabilidade, apoio e integração da equipe de enfermeiros e técnicos da clinica médica/HC/UFG.

#### REFERENCIAS

1. North American Nursing Diagnosis Association, organizadores. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
2. COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Decisão nº 358, de 15 de outubro de 2009 - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. Brasília (DF); 2009
3. Lopes MHBM. Experiência de implantação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (Taxonomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. Rev latino Am Enfermagem. Ribeirão Preto (SP). 2000; Julho; 8 (3): 115-118.
4. Brandalize DL, Kalinowski CE. Processo de Enfermagem: Vivência na implantação da fase de diagnóstico. Cogitare Enfermagem. Curitiba (PR). 2005; set-dez; 10 (3): 53-57.
5. Manthey, Marie, A prática de Primary Nursing (Enfermeira principal) Halliday Lihograph Corporation, Minneapolis-Estados Unidos da América, 1980.

**Trabalho 115 - 5/5**

**Palavras-chaves:** Sistematização da Assistência, Enfermagem, Processo de Enfermagem na Prática Clínica

**Área Temática:** 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

Enfermeira da Clínica Médica/Hospital das Clínicas UFG, docente enfermagem Universidade Salgado de Oliveira. **Endereço para correspondência:** sramontefusco@hotmail.com

Trabalho 116 - 1/4

## MOBILIDADE COMPROMETIDA EM CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

**Introdução:** As crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) incluem aquelas, cuja fragilidade clínica gera demandas de cuidados complexos de caráter temporário ou permanente.<sup>1</sup> Quando hospitalizadas, o cuidar de CRIANES, particularmente aquelas com distúrbio neurológico, impõe novos desafios, tanto para os profissionais como para os familiares que a acompanham, como resultado da mobilidade física comprometida. Entretanto, a literatura científica pertinente a nomenclatura de diagnósticos de enfermagem tem apontado a mobilidade comprometida como um diagnóstico secundário, e pouco se sabe sobre a definição desse diagnóstico, se primário ou secundário, quando se trata de CRIANES com distúrbio neurológico. Assim, delimitou-se como questão de pesquisa: Como a literatura científica tem retratado o diagnóstico de mobilidade comprometida em criança? **Objetivos:** Identificar na literatura científica os diagnósticos secundários relacionados à criança hospitalizada com necessidade especial de saúde que apresenta mobilidade comprometida; correlacionar os diagnósticos secundários relacionados à criança hospitalizada com mobilidade comprometida estabelecidos na classificação da NANDA com a CIPE<sup>®3</sup> e analisar os diagnósticos de enfermagem que retratam a mobilidade comprometida em criança com necessidade especial de saúde hospitalizada. **Metodologia:** A pesquisa desenvolveu-se no período de Abril a Julho de 2010, é do tipo bibliográfica optando pelo método revisão integrativa<sup>4</sup>. O primeiro passo foi pesquisar em livro-texto de enfermagem pediátrica<sup>2</sup> os possíveis diagnósticos que as crianças com mobilidade comprometida poderiam apresentar. Depois, procedeu-se a busca nas base de dados Lilacs e Bdenf com os seguintes descritores: “diagnostico de enfermagem” [palavras] AND “criança” [palavras]; na base de dados Cuiden, com os descritores “diagnóstico de enfermería” AND “niños”. Os critérios de inclusão foram os artigos completos em português, inglês ou espanhol que constam nos periódicos científicos, que incluísse o tema assistência de enfermagem às crianças com necessidades especiais de saúde, limitação da mobilidade

**Trabalho 116 - 2/4**

ou imobilização. Os critérios de exclusão foram artigos ou resumos que não utilizam a abordagem e também aqueles que apenas citam a temática e não a aprofundaram, em línguas estrangeiras e em português e que estejam repetidos nas diferentes bases de dados. Ao final do levantamento bibliográfico nas bases de dados, foram selecionados 09 artigos para análise para leitura do texto completo. Tomou-se como referência no texto do artigo, a apresentação dos resultados e a discussão dos dados em sua forma descritiva. **Resultados:** Dos nove artigos analisados todos (100%) foram publicados em revista de enfermagem que abordam assuntos gerais de enfermagem. Apenas um artigo (11,11%) foi publicado em 2001 e dois (22,22%) foram publicados em 2008, sendo os mais recentes. Os anos mais publicados foram 2006 e 2007 com três (33,33%) artigos publicados em cada um desses anos. Todos os artigos foram publicados após a divulgação da CIPE<sup>®</sup>. Em relação ao tipo de pesquisa, observamos que quatro (44,44%) dos nove artigos são estudos quantitativos. Além desses, foram dois (22,22%) estudos quanti-qualitativos, um (11,11%) estudo explicativo e retrospectivo, uma (11,11%) revisão de literatura e um (11,11%) estudo de caso. No que compete as instituições cenário das pesquisas, observa-se que sete (77,77%) dos nove estudos foram realizados na área de internação hospitalar pediátrica; um (11,11%) foi realizado em uma escola de jardim de infância e o outro foi uma revisão de literatura. Isto pode sugerir que um dos principais locais onde são realizados os diagnósticos de enfermagem são os hospitais. A maioria dos artigos (90%) utilizou a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e 10% dos estudos utilizaram a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>). **Discussão:** Observaram-se pelos títulos que os artigos contemplam diversas áreas do conhecimento científico da enfermagem pediátrica, como por exemplo, as áreas de cardiologia, oncologia, respiratória e renal, mas não envolviam crianças com distúrbios neurológicos. Além disso, como se pode notar, todos os artigos foram autorados por enfermeiros e enfermeiras, contemplando assim: doutores, mestres, alunos de graduação e de pós-graduação. Os artigos abordaram diagnósticos diferentes, como por exemplo, tensão devido ao papel do cuidador e desobstrução ineficaz das vias aéreas como diagnósticos primários, enquanto a mobilidade comprometida foi mencionada como secundário a estes. Dentre os diagnósticos de enfermagem apontados,

**Trabalho 116 - 3/4**

os três que mais se destacaram foram limpeza das vias aéreas comprometida, padrão respiratório comprometido e risco para infecção. Apesar de serem citados nos artigos, os diagnósticos não apresentavam relação direta com CRIANES com diagnóstico de mobilidade física comprometida **Conclusão:** Constata-se uma lacuna de conhecimento sobre o diagnóstico de mobilidade física comprometida entre CRIANES com distúrbio neurológico, o que resulta em dificuldades no momento de se planejar a assistência no campo de prática da enfermagem pediátrica. Na presente revisão integrativa pode-se concluir que a participação do enfermeiro nas produções e publicações científicas é de suma importância, principalmente na área da enfermagem pediátrica, pois é uma forma de melhorar tanto a assistência prestada às crianças como para o próprio crescimento da profissão. Notou-se que todos os estudos utilizados nesta pesquisa abordaram sobre algum diagnóstico de enfermagem, e em sua maioria houve a utilização da taxonomia de NANDA.. É importante ressaltar que as CRIANES com tal diagnóstico poderão desenvolver outros diagnósticos secundários, como: Baixa auto-estima, Desenvolvimento e Crescimento diminuídos, Padrão de eliminação intestinal comprometido e Integridade da pele comprometida. Por isso, é de suma importância que o enfermeiro realize estudos mais aprofundados para melhorar a assistência prestada as CRIANES hospitalizadas, já que são esses profissionais que devem prestar uma assistência de forma integral.

**Referencias:**

- 1- CABRAL IE, NEVES ET. **Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):527-38. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a09.htm>.
- 2- WONG DL. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica – elementos essenciais à intervenções efetiva. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2007.
- 3- MENDES KDS, SILVEIRA, RCCP, GALVAO CM. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2008; 17(4):758-764.

**Trabalho 116 - 4/4**

- 4- MURR AC, MOORHOUSE MF, DOENGES ME. **Diagnósticos de Enfermagem. Intervenções/Prioridades/Fundamentos.** 10ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2009.

Trabalho 117 - 1/4

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE PORTADOR DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE. Cintia de Carvalho Silva<sup>1</sup>, Estela Rodrigues Paiva Alves<sup>2</sup>, Raquell Alves de Araújo<sup>3</sup>, Elaine Cristina Tôrres de Oliveira<sup>4</sup>, Regina Célia de Oliveira<sup>5</sup>, Mônica Fidelis de Ataíde<sup>6</sup>

**INTRODUÇÃO:** A enfermagem em sua assistência a saúde visa promover o bem-estar do cliente ao atendê-lo em suas necessidades básicas; de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais, visando sempre a uma assistência de forma holística considerando o indivíduo em seu aspecto biopsicossocial<sup>1</sup>. A enfermagem é arte e ciência e suas ações assistenciais refletem numa prática humanística, principalmente, às reações dos pacientes e de suas famílias, frente aos problemas de saúde reais e potenciais<sup>2</sup>. Como profissão, ela tem evoluído nos últimos anos apresentando uma assistência ao enfermo fundamentada em conhecimentos científicos e organizada através do surgimento dos sistemas de classificação de enfermagem. Desta forma, procura-se estabelecer as bases para uma assistência sistemática e científica. Os sistemas surgiram para explicar e direcionar a assistência prestada ao enfermo, com base num marco conceitual próprio<sup>3</sup>. Assim, para a organização do cuidar, através de uma atenção holística, a enfermagem criou uma metodologia de organização de sua assistência, o processo de enfermagem. Nesse contexto, a assistência foi realizada em um paciente com o diagnóstico médico de Espondilite Anquilosante. Trata-se de uma doença crônica, com inflamações progressivas na coluna vertebral, cuja calcificação produz soldaduras, com limitações e incapacidade cada vez maior dos movimentos. Essa patologia acomete articulações da

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco. Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Pernambuco. Rua Olavo Bilac, 368, Indianópolis, Caruaru - PE, CEP: 55026205. [cintianegotita@yahoo.com.br](mailto:cintianegotita@yahoo.com.br).

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestrando em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco. Especialista em Terapia Intensiva na modalidade Residência.

<sup>4</sup>Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Pernambuco

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora e Mestra em Enfermagem. Prof.<sup>a</sup> Adjunto da Universidade de Pernambuco.

<sup>6</sup>Graduanda de Enfermagem do 9º período da Universidade de Pernambuco.

<sup>5</sup>

<sup>6</sup>

**Trabalho 117 - 2/4**

coluna vertebral, principalmente as sacro-ilíacas, e em menor frequência ocorre artrite periférica e manifestações extra-articulares <sup>4</sup>. No quadro clínico, o paciente apresenta dor leve na lombar ou na transição dorso lombar de início insidioso, às vezes agudo de difícil localização. À medida que a afecção evolui, ocorre afinidade pela região correspondente a coluna lombar ou articulação sacro-ilíaca. A dor apresenta intensidade variável, geralmente com piora vespertina, noturna ou após períodos de inatividade. Melhora com exercícios e banhos quentes. Outro sintoma é a rigidez vertebral matutina presente por até sessenta minutos, podendo persistir por três ou mais meses, às vezes, há dificuldade em sair da cama podendo despertar com dor durante o sono, que cessa ao se levantar. Em relação às articulações, as periféricas podem ser acometidas, em especial, nos joelhos e tornozelos de forma assimétrica podendo preceder o envolvimento da coluna vertebral. Na coluna cervical, pode ocorrer dor, limitação de movimentos, retificação e até perda da lordose fisiológica normal, alterações que às vezes levam a uma projeção da cabeça para frente: a síndrome da cauda eqüina que é uma complicação rara e se traduz por um quadro de dor insidiosa nas nádegas e nas faces internas das coxas e pernas, com alterações sensoriais e motoras. A doença, também, pode acometer os olhos, pulmões, coração e aparelho genito-urinário <sup>2</sup>. O diagnóstico é baseado, fundamentalmente, em três pilares: a sintomatologia clínica, as alterações radiológicas e a determinação do HLA-B27 (essa tipagem é positiva em torno de 90% dos casos). Essa doença é suspeitada em todo o indivíduo do sexo masculino e jovem que apresente um histórico de dores lombares que pioram pela madrugada ou em todo indivíduo jovem com sintomas de talalgia, esternalgia, ou uveíte anterior aguda sem causa definida e poliartrite com acometimento preferencial das juntas inferiores <sup>4</sup> **OBJETIVO:** Este estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem ao cliente portador de Espondilite anquilosante utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem com embasamento nos sistemas de classificação NANDA e NIC. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, através de um estudo de caso realizado a um portador de Espondilite anquilosante durante o estágio curricular de alunas da graduação da Faculdade Nossa Senhora das Graças – FENSG da Universidade de Pernambuco-UPE. O estágio foi realizado na clínica médica no período de Maio a Junho de 2009. A escolha do cliente se deu de forma aleatória entre os internos da enfermagem. Os dados foram coletados por meio de um instrumento estruturado e

**Trabalho 117 - 3/4**

norteado pela Teoria das Necessidades de Humanas Básicas de Horta. Utilizando, pois, as técnicas de entrevista, exame físico e observação. Posteriormente, a análise dos dados, foi feita a identificação dos problemas de saúde que mereciam intervenção de enfermagem utilizando para o estudo de caso o Sistema de Classificação NANDA no qual foi identificado os principais diagnósticos. Assim, foi feita em seguida a prescrição da Assistência de enfermagem e um plano de cuidados baseado na Classificação das Intervenções de enfermagem- NIC. A implementação do plano assistencial foi realizada e em seguida foi feita a avaliação da assistência prestada. O estudo esteve de acordo com as normas que regem o código de ética dos profissionais de enfermagem e pesquisas envolvendo seres humanos obtendo parecer favorável. **RESULTADOS:** Os principais *diagnósticos* de enfermagem obtidos a partir da identificação dos problemas que mereciam intervenção da enfermagem foram: **Dor**, relacionada à inflamação e atividade patológica aumentada, evidenciado por verbalização e movimentação articular prejudicada; **Mobilidade física prejudicada**, relacionada à amplitude de movimento diminuída, a locomoção, evidenciado por verbalização e expressão facial ao movimento; **Sono e repouso prejudicados**, relacionado à dor, evidenciado por fadiga e verbalização; **Ansiedade**, relacionada à hospitalização e déficit do conhecimento sobre a doença, evidenciado por preocupações expressas; **Déficit do conhecimento sobre a doença**, relacionado à falta de informação sobre a patologia, evidenciado por verbalização do problema; **Baixa auto-estima situacional**, relacionado à cronicidade da doença, evidenciado por verbalizações negativas. Após a formulação dos diagnósticos de enfermagem encontrados, segundo o sistema de classificação NANDA, foram observados quais os objetivos e metas a serem alcançadas e, então, foi elaborada pelas alunas a prescrição da assistência em enfermagem através de um plano assistencial o qual para cada diagnóstico seguem-se as principais *intervenções* baseadas na NIC: **Dor** analisar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio; Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir adequadamente; Ensinar o uso de técnicas não-farmacológicas; utilizar um método de levantamento desenvolvimentalmente adequado que permita o monitoramento da mudança da dor e que auxilie na identificação dos fatores precipitadores reais e potenciais; oferecer alívio com analgésicos prescritos. **Mobilidade física prejudicada:** Orientar quanto aos cuidados com o repouso no leito; Realizar terapia com exercícios para o controle

**Trabalho 117 - 4/4**

muscular; Ensinar atividades e exercícios prescritos; Realizar terapia com exercícios mobilidade articular; Orientar a contenção física; Orientar o controle do peso. **Sono e repouso prejudicados:** Explicar a importância do sono adequado durante a doença; Determinar os efeitos dos medicamentos do paciente sobre o padrão de sono; Auxiliar a eliminar situações estressantes antes do horário de dormir; Adaptar o ambiente para promover o sono; Encorajar o uso de medicamentos(s) para dormir que não contenham supressores do sono na fase REN. **Ansiedade:** Esclarecer expectativas de estado do comportamento do paciente; Buscar compreender a perspectiva do paciente sobre uma situação temida; Realizar massagens nas costas/nuca, conforme apropriado; Oferecer atividades de diversão voltadas à redução da tensão. **Déficit do conhecimento sobre a doença:** Ensino através de grupos; Esclarecimento de valores; Redução da ansiedade; Assistência na auto-modificação; Aconselhamento. **Baixa auto-estima situacional:** Melhorar a imagem corporal; Auxiliar na reestruturação cognitiva; Proporcionar o aumento da socialização; Aumento do sistema de apoio. **CONCLUSÃO:** O processo de enfermagem consiste em uma série de ações que estão voltadas para a manutenção de uma alta qualidade de saúde por um maior período de tempo possível para um indivíduo. Nesse contexto, o estudo de caso possibilitou às alunas de graduação a compressão da importância da sistematização da assistência de enfermagem ao cliente. Permitindo, pois, identificar os principais diagnósticos relacionados à patologia e realizar uma prescrição da assistência de enfermagem baseado na NIC. Foi observado, portanto, que a avaliação do paciente por meio das intervenções propostas na NIC, favoreceu a uma melhoria na sua saúde considerando-o paciente de forma holística. **REFERÊNCIAS:** 1. Fernandes M, Fontes, W. Metodologia da assistência de Enfermagem. João Pessoa: Texto Roteiro; 2000, p. 60; 2. Potter p, Perry A. Grande Tratado de Enfermagem Prática – Clínica e Prática Hospitalar. 3 ed. São Paulo: Tempo, 1998; 3. Campedelli, M. Processo de Enfermagem na Prática. São Paulo: ÁTICA, 1989, p. 9-11; 4. Veiga G, Espondilite Anquilosante. [base de dados na Internet]. Brasil, 2004. [acesso em 2010 Abr 12]. Disponível em: <http://www.medicinacomplementar.com.br>. **Palavras chaves:** Diagnóstico de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Espondilite Anquilosante. **Área temática:** 1 - Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases de vida.

**Trabalho 118 - 1/4**

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DESAFIOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ASSISTENCIAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA. Cintia de Carvalho Silva<sup>1</sup>, Estela Rodrigues Paiva Alves<sup>2</sup>, Adriana Santana de Vasconcelos <sup>3</sup>, Fátima Maria Abrão<sup>4</sup>, Regina Célia de Oliveira <sup>5</sup>,

**INTRODUÇÃO:** O processo de trabalho realiza-se em etapas que, inicialmente, são executadas quando se tem mentalmente estruturado o objeto subordinado à realização de um fim havendo, pois, a obtenção de um determinado produto<sup>1</sup>. Em se tratando de processo de trabalho em saúde, o objeto necessita de cuidados e estes devem ser previamente definidos para que as finalidades das ações de saúde tenham êxito. Para tanto é preciso que a equipe interdisciplinar esteja ajustada de forma a prestar assistência integral. Visualizando esta modalidade de assistência se faz necessário que o profissional enfermeiro seja detentor de conhecimentos específico em sua área de atuação. Este conhecimento irá subsidiar a formulação de um plano assistencial capaz de influenciar positivamente o estado de saúde de sua clientela. De acordo com a Lei 7.498/86 o enfermeiro é o único profissional da equipe de enfermagem que irá prescrever a assistência de enfermagem. No entanto, no momento em que tais prescrições tornam-se intervenções de enfermagem a equipe de técnicos e auxiliares deve compreender a importância de sua implementação rigorosa para o sucesso no tratamento da clientela de saúde. E para que a finalidade das ações seja alcançada, o usuário passa a ser, não somente o sujeito das ações, mas também co-participante e co-responsável pelo êxito ou não das mesmas. Marx <sup>2-1987</sup> já afirmava que “no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim no objeto sobre o qual atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao se concluir o produto”. No entanto, o processo de trabalho, em enfermagem, não deve ser extinto no final visto que a finalidade das ações de saúde tem

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco. Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Pernambuco. Rua Olavo Bilac, 368, Indianópolis, Caruaru - PE, CEP: 55026205. [cintianegotita@yahoo.com.br](mailto:cintianegotita@yahoo.com.br).

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestrando em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem. Prof.<sup>a</sup> Adjunto da Universidade de Pernambuco

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem. Prof.<sup>a</sup> Adjunto da Universidade de Pernambuco.

<sup>4</sup>

<sup>5</sup>

**Trabalho 118 - 2/4**

um início, meio e continuidade. O fim não se encaixa nas ações de saúde, uma vez curado o usuário, a manutenção de sua saúde dependerá de uma educação continuada e que o profissional de enfermagem deve estar apto para promover a capacidade do seu cliente seja ele indivíduo, família ou comunidade. Sabe-se que na saúde, o processo de trabalho ganha especificidade uma vez que atua servindo a pessoas. Nesse tipo de serviço a assistência à saúde necessita de uma inter-relação em que o usuário recebe o resultado do processo e participa dessa assistência ao dar determinadas informações para que o ato técnico seja realizado. Assim, o produto que se obtém é o próprio resultado de ações desenvolvidas num agente ativo nesse processo. É indissociável, uma vez que colabora com a execução das práticas clínicas e com os resultados. Esses precisam ser informados para a sua evolução e só o agente ativo desse processo poderá informar sobre seu bem-estar. No entanto, nem sempre essas ações são executadas de forma interdisciplinar por um conjunto de categorias profissionais. A Enfermagem, por ser subdividida em categorias com nível de preparo técnico e intelectual diversificado, favorece essa dicotomia. Categorias que têm maior qualificação educacional e técnica ficam na concepção e administração do cuidado, enquanto que as categorias de menor qualificação executam o cuidado concebido inicialmente por outrem<sup>3</sup>. Com a fragmentação dos atos técnicos ocorridos na Enfermagem em suas categorias profissionais, o ato de cuidar considerando o indivíduo na sua totalidade, distancia-se desse objetivo. Com a enfermagem inserida no hospital e com o aumento crescente da complexidade hospitalar, é notável a fragmentação visto ser esta instituição uma empresa prestadora de serviços e empreendedora de cuidados, os quais, quase sempre, desconsideram a totalidade do indivíduo pelo maior fluxo de pacientes devido ao menor tempo de internação. O processo de trabalho na saúde tem como principal objetivo o desenvolvimento de uma assistência integral na qual se leva em consideração o indivíduo, seja ele adulto ou criança, como um ser indissociável de sua coletividade e pertencente a um determinado contexto histórico, no qual as ações de saúde devem resultar na continuidade das ações assistenciais e de ensino sobre prevenção, promoção e manutenção da saúde individual e coletiva. Assim, deve-se considerar que a assistência à criança hospitalizada depende de ações que deverão ser realizadas por uma equipe multiprofissional, considerando a criança em seu contexto biopsicossocial, além do uso dos meios e instrumentos que favorecerão a realização das atividades

**Trabalho 118 - 3/4**

assistenciais e permitirão realizar a produção do cuidado à criança enferma, tendo como objetivo a assistência holística à criança e, como foco, o binômio mãe-filho. Esses objetivos devem estar inerentes na concepção dos profissionais de enfermagem de maneira a respeitar a criança na sua doença contribuindo para a sua melhoria com humanização. **OBJETIVO:** Compreender a sistematização da assistência presente no processo de trabalho dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa acerca do processo de trabalho em enfermagem. A pesquisa foi realizada na unidade de internação pediátrica do hospital Universitário Lauro Wanderley, nos meses de janeiro a março de 2007 na cidade de João Pessoa. Para a coleta dos dados empíricos foi utilizada a técnica de observação participante. **RESULTADOS:** Durante a realização desta pesquisa pode-se observar que não há uma integração de ações entre a equipe de enfermagem. Isto influencia na utilização integral do processo de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. Observou-se que, a presença da mãe, nesse processo de produção do cuidado, foi resultado da delegação de tarefas pelos técnicos e auxiliares a ela, não havendo, pois, uma co-participação nas ações de saúde, já que o processo de negociação para viabilizar a participação da mãe no cuidado, não foi identificado. Na concepção desses profissionais, a presença da mãe, durante a assistência de enfermagem, foi vista com uma mão de obra a mais, não havendo, pois, a conscientização, por esses profissionais, sobre o verdadeiro papel da mãe durante a realização da assistência. O processo de cuidar envolve ações de saúde que devem ser realizadas, por técnicos e auxiliares de enfermagem, numa assistência integral à criança hospitalizada, no entanto, foi observada uma assistência centrada na patologia da criança enferma, e essa assistência não tinha o foco no binômio mãe-filho. Além disso, houve a realização de técnicas cujos meios e instrumentos, utilizados para a realização do processo de trabalho, além de que houve pouca atenção, pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, ao contexto biopsicossocial que levou a criança a se internar. Sabe-se que a assistência à criança hospitalizada envolve a presença de uma equipe multiprofissional e, também, da família. Esta, uma vez no hospital, modifica toda uma estrutura assistencial já estabelecida. **CONCLUSÃO:** A participação do usuário é importante, durante a assistência, não somente como sujeito, mas também como co-participante e co-responsável pelo êxito ou não das ações de saúde realizadas. Assim, o

**Trabalho 118 - 4/4**

modo de operar os serviços de saúde, em que o usuário é participante desse processo, definiu-se como um processo de produção do cuidado. Pais e equipe de enfermagem têm em comum o restabelecimento da saúde da criança, para que as ações de enfermagem não sejam atribuídas à responsabilidade dos pais. Torna-se, pois, indispensável um processo de negociação. Esse processo de negociação só será possível com a conscientização desses profissionais sobre a finalidade de seu trabalho na Clínica Pediátrica e a presença de um diálogo claro e explícito sobre o papel dos pais durante sua permanência com o seu filho no hospital. Evidencia-se que o essencial à enfermagem, em especial a categoria técnicos e auxiliares de enfermagem, é a necessidade de um trabalho contínuo aperfeiçoamento de ações de saúde, que não envolva só a prática mecânica assistencial, mas que possa considerar e ver o indivíduo como ser integral que tem uma história, sentimentos, cultura, família e que, por algum motivo, tornou-se enfermo e depende de seus cuidados. Dessa forma, podemos desenvolver uma enfermagem que realiza não somente uma assistência integral, mas, que sabe da importância dessa assistência para a recuperação da criança, assim como a finalidade de sua assistência. **REFERÊNCIAS:** 1. Mendes-Gonçalves, R. Medicina e história: raízes sociais del um trabajo médico. México: Siglo Veintiuno, 1984; 2. Mark Kl. O processo de trabalho e o processo de produzir mais valia. In: O Capital. São Paulo: Dief, livro I, vol 1, 1987, p. 201-210; 3. Bellato R, Pasti J, Takeda E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem Rev. Latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.5, n.1, p.75-81, janeiro 1997. **Palavras chaves:** Processo de Trabalho; Sistematização da Assistência em enfermagem; Criança hospitalizada. **Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

Trabalho 119 - 1/7

***PROCESSO DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS  
DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL PÚBLICO  
DO MUNICÍPIO DE POA/RS***

Rosane Costa Bordinhão<sup>1</sup>  
Rosália Figueiró Borges<sup>2</sup>  
Rosaura Costa Bordinhão<sup>3</sup>  
Paulo Ricardo Rocha Nogueira<sup>4</sup>

**INTRODUÇÃO:** A enfermagem evoluiu como profissão, uma vez que sua prática assistencial anterior era baseada no empirismo, sendo reflexo do século XIX. Atualmente, a enfermagem dispõe de uma grande variedade de ferramentas de trabalho, o que contribui para uma prática assistencial mais autônoma e com bases científicas, fornecendo maior subsídio para a tomada de decisão em seu cotidiano assistencial. A principal delas é o Processo de Enfermagem (PE). Os enfermeiros que utilizam-o em sua prática, tornam um saber/fazer mais humanizado e científico, contribuindo para que a profissão seja reconhecida como ciência e respeitada perante a equipe multiprofissional, paciente e familiares, alcançando, assim, a valorização do seu ser, seu agir pela demonstração de suas competências e habilidades do processo de cuidar. O Enfermeiro desenvolve o raciocínio clínico no momento em que avalia o doente, identifica as necessidades humanas básicas, focalizando os problemas e elaborando um plano de cuidados específico e individualizado. Assim, para que o processo de enfermagem seja realizado, é de suma importância que seja efetuada a avaliação clínica pelo enfermeiro. Contudo, evidencia-se um contra-ponto: a falta de registros destas informações nos prontuários dos pacientes deflagra uma identidade diferente para o enfermeiro, pois todo seu agir e o seu fazer na assistência torna-o invisível perante a equipe multiprofissional, paciente, familiar e instituição. A documentação é um requisito legal e indispensável para a prática de enfermagem.<sup>(1)</sup> **OBJETIVOS:** Conhecer a percepção dos enfermeiros em relação à aplicação do processo de enfermagem em seis unidades de internação de um hospital público de Porto Alegre/RS, identificando os conceitos de processo de enfermagem, demonstrando sua importância no contexto assistencial, assim como a aplicação das suas fases, e o apontamento das dificuldades para aplicação das etapas do processo de enfermagem no contexto assistencial. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo fenomenológico, exploratório descritivo com uma abordagem qualitativa. O enfoque do estudo é baseado

**Trabalho 119 - 2/7**

na Análise de Conteúdo de Bardin (1977).<sup>(2)</sup> O trabalho de campo foi realizado nas unidades de internação de especialidades clínicas e cirúrgicas, localizadas no 4º andar de um hospital de natureza pública da esfera Federal do Município de Porto Alegre/RS. A modalidade de seleção da amostra foi a proposital e/ou teórica. O quadro funcional da instituição perfaz um total de 346 enfermeiros e do local do estudo é composto de um total de 29 enfermeiros. A amostra do estudo foi composta por um total de 15 enfermeiros, sendo que desta amostra total do estudo perfazem 12 sujeitos da pesquisa e 3 os sujeitos para o estudo piloto. A coleta dos dados do presente estudo foi realizada através de uma entrevista semi-estruturada contendo quatro questões norteadoras, sendo : a primeira questão refere-se à percepção do entrevistado em relação ao conceito de processo de enfermagem. A segunda questiona a importância do processo de enfermagem na sua atuação como enfermeiro assistencial. A terceira abrange a forma como o entrevistado aplica as etapas do processo de enfermagem no atendimento assistencial. A quarta questão refere-se às dificuldades que o enfermeiro encontra em seu cotidiano assistencial para a aplicação do PE. A execução desta pesquisa atendeu à etapa prévia de apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital selecionado, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

**RESULTADOS:** A partir da análise das entrevistas dos 12 participantes foram identificadas unidades de registro que compuseram as categorias e subcategorias definidas pelas questões norteadoras do estudo. Os dados mostram que 75% das entrevistadas tem idade entre 30 à 34 anos, e destas o tempo de formação varia em média de 5 à 10 anos; e 25% compreendendo enfermeiras com idade entre 41 à 55 anos, e tempo de formação entre 14 à 29 anos. A idade e o tempo de formação estão diretamente relacionados à percepção do enfermeiro em relação ao processo de enfermagem, pois foi evidenciado no estudo que alguns enfermeiros com maior idade e tempo de formação tem maior dificuldade em conceituar o PE. Além disso, há um menor discernimento teórico de suas fases, pois a não utilização deste no seu cotidiano assistencial e a não apropriação dos conhecimentos teóricos desta metodologia, contribui para o esquecimento. A importância do processo de enfermagem é guiar, orientar o pensamento. À medida que os enfermeiros vão se tornando experientes, vai também tornando-se menos evidente que o pensamento foi conduzido por esse guia.<sup>(1)</sup> Todos os participantes da amostra demonstraram ter conhecimento da importância da

**Trabalho 119 - 3/7**

aplicação do processo de enfermagem em seu cotidiano assistencial, mas ficou evidente que não existe uma rotina pré-estabelecida para guiar a assistência de enfermagem destes profissionais. Sua implantação nas instituições de saúde é um trabalho complexo que poderia ser iniciado por unidades mais organizadas e de menor fluxo de pacientes, passando progressivamente para diferentes ambientes e a pacientes com diferentes graus de complexidade, incluindo os contextos de atenção primária, secundária e terciária à saúde. Para tanto deve vir acompanhado de um processo de educação permanente, que favoreça a transformação do atendimento em saúde, o refinamento das habilidades e competências clínicas e do trabalho em equipe.<sup>(3)</sup> Em relação à categoria 1- *percepção sobre o processo de enfermagem*, foi evidenciado que as entrevistadas possuem dificuldade em conceituar o processo de enfermagem, e que o mesmo é percebido como necessário, pois é um método sistemático que guia o cuidado prestado ao paciente, utilizado para dar subsídios na tomada de decisão do enfermeiro perante este cuidado. Na categoria 2 – *Aplicação das fases*, evidenciou-se que o processo de enfermagem não é aplicado, e algumas entrevistadas se contradizem, na medida em que relatam apenas fazer parte do processo, outras confundem suas etapas. Não existe uma padronização dos cuidados de enfermagem, cada enfermeiro administra o seu trabalho da sua maneira, e conforme suas prioridades, ou seja, é realizado a assistência de enfermagem e todos os seus procedimentos naquele determinado turno de trabalho, seguindo somente a prescrição médica, não existe um planejamento dos cuidados, tornando assim, a assistência de enfermagem fragmentada. Percebeu-se também que os registros não são realizados corretamente, ficando estes profissionais sem respaldo legal. Alguns enfermeiros relataram que fazem o registro somente de pacientes graves ou intercorrências. Também ordenam verbalmente as tarefas a serem realizadas, por isso é importante o enfermeiro direcionar-se ao encontro do conhecimento científico e valorizar o seu trabalho, buscando sistematizar sua assistência por meio da prescrição de enfermagem. Na categoria 3 – *Importância no trabalho*, evidenciou-se que os entrevistados demonstram que o processo de enfermagem é importante pois documenta a assistência prestada ao paciente, e acreditam que os mesmos são necessários para dar continuidade ao cuidado prestado. Também se evidenciou nesta categoria, que os entrevistados consideram que o processo de enfermagem propicia ao enfermeiro conhecer melhor o seu paciente, assim como os problemas que ele apresenta,

**Trabalho 119 - 4/7**

valorizando o cuidado e o trabalho do enfermeiro. A terceira categoria – *Importância no trabalho*, na subcategoria – *qualidade*. O estudo identificou que a principal importância do processo de enfermagem para os entrevistados é a qualidade na assistência que ele proporciona aos pacientes. Na categoria 4 – *Dificuldades para a realização das fases*, evidenciou-se que as entrevistadas percebem que há uma sobrecarga de trabalho em virtude de um número reduzido de enfermeiros assistenciais. Esta sobrecarga traria consequências para a qualidade da assistência prestada, uma vez que os enfermeiros se tornam plantonistas e priorizam as urgências e atividades administrativas a serem realizadas. Na categoria 4 – *Dificuldades para realização das fases*, em sua subcategoria – *Falta de tempo*, verificou-se no estudo que os enfermeiros atribuem como maior dificuldade para realização do processo de enfermagem o tempo indisponível durante sua jornada de trabalho. A pesquisa mostra que a falta de tempo dos enfermeiros para a realização do processo de enfermagem está diretamente relacionada com a sobrecarga de trabalho vivenciada diariamente. Na categoria 4 – *Dificuldades para a realização das fases*, em sua subcategoria – *Formalização institucional*. O estudo identificou que algumas enfermeiras atribuem como dificuldade para aplicação das fases do processo de enfermagem à instituição, em não priorizar esta prática em seu cotidiano assistencial. Percebe-se que a não adesão a aplicação do processo não é exclusivo de um único enfoque – a formalização institucional e sim da conscientização e reflexão do grupo de enfermeiras para a importância do uso da sistematização da enfermagem como ferramenta de identidade da categoria.**CONCLUSÃO:** Acredita-se que o processo de enfermagem deve ser priorizado na instituição em estudo, por ser um hospital escola necessita apropriar-se de metodologias técnico-científicas, para que os discentes que por lá passam, possam também utilizar desta prática assistencial. Mas para isso, acredita-se também, que seja necessário um processo de capacitação dos enfermeiros. Os resultados deste estudo contribuem para que os profissionais enfermeiros possam refletir quanto à importância da aplicação do processo de enfermagem como um instrumento sistemático para a melhoria do padrão da assistência oferecida. Neste sentido, o enfermeiro deve pensar no processo de enfermagem não somente como uma atividade de reflexão, mas que também possa abrir caminhos para colocá-lo em prática no seu cotidiano profissional, mesmo com todas as dificuldades que foram evidenciadas. Portanto, considerando a

**Trabalho 119 - 5/7**

relevância do processo de enfermagem para a prática assistencial do enfermeiro, foi observado a necessidade de se capacitar melhor os profissionais para a execução desta metodologia, trabalhando com instrumentos específicos que facilitem o trabalho do enfermeiro, de forma a oferecer um cuidado integral e qualificado aos pacientes usuários do serviço.

Palavras Chaves: Processo de Enfermagem. Cuidado. Diagnóstico de Enfermagem

Área Temática: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

**REFERÊNCIAS:**

1. *G Aidzinski*, Soares; Lima; Gutierrez; Monteiro da Cruz; Rogenski; Sancinetti 1º edição **2008**. 368 pág. Editora: ARTMED .

2. Bardin Análise L. de Conteúdo. Lisboa: edição 70, 1997.

1. *G Aidzinski*, Soares; Lima; Gutierrez; Monteiro da Cruz; Rogenski; Sancinetti 1º edição **2008**. 368 pág. Editora: ARTMED .

3. CARVALHO, E, C.; BACHION, M, M; DALRI, M. C. B.; JESUS, C. A. C. **Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil**. Revista Enf. UFPE On Line 2007; v.1, n.1.

**Trabalho 119 - 6/7**

<sup>1</sup> Enfermeira especializanda em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). [rosanebordinhao@hotmail.com](mailto:rosanebordinhao@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Centro Universitário La Salle – UNILASALLE.

<sup>3</sup> Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva. Enfermeira do Controle de Infecção do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Porto Alegre-RS. Mestranda em Educação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

<sup>4</sup> Enfermeiro especializando em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Trabalho 119 - 7/7**

Trabalho 120 - 1/4

## **DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EM UMA UNIDADE CIRÚRGICA DE ONCOLOGIA MAMÁRIA: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.**

Carina de Figueiredo Lopes<sup>1</sup>  
Cristiana Casseres dos Santos<sup>2</sup>  
Iris Bazilio Ribeiro<sup>3</sup>

### **RESUMO**

**Introdução:** Trata-se de um estudo descritivo dos diagnósticos de enfermagem frequentes no pós-operatório de cirurgias oncológicas mamárias, construídos de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/CIPE. A elaboração dos diagnósticos teve como fatores motivadores o processo de acreditação hospitalar, a sistematização da assistência de enfermagem, informatização do processo de enfermagem e a busca pela qualidade do cuidado. O diagnóstico de enfermagem é um processo complexo envolvendo raciocínio crítico e competência clínica. Requer do enfermeiro resgate do conhecimento adquirido ao longo da sua experiência acadêmica, profissional e compreensão de que a sua realização está relacionada diretamente com a qualidade da assistência de enfermagem praticada assim como a valorização e reconhecimento social da profissão. Para que o enfermeiro estabeleça um diagnóstico de enfermagem, que constitui a base para o planejamento da assistência, torna-se necessário primeiramente identificar de forma correta, o foco de enfermagem da CIPE. A não realização do diagnóstico de enfermagem torna o cuidado fragmentado, com a prescrição de cuidados que não refletem as reais necessidades do paciente. A prática de Enfermagem vem demonstrando, ao longo dos anos, a necessidade da construção de um vocabulário próprio, preciso e consensual, que não só permitisse a sua definição como ciência, mas que proporcionasse uma aplicação mais eficaz de seus princípios, métodos e técnicas. <sup>1</sup>Enfermeira. Chefe de Enfermagem da unidade de internação cirúrgica do hospital de câncer III/INCA. Plantonista do Instituto de Traumatologia-Ortopedia/INTO. End. Rua Patrício Teixeira. Nº 180. Campo Grande. CEP: 23076-040. End. Eletrônico: [carinaflopes@hotmail.com](mailto:carinaflopes@hotmail.com).

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem/UERJ. Diarista da unidade de internação cirúrgica do hospital de câncer III/INCA. Coordenadora de Assistência de Enfermagem da Maternidade Escola/CAE/UFRJ. End. Rua Padre Ildefonso Penalba. Nº 178. Méier. CEP: 20775-020. End. Eletrônico: [criscasseres@hotmail.com](mailto:criscasseres@hotmail.com)

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutoranda pela EEAN/UFRJ. Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Extensão de Enfermagem da Maternidade Escola da UFRJ. Chefe da Seção de Unidade Intermediária Cirúrgica do HUPE/UERJ. Coordenadora do Projeto Sistematização da Assistência - Financiado pelo CETREINA/UERJ. Professora de Pós-Graduação da Universidade Gama Filho. End. Rua Miguel Ângelo, 600, bloco 04, aptº303. Cachambi. Rio de Janeiro. CEP: 20785-225. End. Eletrônico: [irisbazilio@gmail.com](mailto:irisbazilio@gmail.com).

### Trabalho 120 - 2/4

e técnicas. O paciente é tratado em sua complexidade com determinantes biológicos, culturais, ambientais, familiares e emocionais. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem proporciona uma linguagem universal, onde estabelece uma definição e descrição da prática profissional, possibilita assim a melhoria da qualidade das ações prestadas ao cliente, uma vez que aprimora o julgamento clínico do profissional e o cuidado realizado pela equipe de enfermagem. A CIPE enquanto linguagem unificada do cuidado de enfermagem, não está fundamentada em uma teoria de enfermagem e também não adota o modelo biomédico como guia de suas ações. Está classificatória é direcionada pela prática de enfermagem baseada em evidências. Neste sentido, a enfermagem deve buscar evidências para fundamentar seus diagnósticos, intervenções e resultados, ou seja, sua assistência. **Objetivo:** Descrever os diagnósticos de enfermagem prevalentes no pós-operatório de cirurgias oncológicas mamárias com base no modelo dos sete eixos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1. A elaboração dos diagnósticos teve como foco as respostas humanas a doença e tratamento cirúrgico. Pretende-se com o estudo que os enfermeiros passem a trabalhar com os diagnósticos mais comuns, adquirindo habilidade no uso e promover os cuidados específicos, individualizados, garantindo a qualidade da assistência. **Metodologia:** Consiste numa abordagem quantitativa, através de um estudo descritivo dos diagnósticos de enfermagem prevalentes no pós-operatório de cirurgias mamárias de um hospital de referência para o tratamento oncológico na cidade do Rio de Janeiro. Fundamentou-se no sistema de 7 eixos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1, que permitiu através de cruzamentos de vocabulários dos eixos existentes a elaboração do diagnóstico específico. Trata-se de um sistema de composto de três elementos: fenômenos, intervenções e resultados. O uso desse sistema estabelece padrões de cuidados, que podem ser utilizados em qualquer parte mundo, como também impulsiona uma padronização da linguagem de enfermagem. Os eixos utilizados foram: foco (área de atenção relevante para enfermagem), julgamento (opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem), meios (maneira ou método de desempenhar uma intervenção), tempo (o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência) e localização (orientação espacial e estrutura física que específica à posição de um foco). Os diagnósticos de enfermagem foram construídos em

**Trabalho 120 - 3/4**

resposta aos problemas, necessidades e potencialidades apresentada pelo cliente no pós-operatório das cirurgias radicais (mastectomia radical modificada e mastectomia simples) e conservadoras (segmentectomia, tumorectomia, biópsias, centralectomia, dutectomia e ampliação de margens). O respeito à individualidade e à privacidade dos participantes foram assegurados, assim como o sigilo dos nomes. **Resultados:** Diagnósticos mais prevalentes foram: ferida cirúrgica atual em tórax anterior (378), ferida cirúrgica atual em mama (333), dor atual em ferida cirúrgica (449), dor neurogênica atual (224), sangramento atual por dreno em axila (378) e sangramento diminuído e processo de secreção iniciado por dreno em axila (371). Os diagnósticos são construídos diariamente nessa unidade, gerando um plano de cuidados eficiente. Busca-se através desse sistema de classificação unificar e integrar a assistência de enfermagem associando os diagnósticos, intervenções e resultados da prática. **Conclusão:** O diagnóstico de enfermagem abre possibilidades para o desenvolvimento da enfermagem porque cria uma linguagem própria para descrever as alterações de saúde, de risco e estado de bem estar do cliente que o enfermeiro tem competência para resolver. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1 é um sistema pouco conhecido e reconhecido pelos enfermeiros. Salienta-se a resistência à mudança de referencial, a falta de domínio desse referencial e ausência de modelos institucionalizados do processo de enfermagem como limites para sua utilização. Os desafios na apropriação desse conhecimento existiram e existem, exigindo do profissional uma busca por aperfeiçoamento profissional e de pesquisa. Os diagnósticos de enfermagem descritos facilitaram e melhoraram a qualidade das intervenções de enfermagem. Novos diagnósticos têm sido identificados e discutidos com a equipe de enfermagem a luz do conhecimento teórico produzido da temática.

Palavras-Chaves: Enfermagem, Oncologia e Diagnóstico.

**Trabalho 120 - 4/4**

**Referências**

1. Pfeilsttcker D C, Cadê N V. Classificação Internacional para Prática de Enfermagem: Significados atribuídos por docentes e graduandos de enfermagem. Revista de Enfermagem UERJ 2008; 16 (2): 236-42.
2. Lopes RAM, Macedo DD, Lopes MHBM. Diagnósticos de Enfermagem mais freqüentes em uma unidade de internação de oncologia. Revista. Latino-am.enfermagem 1997; 5 (4): 35-41.
3. Pasini D, Alvim I, Kanda L, Mendes RSP, Cruz DALM. Diagnósticos de Enfermagem de Pacientes em Unidades de Terapia Intensiva. Revista Escola de Enfermagem da USP1996; Dez 30; 3: 501 -18.
4. Classificação Internacional para Prática de Enfermagem/CIPE, versão1. Algol 2007.
5. Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do Registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn 2005; maio-jun; 58(3): 325-9.

Trabalho 121 - 1/5

DIFICULDADES DO PROCESSO DE PENSAMENTO ENVOLVIDO,  
NA APRENDIZAGEM DIAGNÓSTICA EM ENFERMAGEM:

OLHAR METACOGNITIVO

SILVA, Ana Gracinda Ignácio da Silva<sup>1</sup>

PEIXOTO, Mauricio Abreu Pinto<sup>2</sup>

BRANDÃO, Marcos Antonio Gomes<sup>3</sup>

<sup>1</sup>

**Introdução:** O processo cognitivo de elaboração dos diagnósticos, que é comumente denominado de raciocínio diagnóstico, exige de alunos e profissionais de enfermagem competência de nível elevado. Dado que não se trata de atividade corriqueira, o aprendizado do diagnóstico requer monitoramento e controle do pensamento, e isso pode ser alcançado por meio da metacognição<sup>1</sup>. Metacognição abrange a monitoração do sistema cognitivo e emocional. Foi termo introduzido por Flavel em 1970 para definir conhecimento sobre os próprios processos e produtos cognitivos. Nessa perspectiva depreende-se a competência do indivíduo que precisa refletir sobre seus processos mentais<sup>2</sup>. Atividades de maior dificuldade, complexidade, e com certo grau de ineditismo costumam requerer do indivíduo a aplicação do processo de reflexão, o que não costuma acontecer em processos repetitivos, de reprodução de ações automatizáveis, e extremamente familiares. No processo de aprendizagem diagnóstica, a metacognição traz muitos benefícios, dentre outros, pode determinar o modo de o aluno melhorar o seu desempenho e organizar seu pensamento e, ainda, prevê o grau de aprendizagem de determinado tópico<sup>3</sup>. **Objetivos:** este estudo tem como objeto a Aprendizagem do Diagnóstico de Enfermagem por alunos do curso de graduação em enfermagem, com objetivo de investigar, na perspectiva metacognitiva, a aprendizagem do diagnóstico de enfermagem na área hospitalar, de alunos concluintes do curso de graduação. **Metodologia:** Estudo de natureza qualitativa e descritiva, que teve como contexto o Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição pública de ensino superior, no município de Belém-Pará. Os sujeitos participantes da pesquisa

<sup>1</sup> Enfermeira, mestre em Enfermagem, docente da Universidade do Estado do Pará. Doutoranda da EEAN/UFRJ, bolsista do CNPq anagracinda@terra.com.br

<sup>2</sup> Médico, doutor e pesquisador do NUTES/UFRJ. Orientador

<sup>3</sup> Enfermeiro, doutor e pesquisador NUCLEART/NUTES/UFRJ. Co-orientador

**Trabalho 121 - 2/5**

foram 19 alunos, dos 22 matriculados na quinta série deste curso, que cursavam o último estágio supervisionado na área hospitalar. A escolha dos participantes se deu sob a forma de censo. A técnica de produção de dados foi entrevista orientada por um roteiro semi estruturado, registradas em formato digital. O período de produção dos dados abrangeu de agosto a novembro de 2009. Os dados foram armazenados no computador no programa “Voice Editing”, e então reproduzidos e transcritos na íntegra para análise. Após a transcrição, todas as entrevistas foram validadas pelos sujeitos que as concederam. Foi realizada a análise temática, tendo por bases variáveis empíricas identificadas a partir de unidades de significação<sup>4</sup>. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, 26/05/2009, protocolo nº 22/09, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos sujeitos, cujo anonimato foi mantido por identificação em pseudônimo. **Resultados:** Os alunos entrevistados estavam na faixa etária de 21 a 52 anos de idade, mas, preponderantemente com 22 - 23 anos de idade (10 sujeitos). Em relação ao gênero, os entrevistados foram cinco homens e quatorze mulheres. A partir da organização e análise de conteúdo temática das entrevistas, foi identificada a temática “Aprendizagem” e a subtemática ‘dificuldades de aprendizagem diagnóstica’, que emergiu do material empírico. As dificuldades na aprendizagem do diagnóstico de enfermagem foram informadas por doze (12) alunos, quatro (04) negaram sua ocorrência e três (03) tiveram dúvidas em suas assertivas. À luz dos resultados, aprender a fazer diagnóstico de enfermagem foi considerada tarefa difícil para a maioria dos alunos pesquisados por diversos motivos, e em diferentes níveis de dificuldade. Entre as dificuldades apontadas no processo de aprendizagem diagnóstica, estão as relacionadas ao **processo mental** necessário para organização e uso do conhecimento diagnóstico, mas especificamente, dificuldades relacionadas à: 1) dúvidas sobre o que investigar; 2) não saber o que fazer com os dados do paciente 3) não saber discernir se é diagnóstico médico, ou diagnóstico de enfermagem; 4) como chegar ao diagnóstico. Frente ao paciente, o aluno se diz não ter clareza do que deve investigar, para subsidiar o diagnóstico de enfermagem, essa dificuldade leva a outro aspecto, que é o que fazer com esses dados. Neste caso, há dificuldades de percepção pelo aluno, da ação diagnóstica como consequência, ou resultado natural da avaliação e evolução do paciente, e que ele, obrigatoriamente realiza, assim como, de tomar consciência do processo de pensamento envolvido, na aplicação do conhecimento diagnóstico. Como

**Trabalho 121 - 3/5**

se houvesse uma cisão completa entre a vida da prática, e o manual diagnóstico. Enquanto que na anamnese de enfermagem, histórico, evolução ou qualquer registro da avaliação clínica do paciente, lá estarão contemplados as características definidoras e fatores relacionados ou de riscos, que vão resultar em um diagnóstico. Não saber discriminar, se o problema evidenciado é compatível com diagnóstico médico ou de enfermagem, significa que, do ponto de vista cognitivo, o diagnóstico de enfermagem é algo invisível, porque está oculto pelo diagnóstico médico. Isso quer dizer, que o aluno de enfermagem aprende, e valoriza sinais e sintomas relacionados à entidade nosológica médica, em detrimento daqueles que caracterizam a prática de enfermagem. Não saber como chegar ao diagnóstico de enfermagem, está relacionado ao raciocínio envolvido no processo diagnosticar. O raciocínio inclui a percepção de auto-eficácia, que se relaciona com as crenças pessoais do aluno, na sua capacidade de se organizar para efetuar os atos requeridos para conseguir uma realização. As fontes de informação para a percepção da auto-eficácia estão nas experiências, na persuasão verbal e estado afetivo ou fisiológico. Esses elementos são imprescindíveis ao contexto do uso do processo diagnóstico, na aprendizagem clínica<sup>5</sup>. O processo de aprendizagem do raciocínio diagnóstico precisa ser desenvolvido de forma cognitiva, e é fundamental também, a tomada de consciência pelo estudante, de como esse processo acontece. Neste aspecto, o controle e a monitoração do processo cognitivo diagnóstico são essenciais para, a compreensão do processo de pensamento envolvido no raciocínio diagnóstico. A monitoração faz com que, o aluno use o conhecimento e, as relações necessárias ao julgamento clínico, que produza o diagnóstico. O processo de informação sobre o objeto e suas relações, faz com que o aluno tome consciência do raciocínio envolvido, e controle sobre sua aprendizagem diagnóstica. Este controle pode modificar seu comportamento, em relação ao processo de raciocínio diagnóstico<sup>5</sup>. Monitorar seu aprendizado envolve julgar seu conhecimento, e ter confiança em recuperar suas respostas; o controle envolve aspectos como alocação de tempo de estudo, seleção de estratégias e finalização do processo de estudo<sup>2</sup>. Os alunos pesquisados apresentaram aspectos de monitoração, já que souberam julgar suas limitações e potenciais como diagnosticadores, porém, eles relataram dificuldades em relação ao resgate de conhecimentos, e relações necessárias para empreender o processo de raciocínio diagnóstico, o que leva a crer que não possuem controle sobre essa aprendizagem. A

**Trabalho 121 - 4/5**

partir de processos mentais eficientes, o aluno poderá reconstruir as informações sobre o diagnóstico e que são novas para ele, descobrindo inter-relações que podem facilitar sua aprendizagem, identificar a origem de suas dificuldades e como superá-las em um processo ativo de aprender a diagnosticar. **Conclusões:** Investigar sobre a aprendizagem diagnóstica mostrou que muitas são as dificuldades dos alunos, no processo de aprender a diagnosticar. Como conclusões sobre a dificuldade no processo de pensamento, especificamente, podemos afirmar que lhes falta percepção do raciocínio clínico envolvido e que resulta no diagnóstico. Essa condição, acreditamos, pode representar que isso se deva pela falta de automonitoramento de seu estado atual de conhecimento, e das metas que deve alcançar com esse conhecimento, assim como, do que isso significa para sua prática assistencial. A partir dessa perspectiva, os prováveis benefícios desta pesquisa para a área de fundamentos do cuidado de enfermagem são: a possibilidade de conhecer a estrutura cognitiva do aluno, a partir do que ele conhece de si mesmo, e a capacidade de fazer representações que envolvam o processo de aprender, neste caso, de aprender o diagnóstico de enfermagem, e do raciocínio intelectual e processual, que é complexo. Além disso, produzir conhecimento sobre processos de aprendizagem em áreas específicas pode subsidiar o professor em seu trabalho diário.

**Palavras chaves:** Aprendizagem, diagnóstico de enfermagem, metacognição.

**Área Temática:** 2- Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

**Referências**

1. NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA 2009- 2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.
2. Flavell JH, Miller PH, Miller S. A. Desenvolvimento cognitivo. 3ª.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
3. Nelson to, Narens L. Why Investigate Metacognition? In: METCALFE J, SHIMAMURA, PA. Metacognition: Knowing about Knowing. Londres: A Bradford Book, 1994, p.1-24.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec, 2006.
5. Dejanio T. Sobral. Características do Inventário de Raciocínio Diagnóstico de Bordage, Grant e Marsden. Psicologia: Teoria e Pesquisa, jan-abr 2001. vol.17n.1, PP.079-085.

Trabalho 121 - 5/5

Trabalho 122 - 1/5

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PORTADOR DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA\***

Anna Isabel Fechine Lima<sup>1</sup>

Anna Raquel Ramos Pereira<sup>1</sup>

Renata Pereira de Melo<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica que representa fator de risco independente, linear e contínuo para doenças cardiovasculares, sendo responsável por mais de 37% das causas de morte no Brasil.<sup>1</sup> Atinge, aproximadamente, 30 milhões de brasileiros, dos quais, cerca de 50% são assintomáticos, aumentando os riscos de complicações pela falta de intervenção adequada.<sup>2</sup> Entre os fatores de risco para a HAS, destacam-se o tabagismo, o excesso de sódio na dieta, a obesidade, a ingestão alcoólica excessiva, o sedentarismo, o Diabetes Mellitus (DM), a idade acima de 60 anos e antecedentes de doença cardiovascular.<sup>1</sup> Assim, as ações para controle dos níveis pressóricos devem envolver, entre outros aspectos, os fatores de risco não-modificáveis e modificáveis, por meio do estímulo à adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso. Nesse âmbito, estudo refere que a falta de adesão aos tratamentos prescritos configura uma das principais dificuldades encontradas no atendimento ao portador de HAS. O mesmo refere que 50% dos portadores de HAS utilizam os medicamentos indevidamente, em horários desapropriados ou até mesmo não os utilizam.<sup>3</sup> Tais fatos reforçam a importância de uma conduta ativa por parte do enfermeiro, com vistas à identificação de pacientes assintomáticos, bem como de suas necessidades com relação ao tratamento da HAS, ressaltando os benefícios de uma boa adesão e os riscos da falta de aderência, além dos resultados alcançados pelo paciente nesse processo. No entanto, para realizar um cuidado criterioso, sistematizado e direcionado a resultados, é essencial a

---

<sup>1</sup>\*Estudo desenvolvido na disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidar do Adulto I. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

<sup>1</sup> Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Aluna do curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES. Endereço: Rua Henriqueta Galeno, 1080, apto 1703. Dionísio Torres. CEP 60135-420. Fortaleza-CE. E-mail: renatameloufc@yahoo.com.br

**Trabalho 122 - 2/5**

aplicação, pelo enfermeiro, do processo de enfermagem. O mesmo é organizado nas seguintes etapas inter-relacionadas: Histórico de enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Planejamento, Intervenção e Evolução da enfermagem, sendo cada passo de suma importância para a prestação de um cuidado holístico e individualizado. **OBJETIVO:** Avaliar os cuidados de enfermagem prestados a um portador de HAS, com base na aplicação do processo de enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso desenvolvido como requisito da disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidar do Adulto I, presente na grade curricular do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. O mesmo foi realizado no período de 15 de outubro a 19 de novembro de 2009, junto à paciente portadora de HAS, cadastrada e acompanhada num Centro de Saúde da Família, no município de Fortaleza-CE. A paciente foi identificada durante consulta de enfermagem efetuada no referido centro de saúde e convidada a ser acompanhada semanalmente, em domicílio, durante o período de estágio. Nessa oportunidade, foi disponibilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (em duas vias), constando dos objetivos e dos métodos do acompanhamento, bem como da liberdade do participante para recusar ou desistir do acompanhamento; da garantia do atendimento normal recebido na unidade de saúde, independente de consentimento do acompanhamento; da ausência de ajuda de custo; da natureza gratuita do acompanhamento; e da possível exposição dos dados colhidos a partir desse acompanhamento, com garantia do anonimato. Após anuência no TCLE, a paciente foi avaliada quanto à condição e hábitos de saúde relacionados à HAS. Para isso, preencheu-se, por meio de entrevista e utilização de materiais específicos para aferição (estetoscópio, esfigmomanômetro, balança digital, fita métrica, glicosímetro, etc.), o Formulário de Atendimento ao Portador de HAS e DM, o qual evidenciava algumas variáveis, como idade, sexo, histórico familiar para HAS e DM, medicamentos em uso, hábitos de saúde (tabagismo e ingestão alcoólica), realização de atividade física, pressão arterial sistêmica, glicemia capilar ao acaso, dieta, medidas antropométricas (peso, altura e circunferência abdominal), dentre outras. A seguir, agendou-se o próximo encontro, de acordo com sua disponibilidade. A partir dos dados colhidos pelo formulário, estabeleceram-se os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, com base North American Diagnosis Association International (NANDA-I), Nursing

**Trabalho 122 - 3/5**

Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC), respectivamente. **RESULTADOS:** Histórico de Enfermagem: C.G.S, feminino, 35 anos, comerciante, reside com três filhos, no bairro Planalto Pici, em Fortaleza-CE. Possui renda familiar acima de dois salários mínimos e ensino fundamental. Portadora de HAS, faz uso de Captopril® via oral, de 25mg a cada 12 horas, de acordo com prescrição médica. É tabagista, etilista e sedentária, com histórico familiar de DM e HAS, média de pressão arterial: 125x71mmHg, circunferência abdominal: 113cm (acima do normal para mulheres), peso: 101kg, IMC: 42 (obesidade grau II). Refere ingestão em quantidade adequada de água e demais líquidos; dieta em intervalos superiores a 3 horas, rica em frituras, carboidratos e sódio e pobre em fibras. Sem alterações na acuidade visual e na cavidade oral. Integridade da pele preservada. Pulsos periféricos (pedioso e tibial) presentes e percepção cutânea em artelhos e planta do pés preservada. Refere vontade de abandonar o tabagismo, reduzir o consumo de álcool e realizar atividades físicas. Diagnósticos de enfermagem críticos, validados junto à paciente: 1) Disposição para controle aumentado do regime terapêutico evidenciada por desejo de controlar a doença; 2) Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais relacionados com a ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas evidenciada por nível de atividade sedentário e peso 20% acima do ideal para a altura e a compleição; 3) Estilo de vida sedentário relacionado com falta de motivação evidenciado por escolher uma rotina diária sem exercícios físicos. Intervenções de enfermagem: 1) Direcionadas ao diagnóstico “Disposição para controle aumentado do regime terapêutico”: Promoção do EXERCÍCIO (Orientar e estimular a prática de atividades físicas evidenciando os benefícios para a saúde e controle da doença); Controle/eliminação do TABACO (Orientar e estimular estratégias para controle/eliminação do uso do tabaco); Educação para a SAÚDE (Orientar, esclarecer e estimular o paciente para o cumprimento do regime terapêutico medicamentoso); Controle/eliminação do ÁLCOOL (Esclarecer sobre os malefícios provocados pela ingestão do álcool e orientar/estimular a eliminação da sua ingestão); 2) Direcionadas ao diagnóstico Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais: Controle da NUTRIÇÃO (Elaborar um método para registrar o comportamento e suas mudanças. No caso, foi fornecido um diário para registro da dieta pelo paciente e posterior avaliação pelas alunas);

Trabalho 122 - 4/5

Aconselhamento NUTRICIONAL (Fixar objetivos comportamentais; Elaborar um programa de mudança de comportamento); 3) Direcionados ao diagnóstico Estilo de vida sedentário: Modificação do COMPORTAMENTO (Auxiliar a identificar um modelo positivo de papel para a manutenção do programa de exercício. Para tanto, apoiou-se na figura de uma vizinha, referida pela paciente como ativa, com prática diária de exercícios físicos e que sempre a convidava para acompanhá-la); Promoção do EXERCÍCIO (Informar ao paciente sobre os benefícios à saúde e os efeitos psicológicos do exercício); Assistência na AUTOMODIFICAÇÃO (Avaliar as crenças de saúde do paciente de exercícios físicos; Auxiliar o paciente a desenvolver um programa adequado de exercícios para atender as suas necessidades). Resultados de enfermagem: “Conduta terapêutica: Enfermidade ou Lesão”. Indicadores: Cumpre as atividades prescritas (atividades físicas) (avaliação basal: 1 = nunca; final: 3 = 3 vezes/semana e/ou 10 a 20 minutos/dia) e Cumpre regime de medicação (avaliação basal: 4 = esquece raramente; final: 5 = usa o medicamento adequadamente); “Controle de risco: consumo de tabaco”. Indicador: Elimina o consumo de tabaco (avaliação basal: 1 = fuma de 8 a 10 cigarros/dia; final: 2 = fuma de 6 a 7 cigarros/dia); “Controle de risco: consumo de álcool”. Indicador: Controla a ingestão de álcool (avaliação basal: 1 = ingere bebe alcoólica indiscriminadamente os 2 dias do fim-de-semana; final: 3 = ingere bebida alcoólica apenas 1 dia do fim-de-semana); “Controle do peso”. Indicador: Alcança o peso desejado (estabelecido pela própria paciente: 98kg) (avaliação basal: 1 = não reduziu o peso; final: 1); Mantém o padrão alimentar recomendado (avaliação basal: 1 = dieta totalmente desequilibrada; final: 4 = padrão alimentar melhorada, porém ainda com ingestão de alimentos calóricos). **CONCLUSÃO:** A aplicação do processo de enfermagem à paciente portadora de HAS possibilitou uma assistência de enfermagem sistematizada, direcionada às suas necessidades e aos resultados delineados. A partir deste estudo, percebeu-se que, embora a paciente tenha sido acompanhada por período restrito, o desempenho do cuidado de forma individualizada, com base no processo de enfermagem e com participação ativa da paciente foram determinantes para o alcance de resultados positivos para a maioria dos indicadores. Para isso, foi essencial a avaliação das suas crenças de saúde; o esclarecimento sobre os benefícios do tratamento e prejuízos determinados pela doença; o estímulo à adesão; a

**Trabalho 122 - 5/5**

avaliação contínua da sua evolução, com reforço positivo para as conquistas, com vistas à promoção da sua saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Processo de Enfermagem, Hipertensão Arterial Sistêmica.

**Área temática:** Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

**REFERÊNCIAS**

1. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol, 89(3), 2007.
2. Pinheiro LAF, Couto AA, Silva EN. Sobrevida e morbidade na hipertensão arterial tratada: um estudo clínico. Rev SBC, 1(2):16-26, 2003.
3. Peres S.D., Magna J.M., Viana L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev Saúde Pública, 37 (5), 2003.

**Trabalho 123 - 1/5**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES EM HEMODIÁLISE**

DEUSELÂNDIA DE SÁ; AGUEDA MARIA RUIZ ZIMMER CAVALCANTE;  
MARINA MORATO STIVAL; LUCIANO RAMOS DE LIMA<sup>1</sup>

**INTRODUÇÃO:** A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença que afeta a população mundial, sendo considerada como um grave problema de saúde pública. Apesar dos grandes avanços tecnológicos no atendimento fisiológico da IRC, bem como no tratamento e assistência às pessoas com esta doença, ainda ocorre elevados índice de mortalidade, o que representa um desafio para os profissionais de saúde.<sup>1,2</sup> O enfermeiro está envolvido no cuidado a pacientes com IRC em tratamento de hemodiálise, promovendo os cuidados específicos ao paciente durante e após as sessões de diálise, na coordenação do serviço e da equipe de enfermagem. A fim de organizar a prestação desta assistência pode-se utilizar o processo de enfermagem (PE), o qual oferece uma forma lógica, sistêmica e racional de organizar informações. Com o uso do PE o enfermeiro tem o papel de identificar os problemas e traduzi-lo. Desta forma com vista a identificar os diagnósticos de enfermagem (DE), planejar, implementar e avaliar a assistência prestada ao paciente.<sup>3</sup> A IRC tem sido estudo em diversos aspectos. O tratamento de hemodiálise foi estudada para conhecer o perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos, submetidos à hemodiálise também no interior de Goiás. Foi constatado que os homens são mais suscetíveis à doença do que as mulheres e que a hipertensão e diabetes correspondem cerca de 71,0% das doenças de base para a IRC, além de que a principal dificuldade do tratamento hemodialítico é a obtenção de medicações oferecidas pelo SUS.<sup>4</sup> Outra pesquisa identificou o DE na cidade de Campinas em 20 pacientes em tratamento dialítico em clinica local, foi fundamentado no sistema conceitual de Imogene King e identifico-se com percentual de  $\geq 100\%$  os DE: risco de infecção; proteção ineficaz e conforto alterado.<sup>5</sup> Apesar da avaliação DE já ter sido encontrado na literatura, reforça-se a importância de replicar o estudo com esta temática para confrontar os dados já presentes na literatura. É necessário que haja enfermeiros envolvidos na aplicação do PE com ênfase na fase DE, para refletir os DE

---

<sup>1</sup>Enfermeiro. Professor do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UniEVANGÉLICA em Anápolis-GO, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás. Email: [enframosll@gmail.com](mailto:enframosll@gmail.com)

**Trabalho 123 - 2/5**

encontrados e desenvolver as fases posterior do PE. **OBJETIVO:** Identificar os diagnósticos de enfermagem (DE) em pacientes em hemodiálise, de segundo a taxonomia II da NANDA-I e modelo conceitual de Horta. **MÉTODOS:** Estudo descritivo, quantitativo, transversal, realizado em uma clínica de diálise de uma cidade do interior de Goiás. Amostra probabilística foi composta por 49 pacientes em tratamento de hemodiálise. Para a coleta foi elaborado um instrumento fundamentado nos pressupostos de Horta. A elaboração do instrumento de coleta de dados foi composta pelas seguintes fases: 1) levantamento bibliográfico sobre insuficiência renal crônica, hemodiálise e diagnóstico de enfermagem e propedêutica de exame físico, 2) validação do instrumento quanto à aparência e conteúdo, por dois enfermeiros especialista em nefrologia e com experiência profissional de no mínimo dois anos de prática assistencial a pacientes hemodialíticos. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro a novembro de 2009, em duas fases: 1ª) Investigação ou coleta dos dados: exame físico completo e entrevista; 2ª) Diagnóstico de enfermagem: as classes e os domínios dos diagnósticos de enfermagem foram identificados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas Afetadas e, posteriormente os pesquisadores elaboraram os diagnósticos de enfermagem de acordo com as características definidoras evidenciadas e/ou respectivos fatores relacionados, utilizando a taxonomia II da NANDA-I 2009/2011. Para identificação dos DE foi utilizado o raciocínio diagnóstico de Gordon. A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa da UniEvangélica Centro Universitário Anápolis – GO (0045/2009). Os dados foi organizados em planilhas eletrônicas e analisados pelo software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 15.0. **RESULTADOS:** Participou do estudo 49 pacientes, sendo 71% mulheres e 29% homens, com idade mínima de 28 e máxima 84 anos. A média de idade foi de 53,6 anos (DP=12,2 anos). A maioria dos pacientes era casada (66%), 43% eram brancos e 41% pardos; 43% não haviam completado o ensino fundamental e 31% não sabiam ler. O tempo de tratamento da população estudada foi de 1 ano à 3 anos com 54%, sendo 16% de 4 a 6 anos e 2 meses a 10 meses respectivamente e 14% de 7 a 9 anos. A hipertensão arterial apresentou-se como principal etiologia progressiva dos pacientes em tratamento de hemodiálise (80%). Foi evidenciados 25 diagnósticos de enfermagem nos clientes avaliados. Os DE seguirão divisão da de acordo com as necessidades humanas básicas sendo 26% com NHB

**Trabalho 123 - 3/5**

psicobiológicas afetadas, 9% psicossociais e 4% psicoespirituais. Os principais diagnósticos com frequência de 100% dos entrevistados foi: Proteção ineficaz relacionado à nutrição inadequada e ao distúrbio imunológico; evidenciado pela deficiência na imunidade, terapia com drogas e a coagulação alterada. Perfusão tissular ineficaz: renal relacionado a problema de troca, evidenciado pela pressão sanguínea alterada fora dos parâmetros aceitáveis, oligúria e noctúria. Risco de infecção relacionado ao procedimento invasivo (punção) fístula arteriovenosa (FAV) e ao cateter duplo lúmen (CDL), defesa secundária inadequada e a própria doença. Os demais DE foi identificado com frequência < 82% a 57%: Disfunção sexual (82%) relacionado à mudança no padrão hormonal, falta da pessoa significativa, evidenciado pela verbalização do problema. Interação social prejudicada (80%) relacionado à insuficiência renal crônica e a hemodiálise, evidenciado pelo desconforto em determinadas situações sociais e tempo gasto para o tratamento (transporte, sessões e pós-sessões). Disposição para o processo familiar melhorado (80%) relacionado à adaptação da família as mudanças, evidenciado pela presença do acompanhante e relatos verbais de falta de apoio da família após o diagnóstico da doença e durante o tratamento. Conhecimento deficiente (71%) relacionado à falta de exposição às informações adequadas sobre a patologia e sobre o tratamento, evidenciado pela verbalização da ausência de conhecimento sobre as alterações físicas e metabólicas causada pela doença e pelo tratamento. Estilo de vida sedentário (69%) relacionado à falta de motivação, fraqueza e dispnéia ao esforço, evidenciado pela falta de condicionamento físico e a rotina diária sem exercícios físicos. Volume de líquido excessivo (61%) relacionado à Ingesta excessiva de líquido, mecanismo regulador comprometido, evidenciado pelo edema, ganho de peso em curto período e eletrólitos alterados. Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (61%) relacionada à prescrição da dieta específica para a IRC e para a hemodiálise, evidenciado pela ingestão inadequada de proteína e fibras e ao regime terapêutico. Eliminação urinária prejudicada (57%) relacionada às alterações causadas pela IRC, evidenciado pela noctúria, anúria e oligúria. Também foi possível identificar outros DE com percentil < 50%: Risco de lesão (47%); Percepção sensorial perturbada (visual) (47%); Insônia (41%); Autocontrole ineficaz do regime terapêutico (39%); Conforto prejudicado, Ansiedade, Desesperança (33%) respectivamente; Déficit no autocuidado

**Trabalho 123 - 4/5**

para higiene (31%); Intolerância a atividade e Constipação (29%); Integridade da pele prejudicada, Disposição para o bem estar espiritual (8%) respectivamente; e Percepção sensorial perturbada (auditiva) (6%). **CONCLUSÃO:** O estudo foi realizado com 49 pacientes submetidos ao tratamento de hemodiálise. Foi identificados 25 DE diferentes, também foi possível identificar as características do perfil clínico dos problemas dos pacientes em tratamento à hemodiálise, sendo que entre as NHBs mais afetada foi a psicobiológica. Tais diagnósticos foram evidenciados em sua maioria por alterações fisiológicas causadas pelo tratamento de hemodiálise, o que evidencia que a equipe de enfermagem deve estar atenta as alterações fisiológicas/psicobiológicas, assim como a forma de avaliar o paciente fundamentado em teoria, no período de tratamento em hemodiálise, para elucidação de diagnósticos de enfermagem. Os resultados deste estudo demonstraram que a aplicabilidade de uma teoria facilita a identificação dos problemas dos pacientes, contribuiu para identificar os DE e também no desenvolvendo habilidades do julgamento clínico necessário ao exercício profissional do enfermeiro. Os resultados deste estudo demonstraram a aplicabilidade da teoria das (NHBs) na identificação dos Problemas dos pacientes a contribuiu para identificar os DE. Foi possível evidenciar que uma teoria fundamentada na aplicação do PE favorece o desenvolvendo habilidades do julgamento clínico necessário ao exercício profissional do enfermeiro. **REFERÊNCIAS** 1. Ribeiro RCHM, Oliveira GASA, Ribeiro DF, Bertolin DC, Cesarino CB, Lima LCEQ, Oliveira SM. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do estado de São Paulo. Acta Paulista de Enfermagem online. 2008, 21(spe): 207-211. 2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). Censo 2008: Dados estatísticos e epidemiologia de pacientes com insuficiência renal crônica. Online [acesso em: 2010 mar 04] Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Censo/2008/censoSBN2008.pdf>. 3. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. Tradução: Ana Maria Vasconcelos Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. 4. Mendonça RR, Lima LR. Perfil epidemiológico do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Anápolis-GO. Interseção Revista da Faculdade São Camilo-MG. 2008, 3(2)35-45. 5. Souza E, Martino MMF, Lopes MHBM. Diagnóstico de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialíticos utilizando o modelo de Imogene King. Revista Escola de Enfermagem da USP. 2007, 42(4):629-635.

**Trabalho 123 - 5/5**

**Palavras-chave:** Insuficiência renal crônica; Diálise renal; Enfermagem.

**ÁREA TEMÁTICA**

1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

**Trabalho 124 - 1/4**

**AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA**  
GUTEMBERG STIVAL DE FARIA FILHO; LAYSA RIBEIRO CAIXETA; MARINA  
MORATO STIVAL; LUCIANO RAMOS DE LIMA<sup>1</sup>,

**INTRODUÇÃO**

A dor aguda é de recorrência universal. Estima-se que sua prevalência é de 11 a 14% na população geral. A dor aguda de maior prevalência é a dor pós-operatória, comumente associada a dano tecidual podendo manifestar-se de forma intensa ou moderada em 40 a 60% dos casos, prevalecendo após cirurgias extensas como as torácicas, abdominais, renais e ortopédicas.<sup>1</sup> O enfermeiro cuida deste paciente nesta fase utilizando métodos sistematizados com vistas a diagnosticar problemas e traçar intervenções frente aos problemas e complicações pós-cirurgia. Desta forma o Processo de Enfermagem (PE) é um método de resolução de problemas e o método científico da enfermagem (raciocínio crítica). Possui cinco fases: 1º Investigação, 2º Diagnóstico de Enfermagem (DE) (investigação de problemas), 3º Planejamento, 4º Implementação e 5º Avaliação. Destaca-se principalmente que a primeira, segunda e a fase, permitem identificar os problemas e refletir para determinar as possíveis intervenções de enfermagem a serem implementada com vistas a eliminar e/ou controlar os problemas do paciente.<sup>2, 3</sup> O controle da dor deve ser uma inquietação do enfermeiro. Desta forma a dor tem sido objeto de estudiosos. Foi realizado um estudo na unidade de internação cirúrgica e clínica de Ribeirão Preto, com vistas a identificar os DE no período pre/peri/pós-operatório de cirurgia cardíaca. Os principais DE segundo a Taxonomia I da NANDA em 100%: risco para infecção risco para desequilíbrio de volume de líquidos; troca de gases prejudicada; risco para aspiração; proteção alterada; integridade da pele prejudicada; risco para disfunção neurovascular periférica e risco para lesão perioperatória de posicionamento. Ainda destaca-se que o diagnóstico de dor esteve presente 70,6% na fase pré-operatória e 52,9% no pós-operatório.<sup>4</sup> A dor aguda pós operatória e ansiedade foi investigada em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em uma cidade do interior de Goiás. Participaram 62 clientes, sendo 56,5% do sexo masculino e com idade média de 54,8 anos (Dp=12,1 anos). O nível de ansiedade pré-operatória foi *médio* para 92,0% dos clientes. A intensidade de dor ao repouso e à inspiração profunda declinou com o passar dos dias ( $p<0,05$ ), sendo classificada como *leve-moderada* ao repouso e *moderada-intensa*, à

<sup>1</sup>Enfermeiro. Professor do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UniEVANGÉLICA em Anápolis-GO, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás. Email: [enframosl@gmail.com](mailto:enframosl@gmail.com)

#### Trabalho 124 - 2/4

inspiração profunda. Os locais de maior ocorrência de dor, nos 4 dias PO, foi a região peitoral (40,3% a 53,2%).<sup>5</sup> Esta pesquisa propõe-se ao desafio de avaliar a dor aguda de pacientes com uso do método científico da enfermagem pela caracterização do DE dor aguda. Assim, esta pesquisa surge como uma possível proposta de contribuição no sentido de reconhecer os fatores atenuantes e agravantes da dor aguda na fase pós-operatória.

**OBJETIVO:** Identificar o diagnóstico de enfermagem dor aguda em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem quantitativa, coorte transversal. A amostra foi constituída por 37 pacientes, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Anápolis Unievangélica, tendo parecer favorável com número de protocolo 183/2009 de Saúde. O instrumento de coleta de dados foi elaborado com vistas avaliação da dor, por meio de uso de escalas unidimensionais e também pela caracterização do DE de dor aguda segundo Taxonomia NANDA 2009-2011. A dor foi avaliada nos seguintes aspectos: localização, intensidade, duração da experiência da dor na situações de forma geral, ao repouso, inspiração profunda, tosse e vômito. A intensidade da dor foi mensurada por meio de instrumento unidimensional, a Escala Numérica (EN) de 0-10 pontos, e onde 0 significa sem dor e 10 a pior dor imaginável. A escala numérica pode ser também descrita por palavras recategorizadas, no qual a intensidade de 1-3, considerada dor leve, 4-6 por dor moderada, 7-8 dor intensa e 10 pior dor possível. Os dados foi organizados em planilhas eletrônicas e analisados pelo software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 15.0.

**RESULTADOS:** Participaram deste estudo 37 pacientes que se encontravam no 3º dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca, sendo 56,2% do sexo masculino e 43,2% do sexo feminino. A idade média foi de 57,5 anos (Dp=15,7), as faixas predominantes foram de 61 a 70 e > 70 anos representando 24,3% da amostra, sendo os mais jovens com faixa etária 18-40 anos (13,5%). Referente ao estado civil, 75,6% dos pacientes era casado, 16,2% solteiros, 2,7% viúvos e 5,4% divorciado. O tipo de cirurgia cardíaca mais comum foi a revascularização do miocárdio-RM (62,1%) seguida de cirurgia valvar (29,7%) e correção de defeitos congênitos (8,1%). Quanto aos fatores de risco 43,2% tinham hipertensão e 13,5% tinham diabetes mellitus. A intensidade da dor na situação geral foi descrita por dor leve (10,8%), moderada (32,4%), intensa (18,9%) e pior dor possível (27%). A dor foi descrita por leve nas situações: repouso (M=3,27; MIN=0; MAX=10); inspiração profunda (M=3,49; MIN=0; MAX=10); e durante episódio de vômito (M=1,24; MIN=0; MAX=10). Já na

### Trabalho 124 - 3/4

situação de tosse foi moderada ( $M=4,62$ ;  $MIN=0$ ;  $MAX=10$ ). Quanto à localização da dor no 3º PO de cirurgia cardíaca, observou-se que a região esternal prevaleceu (86,4%), região abdominal foi apontada por 19 (51,3%) e membros inferiores por 18 (48,6%). Nota-se que a localização descrita com menor dor a região peitoral (32,4%) e região lombar (21,6%). Nesse sentido o julgamento clínico de enfermagem pela caracterização do diagnóstico de enfermagem dor aguda foi possível identificar o fator relacionado e várias características definidoras. Destaca-se o fator relacionado existente foi **agente lesivo** (físico), ocorreu em 100% dos entrevistados relacionado à incisão cirurgia no esterno (esternotomia) nos pacientes no pós operatório de cirurgia cardíaca. Quanto as características definidoras a maioria dos pacientes (59,5%) apresentou **comportamento de proteção**, esta características definidora foi identificada pelo uso de travesseiro para apoiar o tórax principalmente quando tossiam, desta forma apresentaram maior intensidade de dor com associação significativa ( $p=0,036$ ). A característica definidora **expressão facial** foi identificada por meio de duas características, a primeira expressão olhos sem brilho foi evidenciada em 35,1%, estes pacientes relataram maior intensidade de dor ( $M=6,4$ ;  $p=0,029$ ) em relação aos não tinham alterações de brilhos nos olhos ( $M=3,8$ ). A segunda, aparência abatida foi evidenciada em 37,8% também relataram maior intensidade de dor ( $M=6,3$ ;  $p=0,031$ ) em relação aos não tinham aparência abatida ( $M=3,8$ ). A dor também foi caracterizada por meio da característica de uso de **gestos protetores**, os pacientes com este gestos apresentaram maior intensidade de dor com associação significativa  $M=5,5$  ( $p=0,021$ ) quando comparado com os demais que não apresentavam esta característica definidora. Foi possível identificar outras características definidoras sem associações significativas ( $p=>0,05$ ). Comportamento de distração (16,2%), comportamento expressivo (suspirar 51,3% e agitação 24,3%), foco estreitado (21,6%), mudança de apetite (59,5%) e posição para evitar a dor (67,5%). **CONCLUSÃO:** Por meio dos achados deste estudo permitiram concluir que, dos 37 pacientes avaliados prevaleceu o sexo masculino e a maior faixa etária foi de 60 a 70 e maiores de 70 anos. A cirurgia cardíaca mais comum foi de revascularização do miocárdio.Quanto a intensidade da dor no pós-operatório, notou-se que na caracterização da dor nas situações dor geral e descrita por moderada, foi moderada, inspiração profunda, vômito e repouso foi considerado leve respectivamente. O principal local relatado foi como mais comum foi a região esternal. O fator relacionado existente foi agentes lesivos (físicos) e as principais características definidoras com associações significativas ( $p=<0,05$ ) foram comportamento de proteção (uso de travesseiro), expressão facial (olhos sem brilho) e gestos protetores. Destaca-se que a

**Trabalho 124 - 4/4**

identificação da dor por meio do uso da Taxonomia II da NANDA-I favoreceu a caracterização do diagnóstico de enfermagem dor aguda em conjunto com o uso de instrumentos unidimensionais como as escalas de dor numérica. Esta associação foi extremamente importante para ter maior precisão quanto à identificação e descrição da dor nas diversas situações avaliadas. Uma vez que a dor é tida como um fenômeno subjetivo e multidimensional. **REFERENCIAS:** 1. Neto OA, Issy AM. Dor: Princípios e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2009. 2. Silva MAS. Efeitos da intervenção treinamento, avaliação e registro sistematizado no controle da dor pós-operatório de cirurgia cardíaca; Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem; 2007. 3. Alfaro-Lefreve R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Trad. Regina Gacez. 5. ed. Porto Alegre: Arthmed, 2005. 4. Galdeano LE, Rossi LA, Santos CB, Dantas RAS. Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. Rev Esc Enferm. USP. 2006; 40 (1):26-33. 5. Lima LR. Dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca por esternotomia: ocorrência, localização, intensidade e qualidade. 2009. 122f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, 2009.

**Palavras-chave:** Insuficiência renal crônica; Diálise renal; Enfermagem.

**ÁREA TEMÁTICA**

1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

Trabalho 125 - 1/5

**APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM A UM CLIENTE  
PORTADOR DE TUMOR SEMINOMATOSO TESTICULAR: RELATO DE  
CASO**

**Lídia Ester Lopes da Silva<sup>1</sup>**

**Andréa Mathes Faustino<sup>2</sup>**

**Paula Elaine Diniz dos Reis<sup>3</sup>**

**Ivone Kamada<sup>3</sup>**

**Cristine Alves Costa de Jesus<sup>3</sup>**

**Introdução:** O câncer de testículo, apesar de raro, é a neoplasia maligna mais comum entre homens jovens entre 15 e 35 anos. Os avanços nos estudos das neoplasias testiculares, nos últimos anos, refletem-se no aumento dos índices de cura da doença mesmo em casos avançados, com uma taxa de sobrevivência global de aproximadamente 90-95%<sup>1-2</sup>. Os testículos contêm vários tipos de células, cada qual podendo desenvolver-se em um ou mais tipos de câncer<sup>3</sup>. Os tumores primários do testículo germinativos incluem os seminomas, não-seminomas e os tumores mistos, correspondem a 90% das neoplasias testiculares e a 0,5% das neoplasias do sexo masculino<sup>1</sup>. Cerca de metade de todos os tumores germinativos são seminomas, sendo os mais frequentes entre a população adulta (45 a 50% dos casos), os quais se desenvolvem a partir de células testiculares produtoras de esperma e tendem a permanecer localizados, enquanto os não-seminomatosos crescem rapidamente<sup>1-3</sup>. Os carcinomas testiculares são altamente responsivos à quimioterapia (QT). Os bons resultados podem ser obtidos ao combinar diferentes tipos de tratamento, inclusive cirurgia, radioterapia e QT<sup>3</sup>. Em pacientes com doença metastática de bom prognóstico, três ciclos de cisplatina, etoposídeo e bleomicina (BEP) continuam a ser o tratamento de primeira linha<sup>2</sup>. As complicações ao longo prazo são bem conhecidas e o seguimento inclui não só a consciência de recaída, mas também do desenvolvimento de tumores secundários e sequelas do tratamento<sup>2</sup>. Tendo em vista a problemática das neoplasias, especificamente o seminoma testicular, torna-se fundamental que sejam despendidos

<sup>1</sup> Enfermeira. Residente de Enfermagem em Atenção Cardiopulmonar. Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília – DF

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem / Universidade de Brasília – DF

<sup>3</sup> Enfermeira. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem / Universidade de Brasília – DF

**Trabalho 125 - 2/5**

esforços na tentativa de melhorar a assistência dos indivíduos acometidos por esta doença. As responsabilidades do enfermeiro no cuidado ao cliente com neoplasias incluem, dentre outras, conhecer a fisiopatologia da doença e a terapêutica oncológica de forma a garantir a assistência de enfermagem individualizada e humanizada. Pode-se afirmar que o uso da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é essencial para um cuidado qualificado e especializado. A SAE, enquanto processo organizacional é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado e permite a organização do trabalho do enfermeiro tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE). Atualmente o PE tem sido considerado em cinco fases distintas. Na aplicação do PE aos clientes com neoplasia testicular deve-se ter em mente que há necessidade de se criar, primeiramente, um ambiente em que o cliente se sinta seguro e à vontade para se expressar. Lidar com um indivíduo acometido por uma neoplasia exige do enfermeiro domínio de conhecimento, postura e comunicação, instrumentos estes que, associados à criatividade e dinamicidade, permitem a formação de um elo de confiança entre enfermeiro e paciente, favorecendo a abordagem terapêutica. O cuidado de Enfermagem no seminoma testicular inclui a avaliação dos estados físico e psicológico do paciente e a monitorização quanto à resposta e efeitos colaterais da QT administrada. O cliente também necessitará de encorajamento para manter uma atitude positiva durante o que pode ser um longo curso de terapia<sup>3</sup>. O presente estudo teve como principal objetivo a aplicação das etapas do processo de enfermagem a um cliente internado em uma Unidade de Clínica Médica (UCM) de um hospital de ensino do Distrito Federal (DF).

**Objetivos:** descrever as etapas do processo de enfermagem aplicadas a um cliente portador de Tumor Seminomatoso Testicular, utilizando o referencial teórico de Imogene King e a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)<sup>4</sup>. **Metodologia:** Trata-se de estudo de caso de cliente com diagnóstico médico de Tumor Seminomatoso Testicular em estágio III com metástase intestinal e pulmonar, atendido na UCM de um hospital de ensino de Brasília. O presente trabalho se insere na linha de pesquisa “Metodologia da Assistência de Enfermagem”, com projeto encaminhado ao Comitê de Ética da instituição, sob o protocolo nº 053/2010. A princípio, realizou-se uma pesquisa bibliográfica com os descritores cadastrados no DECS/MESH: “Processos de Enfermagem”; “Planejamento de Assistência ao

**Trabalho 125 - 3/5**

Paciente”; “Diagnóstico de Enfermagem”; “Neoplasias Testiculares” nas bases de dados Lilacs e Pubmed para o embasamento teórico. O instrumento de coleta de dados foi elaborado baseando-se no referencial teórico de Imogene King e nas categorias de divisões diagnósticas propostas por Doenges, Moorhouse e Murr<sup>5</sup>. Após a anuência do cliente, os dados foram coletados, a partir da realização de entrevista e do exame físico e também, a partir de informações contidas no prontuário, no período de 11 a 14/05/2010. Na segunda etapa do processo de enfermagem, os dados foram analisados e, a partir da Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)<sup>4</sup>, foram formulados os diagnósticos de enfermagem. A seguir, foram estabelecidos objetivos e intervenções de enfermagem para cada um dos diagnósticos identificados. A implementação do processo foi realizada por uma das autoras do trabalho. **Resultados:** Será descrito a seguir um resumo do relato do caso. G.V.S., masculino, 31 anos, natural do Piauí, procedente de Ceilândia-DF, possui ensino superior incompleto, solteiro, afastado do serviço (administrador de condomínio), foi internado na UCM a fim de dar continuidade à quimioterapia. Segundo relata, em Maio de 2009, observou o surgimento de uma massa abdominal palpável. Após três meses, iniciou um quadro de dispnéia, astenia e edema em membro inferior esquerdo com crescimento da massa abdominal. Durante um período de seis meses, houve perda ponderal de 16 Kg, associado à hiporexia. Em Dezembro de 2009, através de uma biopsia foi diagnosticado que a massa era compatível com linfoma e iniciou acompanhamento com a hematologia. Em Janeiro de 2010, identificado seminoma, iniciando o 1º ciclo BEP de QT. Em Fevereiro, foi submetido ao 2º ciclo de QT, sendo que uma semana após a QT evoluiu com diarreia, vômitos, calafrios e oligúria. Em Fevereiro, cursou com piora clínica e redução da eliminação de flatos e fezes, sendo submetido à uma cirurgia de laparotomia exploradora, na qual foi identificada e retirada uma hérnia. Foi encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e recebeu alta em 15 de Março. Em 28 de Março do mesmo ano, foi readmitido no hospital com febre, dor e dependendo de ventilação mecânica. Evoluiu com distensão, diagnosticado Tromboembolismo Pulmonar e sepse em foco abdominal. Em 30 de Março, foi transferido à UTI e retornou à UCM em 07 de Abril. Em seguida, evoluiu com dor torácica de forte intensidade, sendo identificado Derrame Pleural bilateral. Em 05 de Maio realizou toracocentese de alívio, com drenagem de 750 ml de líquido sero-

**Trabalho 125 - 4/5**

sanguinolento. Em 07 de Maio iniciou o 3º ciclo de QT com EP (Etoposide+Bleomicina). **Exame físico:** Ao exame físico, o paciente apresentou regular estado geral, lúcido, consciente e orientado no tempo e espaço, responsivo, hipocorado, acianótico, anictérico, hidratado, desnutrido e afebril. Relatou fraqueza ao deambular, o que o faz permanecer acamado a maior parte do tempo. Tem pouca aceitação da dieta por via oral bem como de suplementos oferecidos, além de recusar alimentação por sonda. Apresenta metástase pulmonar e intestinal, que comprime o fluxo da veia cava inferior. As medidas antropométricas foram: peso: 49,5 Kg, altura: 1,65 m e IMC: 15,6. O exame físico geral evidenciou alteração na ausculta pulmonar (ruídos adventícios - creptos em base direita) e taquipneia. O abdome mostrou-se distendido, com presença de cicatriz medindo aproximadamente 22 cm de comprimento, presença de ruídos hidroaéreos hipoativos, indolor à palpação, sem visceromegalias, som timpânico em flanco direito e fossa ilíaca direita e som maciço em regiões mesogástrica, hipogástrica, flanco esquerdo e fossa ilíaca esquerda. **Planejamento da Assistência de Enfermagem:** A coleta de dados constituiu-se no ponto de partida para a elaboração do plano de cuidados. Diante dos vários problemas levantados, identificaram-se dez diagnósticos de enfermagem (segundo a NANDA), com as respectivas metas a serem alcançadas e as intervenções necessárias, a saber Ansiedade, Déficit no auto-cuidado (para alimentação, higiene e vestir), Deambulação Prejudicada, Dor aguda, Fadiga, Intolerância à atividade, Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, Padrão de sono prejudicado, Medo e Padrão respiratório ineficaz. Deve-se ressaltar que, durante a etapa de implementação das intervenções várias adequações foram necessárias considerando as condições e a realidade de atenção de um hospital público. **Considerações Finais:** Diante dos dados apresentados, ressalta-se a relevância da atuação do enfermeiro no cuidado ao cliente portador de Tumor Seminomatoso Testicular, numa assistência individualizada. Faz-se necessário que os enfermeiros e demais profissionais de saúde continuem a busca do aprimoramento contínuo de sua prática, contribuindo para as ações cada vez mais embasadas em princípios científicos e não em práticas rotineiras e empíricas. Espera-se que este estudo contribua para nortear a prática clínica dos enfermeiros e servir de subsídio à realização de outras pesquisas. Sugere-se que mais trabalhos envolvendo a aplicabilidade da SAE nas instituições de saúde sejam realizados e publicados, a fim de tornar conhecidas as facilidades e

**Trabalho 125 - 5/5**

dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implementação da mesma, a fim de que possam servir de exemplos para embasar as ações de enfermeiros de diferentes instituições.

**Referências Bibliográficas**

1. Dias Neto, JA et al . Prognóstico de tumores testiculares germinativos. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, 2002, 17 (supl 3): 55-8 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>> . access on 15 May 2010.
2. Souza K, Carvalho EC, Gomes I, Reis PED. Estratégias de prevenção de câncer de pênis e testículo: revisão integrativa da literatura. Rev Esc Enferm 2010. No prelo..
3. Smeltzer, Suzanne C. O'Connell. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
4. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011 / NANDA International; Porto Alegre. Artmed, 2010.
5. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Diagnósticos de Enfermagem: Intervenções, Prioridades, Fundamentos. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2009.

**Descritores:** Processos de Enfermagem; Planejamento de Assistência ao Paciente; Diagnóstico de Enfermagem; Neoplasias Testiculares

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem

Trabalho 126 - 1/5

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*: IMPLICAÇÕES DECORRENTES DO CONHECIMENTO PRODUZIDO

Marise Dutra Souto<sup>1</sup>

Marléa Chagas Moreira<sup>2</sup>

Ivis Emília de Oliveira Souza<sup>3</sup>

INTRODUÇÃO: Trata-se de uma análise de 40 anos da produção acadêmica sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), realizada durante estudo de doutorado para estabelecer o estado da arte. A SAE tem sido alvo de investigação pelas enfermeiras há algum tempo, sobretudo nos últimos anos é tônica nas discussões de diferentes encontros acadêmicos e até mesmo polêmica quanto a sua aplicabilidade. A busca pela organização do processo de trabalho e a adaptação de elementos teóricos às questões da prática cotidiana devem ser entendidas como propostas da sistematização. A enfermagem se empenha para acompanhar as crescentes demandas de cuidados cada vez mais especializados e ao tecnicismo fruto do progressivo avanço da ciência, que determina com espantosa velocidade transformações no processo de desenvolvimento da profissão. O agir eficiente e resolutivo, expresso como cuidado, precisa estar assentado em base teórica e constituir em exigência do profissional para coibir a reprodução da prática mecanicista e garantir a atenção integral, configurando a enfermagem como ciência e arte. A implantação da SAE parece anunciar um movimento amplo e profundo na estrutura organizacional e funcional da Enfermagem nos serviços de saúde, para a qual nem todas as instituições estão preparadas, exigindo-se medidas de adequação, dentre elas a capacitação de recursos humanos. É necessário interesse e apoio do grupo gestor através de estratégias administrativas capazes de criar

<sup>1</sup> Enfermeira da Educação Continuada do Hospital do Câncer III do Instituto Nacional de Câncer. Membro da Comissão SAE do INCA. Doutoranda do Núcleo de Pesquisa Gerência e Exercício Profissional na Enfermagem da EEAN/UFRJ. Rua pojuca nº 195/201, Rio de Janeiro, RJ. CEP 21.930-180. [educont.hc3@inca.gov.br](mailto:educont.hc3@inca.gov.br).

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Profª Adjunta da EEAN/UFRJ. Núcleo de Pesquisa Gerência e Exercício Profissional de Enfermagem da EEAN/UFRJ. Líder do Grupo de Pesquisa Gerência e Processos de Cuidar na Enfermagem em Oncologia. Departamento de Metodologia da Enfermagem.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Profª Titular da EEAN/UFRJ. Pesquisadora dos Núcleos de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher e em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ.

**Trabalho 126 - 2/5**

um ambiente propício para a implantação da SAE, da mesma forma instrumentalizando a equipe com cursos, encontros científicos para intercâmbio de experiência e reuniões de serviço com intuito de sensibilizar e responsabilizar o profissional. OBJETIVOS: 1) descrever o tipo de pesquisa, a instituição de ensino superior de origem, década da defesa, e aspectos teórico-metodológicos de abordagem do tema; 2) evidenciar marcos e tendências desta produção em relação à trajetória da Pós-Graduação em Enfermagem para a prática assistencial; e 3) apresentar um enquadramento da produção acadêmica segundo caracterização de cada década. METODOLOGIA: Procedida busca retrospectiva a partir de 2007, chegando a 1968, considerado aqui o marco zero. Utilizados três acessos: o portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que ofereceu trabalhos de 2007 até 1987 mediante os descritores sistematização, sistematização da assistência, sistematização da assistência de enfermagem; o cd-rom ano 2001 do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen), que através de um sistema de busca por meio de letras, foram extraídos resumos de 1986 até 1979 a partir das palavras iniciadas por S (sistema, sistematização e sistemático), por P (processo, processo de enfermagem), por M (metodologia, metodologia da assistência) e por A (assistência, assistência de enfermagem e assistência de enfermagem sistematizada); e o catálogo de teses e dissertações da biblioteca setorial da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que permitiu a captura manual de trabalhos pioneiros de 1978 a 1968. Um total de 191 obras foi identificado no espaço temporal de 1968 a 2007, sendo selecionadas 86 que contemplavam o tema diretamente ou a ele estavam relacionados. A amostra foi dividida em: 1ª década de 1968 a 1977, 2ª década de 1978 a 1987, 3ª década de 1988 a 1997 e 4ª década de 1998 a 2007. RESULTADOS: A primeira década pode ser resumida como a mais importante justamente por registrar o início da construção do conhecimento e anunciar a necessidade e importância capital quanto à utilização de princípios científicos para nortear a prática de enfermagem. Os trabalhos pioneiros de Horta, Daniel, Paim e Novaes marcam a utilização do processo de enfermagem com todo seu rigor científico como o caminho seguro e próspero para atender o cliente na individualidade, levando em conta aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Esta década pode ser considerada como a *Era da Sensibilização*. O segundo período dá prosseguimento à produção acerca de SAE com uma obra a mais que o anterior e, além

**Trabalho 126 - 3/5**

da UFRJ, a USP/SP compõe o cenário acadêmico respondendo por 60% das obras, incluindo a primeira de doutorado captada neste estudo. A tônica deste período se baseia em assegurar a cientificidade à enfermagem na medida em que há confirmação de resultados positivos nas pesquisas, resultados estes compreendidos na forma de resolução de problemas, promoção de saúde e efetividade da assistência. À semelhança da abordagem funcionalista, a década possui caráter normativo, obedecendo a uma lógica orientada pela ciência que cria protocolos e guia ações. Os trabalhos enfatizam o planejamento de medidas embasadas técnica e cientificamente e apresentam avaliação que não deixa dúvida quanto à positividade das respostas. A produção ainda é tímida, porém convence e fortalece a categoria, e garante a ênfase da primeira década. Esta década pode ser considerada como a *Era da Constatação*. Os dez anos seguintes exibem um avanço de 80% e as pesquisas de doutorado atingem mais de 35% da produção; além da USP/SP, a USP/Ribeirão Preto, UNIFESP, UFPB e UFBA representam as instituições onde as pesquisas foram realizadas. Atualmente, a USP/RP mantém três programas com três cursos de mestrado e doutorado, a UFPB um programa com um curso de mestrado e a UFBA um programa com um curso de mestrado e doutorado. A ampliação e aprofundamento de temas levam à busca de conhecimento em outras áreas, indicando um olhar abrangente sobre questões de pesquisa cujas respostas extrapolam o domínio da enfermagem. Esta década revela a complexidade da temática SAE e sua tendência é refinar e expandir a produção. Os estudos envolvem teorias, taxonomias, validação de instrumentos, clientela específica, capacitação de recursos humanos, e contribuem para sedimentação do conhecimento. Esta década pode ser considerada como a *Era do Aprimoramento*. A 4ª e última década é marcante pelo extraordinário aumento de mais de 600% no quantitativo de dissertações e teses, explicado pelo empenho das enfermeiras em prol da solidez da pós-graduação, criando novos programas em diversos pontos do país. Modelos assistenciais rigorosamente científicos, elaborados com especificidade para atender às demandas; o processo de enfermagem com a orientação teórica segundo Horta e a linguagem diagnóstica NANDA como preferências; a dificuldade recorrente para documentar; o reconhecimento da SAE, o processo de implantação e sua avaliação; o ensino da SAE na graduação; o descompasso entre os profissionais da academia e da assistência; a tecnologia da informação e o aconselhamento genético, dentre outros, são focos de atenção dos

#### Trabalho 126 - 4/5

estudos compreendidos entre 1998 e 2007. Esta década pode ser reconhecida por ampliar a abrangência imprimindo mais qualidade, devendo ser considerada como a *Era da Expansão*. CONCLUSÃO: Um país do tamanho do Brasil, com incontáveis peculiaridades regionais, apresenta também diferenças substanciais refletidas na Enfermagem e o panorama que se descortina no estudo da produção acadêmica sobre SAE aponta uma concentração de pesquisas expressa nas seguintes instituições: UNIFESP (14), USP/SP (11), USP/Ribeirão Preto (10), UFPB (8) e UFC (7), totalizando 50 produções em 40 anos. São, portanto, centros de referência nos estudos que discutem a sistematização sob diversos olhares. Até junho de 2010, de acordo com a CAPES, na área Enfermagem, estavam registrados 42 programas de pós-graduação e 61 cursos recomendados e reconhecidos de mestrado, doutorado e mestrado profissionalizante. A perspectiva, portanto, é de continuar avançando nesta produção. São os trabalhadores de enfermagem decidindo por um fazer mais e melhor, que impulsionam o desenvolvimento da categoria no Brasil e no contexto internacional. Sensibilizar e responsabilizar para implantar a SAE exige desenvolver capacidades, explorar potencialidades, apostar em talentos, investir no recurso humano disponível e descobrir com o próprio grupo o caminho viável para re-escrever e refazer a prática, expressando verdadeiramente o desejo de agir diferente. À guisa de reflexão acerca desta análise dos 40 anos de produção acadêmica sobre SAE, o enquadramento realizado na forma de *Era de Sensibilização, de Constatação, de Aprimoramento e de Expansão*, correspondente a cada década, poderia ser sugerido como orientador do próprio processo de implantação nas instituições em geral? Inicialmente, o primeiro passo seria *sensibilizar* os trabalhadores de enfermagem para tomada de consciência quanto à importância da SAE; o segundo, *constatar* as necessidades a serem supridas para alcance de condições favoráveis à implantação; o terceiro, *aprimorar* a assistência mediante a implementação de mudanças planejadas; e, finalmente, *expandir* a assistência de enfermagem sistematizada a todos os setores da instituição.

REFERÊNCIAS: 1- Backes DS, Schwartz E. Implementação da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2005; 4(2): 182-8.  
2- Figueiredo RM, Zem-Mascarenhas SH, Napoleão AA, Camargo AB. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. *Rev Esc Enferm* 2006; 40 (2): 299-303.  
3- Almeida MCP, Rocha JSY. *O saber de Enfermagem e sua dimensão prática*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.

**Trabalho 126 - 5/5**

4- Kurcgant P (coord.). Administração em Enfermagem. 7ª reimpressão. São Paulo: EPU; 2005.

5- Tannure MC, Gonçalves AMP. Sistematização da Assistência de Enfermagem guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Palavras-chave: sistematização da assistência de enfermagem; produção acadêmica; programas de pós-graduação em enfermagem.

Área temática 2: Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

Trabalho 127 - 1/5

**ASPECTOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO ENSINO-  
APRENDIZAGEM DA SAE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Amanda Manuella Dantas Nobre<sup>1</sup>

Ály Caroliny Vicente Diniz<sup>2</sup>

Iza Carla Dutra de Menezes<sup>3</sup>

Izamara dos Santos Nogueira Martins<sup>4</sup>

Natália Fonseca de Araújo<sup>5</sup>

Rossana Lucena de Medeiros<sup>6</sup>

**Introdução:** Na busca de novas maneiras de gerenciar e realizar o cuidado em saúde, o processo de trabalho de todos os profissionais é modificado. A enfermagem vislumbrando a necessidade de um cuidar crítico, reflexivo e baseado em preceitos científicos, institui a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como um método que proporciona organização e direcionamento às suas atividades, apresentando-se como instrumento de trabalho que tenta, através de uma linguagem comum, caracterizar e facilitar o processo de cuidar para uma prática profissional sistemática e comprovadamente mais eficaz<sup>1</sup>. Tentativas de adoção de uma metodologia assistencial de enfermagem vêm ocorrendo ao longo do tempo. O conceito original de Processo de Enfermagem foi introduzido no Brasil por Horta num modelo fundamentado na teoria das Necessidades Humanas Básicas, desde então muitas contribuições foram feitas, porém o Processo de Enfermagem é ainda pouco utilizado na prática, sendo, atualmente, composto pelas seguintes fases: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, para atender aos problemas individuais de quem é cuidado, considerando sua subjetividade enquanto ser biopsicossocial com necessidades distintas<sup>2</sup>. É requerido, portanto, um novo perfil profissional e reformulação no processo de formação e aquisição de competências para atuar diante das diversas demandas das situações de trabalho. O ensino da SAE introduz o estudante na aplicação da metodologia da assistência e na prática profissional, o que requer

1 Enfermeira Especialista em Saúde da Família. Professora Substituta da Universidade Estadual da Paraíba. Residente a Rua Abel Costa, 35. Bodocongó. Campina Grande – PB. e-mail: [amandamanuella@hotmail.com](mailto:amandamanuella@hotmail.com)

2 Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela FCM-CG. e-mail: [alydiniz@hotmail.com](mailto:alydiniz@hotmail.com)

3 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.

4 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Alcides Carneiro. e-mail: [izamara\\_santos@hotmail.com](mailto:izamara_santos@hotmail.com)

5 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [tatally@hotmail.com](mailto:tatally@hotmail.com)

6 Enfermeira graduada pela Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [rossana\\_rlm@hotmail.com](mailto:rossana_rlm@hotmail.com)

Trabalho 127 - 2/5

esforços das instituições formadoras na articulação desse referencial metodológico, conforme evidenciado pelos discursos nas reformas dos projetos pedagógicos das instituições de ensino e dos cursos de graduação em enfermagem, respaldados pela Lei nº 9.394/96, das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), e de forma mais incisiva por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES) por meio da Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001<sup>3</sup>. **Objetivo:** Nesta perspectiva, o presente estudo foi proposto para identificar fatores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem, com vistas a suscitar reflexões para o aperfeiçoamento da prática docente, bem como formação de profissionais qualificados para atuar no paradigma da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um estudo bibliográfico em artigos científicos publicados em periódicos indexados ao Lilacs, Scielo e Medline, utilizando os descritores Ensino, Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem. A coleta de dados ocorreu no período de maio a junho de 2010. Foi definido como critério de inclusão na amostra o período de publicação entre 2004 e 2010. A escolha dos artigos foi realizada mediante a leitura dos resumos, a fim de confirmar a temática proposta. Após selecionados, os artigos foram analisados e os dados descritos de acordo com os fatores envolvidos no processo ensino-aprendizagem identificados. **Resultados:** Partindo da reflexão de que o processo ensino-aprendizagem inclui os atos de ensinar, de aprender e de apreender determinado conteúdo, no caso, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, pode-se identificar nesse estudo, fatores relacionados ao docente, ao discente, a organização curricular e ainda à abordagem prática. Os artigos detalham que o docente deve preocupar-se com a metodologia de ensino, adequando-a na intenção de despertar o interesse do acadêmico para o conhecimento, utilizando recursos pedagógicos variados. Há necessidade de que a comunicação tenha caráter interativo e se afaste do modelo vertical de ensinar, propiciando condições para o raciocínio clínico e crescimento profissional. Foi evidenciado ainda que os docentes vivenciam um sentimento de frustração no ensino da

1 Enfermeira Especialista em Saúde da Família. Professora Substituta da Universidade Estadual da Paraíba. Residente a Rua Abel Costa, 35. Bodocongó. Campina Grande – PB. e-mail: [amandamanuella@hotmail.com](mailto:amandamanuella@hotmail.com)

2 Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela FCM-CG. e-mail: [alydiniz@hotmail.com](mailto:alydiniz@hotmail.com)

3 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.

4 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Alcides Carneiro. e-mail: [izamara\\_santos@hotmail.com](mailto:izamara_santos@hotmail.com)

5 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [tatally@hotmail.com](mailto:tatally@hotmail.com)

6 Enfermeira graduada pela Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [rossana\\_rlm@hotmail.com](mailto:rossana_rlm@hotmail.com)

**Trabalho 127 - 3/5**

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma vez que ainda é pouco aplicado na prática. Destacam-se nos artigos como requisitos exigidos do professor para o ensino da SAE: apresentar conhecimento e competência para integrar conhecimento básico e específico com o cuidado envolvendo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais que do indivíduo, família e comunidade, além de apresentar habilidades para estabelecer relacionamento interpessoal e conhecer diferentes estratégias para planejar e implementar o cuidado, necessitando por vezes utilizar a criatividade e flexibilidade. Estudos sobre a percepção docente acerca da Sistematização da Enfermagem revelam ainda que os enfermeiros demonstram pouca clareza do significado de cuidado, devido à variedade de termos empregados para expressar a ação de cuidar, enfatizando também que os significados atribuídos pelos docentes ao processo determinam a forma como eles abordam o conteúdo nas práticas de ensino<sup>4</sup>. Os estudos de casos clínicos são bastante utilizados para estimular a aplicação da assistência de enfermagem sistematizada, permitindo um estudo mais aprofundado dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade, proporcionando subsídios para enfermeira traçar estratégia para solucionar ou reverter os problemas identificados, tomando decisões embasadas cientificamente. No que diz respeito aos acadêmicos de enfermagem, os estudos revelam que estes experimentam dificuldades em desenvolver o cuidado na perspectiva da SAE, demonstram insegurança e aversão ao método. No cotidiano dos serviços de saúde se observa a resistência das enfermeiras em implantar a SAE, alguns serviços só adotam as fases iniciais, há dificuldade de manter a continuidade e sua realização por parte de todos os enfermeiros do serviço. Assim, ocorre dissociação entre teoria e prática, pois os conceitos trabalhados em sala de aula não são visualizados no campo de estágio. Constata-se ainda que as organizações curriculares também podem interferir no processo ensino-aprendizagem da SAE, já que na maioria dos currículos as disciplinas que abordam a SAE são incluídas no componente básico, quando o graduando ainda não desenvolveu conhecimento teórico-prático, nem aprofundou as competências críticas e reflexivas para compreender mais profundamente a Sistematização

1 Enfermeira Especialista em Saúde da Família. Professora Substituta da Universidade Estadual da Paraíba. Residente a Rua Abel Costa, 35. Bodocongó. Campina Grande – PB. e-mail: [amandamanuella@hotmail.com](mailto:amandamanuella@hotmail.com)

2 Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela FCM-CG. e-mail: [alydiniz@hotmail.com](mailto:alydiniz@hotmail.com)

3 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.

4 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Alcides Carneiro. e-mail: [izamara\\_santos@hotmail.com](mailto:izamara_santos@hotmail.com)

5 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [tatally@hotmail.com](mailto:tatally@hotmail.com)

6 Enfermeira graduada pela Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [rossana\\_rlm@hotmail.com](mailto:rossana_rlm@hotmail.com)

**Trabalho 127 - 4/5**

da Assistência de Enfermagem ao indivíduo nas diversas situações e fases da vida. Para aplicar corretamente a SAE é necessário que o enfermeiro veja o indivíduo como um ser único e não um conjunto de sinais e sintomas. Desta forma é essencial a articulação entre as disciplinas de forma a proporcionar um elo entre as diversas áreas que atuam, facilitando uma conduta intervencionista nos problemas do paciente<sup>5</sup>. Constata-se, portanto, que o ensino, na maioria das vezes, é fragmentado, os alunos cuidam em momentos distintos da formalização do processo de enfermagem. Os estudos demonstram que os graduandos apresentam dificuldades em “*pensar diferente*”, o que remete ao paradigma de assistência anterior a SAE em que não havia o hábito de refletir sobre as necessidades dos pacientes e inferir um Diagnóstico de Enfermagem, nem traçar um plano de cuidados embasado cientificamente. Percebe-se, com isso, que ainda há um longo caminho a ser percorrido até a utilização SAE na prática de cuidado. Mesmo que alguns docentes já estejam adotando a SAE no campo teórico-prático, as demais disciplinas, na maioria das vezes, têm sido construídas centradas nos aspectos relativos às patologias, centrando a assistência de enfermagem na doença, o que os leva a buscar sinais e sintomas para nortear o cuidado, que deixa de evidenciar a pessoa em sua integralidade. **Conclusão:** É relevante, portanto, instrumentalizar os graduandos para a prática da SAE como norteadora do cuidado e propulsora da consolidação da enfermagem como profissão distinta com seu processo de trabalho específico, melhorando as relações futuras entre profissionais e pacientes para qualidade da assistência. Cabe ao corpo docente e instituições formadoras observar sua prática procurando identificar com clareza o que ensina, como ensina e que resultados estão sendo obtidos com os métodos utilizados, objetivando a construção e aprimoramento constante da prática de Enfermagem, tornando-a reflexiva, crítica, renovadora na articulação de um referencial metodológico para clara definição das competências do saber, fazer e ser da profissão.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Ensino. Sistematização da Assistência de Enfermagem.

1 Enfermeira Especialista em Saúde da Família. Professora Substituta da Universidade Estadual da Paraíba. Residente a Rua Abel Costa, 35. Bodocongó. Campina Grande – PB. e-mail: [amandamanuella@hotmail.com](mailto:amandamanuella@hotmail.com)

2 Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela FCM-CG. e-mail: [alydiniz@hotmail.com](mailto:alydiniz@hotmail.com)

3 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.

4 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Alcides Carneiro. e-mail: [izamara\\_santos@hotmail.com](mailto:izamara_santos@hotmail.com)

5 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [tatally@hotmail.com](mailto:tatally@hotmail.com)

6 Enfermeira graduada pela Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [rossana\\_rlm@hotmail.com](mailto:rossana_rlm@hotmail.com)

**Trabalho 127 - 5/5**

**Área Temática:** Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

**Referências**

- 1 Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2ed. São Paulo: Annablume; 2008
- 2 Leadebal ODCP, Fontes WD, Nóbrega MML, Brito Filho GT. Análise das bases didático-pedagógicas para o ensino da sistematização da assistência enfermagem. Rev. Min. Enferm, 2009 jan./mar; 13(1):64-75.
- 3 Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES n. 03, de 07 de novembro de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Conselho Nacional de Educação [online]. Brasília, 7 nov 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acessado em 22 de maio de 2010.
- 4 Alfavaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.
- 5 Silva KL, Sena RR. Integralidade do Cuidado na Saúde: Indicações a partir da Formação do Enfermeiro. Rev Esc Enferm USP, 2008; 42(1): 48-56.

- 1 Enfermeira Especialista em Saúde da Família. Professora Substituta da Universidade Estadual da Paraíba. Residente a Rua Abel Costa, 35. Bodocongó. Campina Grande – PB. e-mail: [amandamanuella@hotmail.com](mailto:amandamanuella@hotmail.com)
- 2 Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela FCM-CG. e-mail: [alydiniz@hotmail.com](mailto:alydiniz@hotmail.com)
- 3 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.
- 4 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Alcides Carneiro. e-mail: [izamara\\_santos@hotmail.com](mailto:izamara_santos@hotmail.com)
- 5 Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [tatally@hotmail.com](mailto:tatally@hotmail.com)
- 6 Enfermeira graduada pela Universidade Estadual da Paraíba. e-mail: [rossana\\_rlm@hotmail.com](mailto:rossana_rlm@hotmail.com)

**Trabalho 128 - 1/4**

**CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA: ENFOQUE NOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES**

Ana Luíza Paula de Aguiar Lélis<sup>1</sup>

Adriana Sousa Carvalho de Aguiar<sup>2</sup>

Lívia Silva de Almeida<sup>3</sup>

Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso<sup>4</sup>

INTRODUÇÃO: A atenção primária representa uma das áreas de atuação do enfermeiro mais requerida na atual política de saúde do país, cuja principal intenção é promover e preservar a saúde da população com enfoque no autocuidado e no autocontrole em aspectos de bem-estar social e de saúde da vida diária. Sendo de direito privativo do enfermeiro a realização da consulta de enfermagem, percebe-se que este desenvolve papel importante no sistema de saúde por promover o cuidado de forma integral da população em todo seu ciclo vital. No que se refere à consulta de enfermagem em puericultura, esta é fundamental, uma vez que, é por meio dela que o enfermeiro detecta precocemente os diferentes distúrbios relacionados ao crescimento, nutrição e desenvolvimento neuropsicomotor infantil. Isso favorece a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de problemas, como também fornece condições para o acompanhamento e orientações relacionadas à imunização, aleitamento materno, controle às doenças prevalentes na infância, higiene, nutrição e comportamento da criança<sup>1</sup>. Inserido nesse contexto, a família da criança cumpre um papel central, participando ativamente do planejamento, execução e avaliação do atendimento. Os profissionais compartilham com a família, a identificação dos problemas, os recursos disponíveis e elaboram em conjunto um plano de assistência. As decisões são tomadas por todos os membros e a responsabilidade é assumida de maneira igualitária pela equipe e família. Por isso, para se obter um cuidado de enfermagem integral, é fundamental que se priorize a sistematização da assistência de enfermagem (SAE). O Conselho Federal<sup>2</sup> de Enfermagem, através da Resolução COFEN nº 272/ 2002, dispõe sobre a SAE nas instituições de saúde no Brasil e determina que sua implementação deve ocorrer em todas as instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas. A SAE é uma ferramenta de trabalho do enfermeiro que auxilia a promover a qualidade da assistência e autonomia dentro da profissão. A sistematização é de fundamental importância para planejar as ações, direcionar os cuidados individualizados e organizar

**Trabalho 128 - 2/4**

o registro dos dados. Além disso, conduz à priorização dos procedimentos a serem realizados e facilita a avaliação das intervenções realizadas, porque permite verificar se os padrões mínimos estabelecidos foram alcançados<sup>3</sup>. OBJETIVO: No presente estudo objetivou-se investigar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes, apontados por acadêmicos de enfermagem sob a supervisão de enfermeiros em consultas de puericultura. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de desenho documental retrospectivo, realizado no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC), local para atividades de bolsistas de iniciação científica, extensão e de monitoria nas práticas das disciplinas de especialização e de graduação, além de ser um campo para o desenvolvimento do estágio curricular supervisionado (modalidade comunitária urbana). No CEDEFAM são realizadas consultas de enfermagem, no consultório e no domicílio, à família em todo seu ciclo vital, e ainda, são promovidos trabalhos em atenção primária de saúde com demais grupos da comunidade. A estrutura conceitual adotada pela referida instituição nas consultas de enfermagem baseia-se no Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney<sup>4</sup> cujo enfoque são as atividade de vida e como suporte metodológico utilizado para sistematizar a prestação do cuidado por meio do processo de enfermagem, reporta-se à identificação do Diagnóstico de Enfermagem, da Taxonomia da NANDA International<sup>5</sup>, reconhecida como uma linguagem própria da categoria no âmbito internacional. A coleta de dados ocorreu no período de maio de 2010 através da busca de registros em prontuários de crianças cadastradas no CEDEFAM atendidas em consultas de enfermagem em puericultura durante o ano de 2009. A partir de uma amostragem aleatória foram selecionados o total de 48 prontuários, os quais subsidiaram 94 consultas de enfermagem. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um formulário semi-estruturado com dados referentes à caracterização da criança como idade e sexo, bem como os diagnósticos de enfermagem identificados por acadêmicos de enfermagem sob a supervisão de enfermeiros nas consultas de puericultura. RESULTADOS: Com base nos dados coletados, as crianças apresentaram a faixa etária que variou de 28 dias de vida a quatro anos de idade, dentro desse intervalo prevaleceu à fase de lactação, e em sua maioria 29 (60%) foi do sexo masculino. Em relação aos diagnósticos de enfermagem, percebeu-se que das 94 consultas realizadas, em 17 destas não ocorreu registro do diagnóstico. Das 77 consultas

**Trabalho 128 - 3/4**

com registros de diagnósticos de enfermagem, resultou no total de 31 diagnósticos identificados nas consultas. Após análise de tais registros, realizou-se um levantamento dos diagnósticos que se repetiram com mais frequência nas consultas, e assim os principais em ordem decrescente de prevalência foram os seguintes: Amamentação Eficaz com o quantitativo de 14 (18%) registros, seguido da Amamentação Ineficaz e Integridade da Pele Prejudicada com 12 (15%) cada, Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas e Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais com dez (13%) e nove (11,6%) dos registros, respectivamente. Diante disso, observou-se que durante as consultas de puericultura a amamentação foi um tema bastante discutido e explorado pelos acadêmicos de enfermagem, considerando que 33% dos registros se relacionaram aos diagnósticos sobre amamentação. Possivelmente, pelo predomínio de lactentes na população do estudo e por sua vez, demonstra que amamentação é percebida como uma prática, já comprovada em vários estudos, que promove a melhoria da saúde em vários aspectos, como em relação, à proteção imunológica e estímulo ao vínculo mãe e filho. Enfim, tornando-se um assunto bastante valorizado na atenção básica, e prevalente em termos de diagnósticos de enfermagem. Dando seguimento ao panorama dos diagnósticos investigados, Integridade da Pele Prejudicada, por exemplo, aparece em 15% dos registros. Isso evidencia que as lesões cutâneas são comuns na população do estudo, sendo uma das motivações das famílias, particularmente a da mãe, eleita como a responsável pelo cuidado da família conforme ressalta a estratégia saúde da família, que comparece a consulta de enfermagem em busca intervenções e resolutividade. Com relação aos outros diagnósticos de enfermagem, dentre os quais se incluem Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas e Nutrição desequilibrada, observou-se baixa frequência de registro frente às 77 consultas com anotações de diagnóstico. CONCLUSÃO: Nota-se, portanto, que os diagnósticos mais prevalentes foram aqueles relacionados à amamentação. Isso supõe que o olhar dos acadêmicos possa estar mais direcionado à importância dessa atitude como estratégia de promoção da saúde da criança. Ressalta-se que ainda existem lacunas referentes à sistematização da assistência frente às consultas, por existirem prontuários sem registros de diagnósticos. Assim, as ações de enfermagem mediante as consultas de puericultura devem ser potencializadas a partir da implementação da SAE, por isso a necessidade de maiores direcionamentos quanto sua prática na comunidade acadêmica, bem como junto às enfermeiras assistenciais.

**Trabalho 128 - 4/4**

REFERÊNCIAS: 1- Lima CC, Cotta RMM, Cavalcante AAM, Martins PC. Avaliação da Assistência materno-infantil prestada por uma equipe rural do programa saúde da família. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007; set; 11 (3): 452 - 8. 2- Conselho Federal de Enfermagem- COFEn. Resolução nº 272 de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE nas instituições de saúde brasileiras. Brasília (DF); 2002. Arts 1-3. 3- Gonçalves LRR, Nogueira LT, Nery IS, Bonfim EG. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica do discente. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007; 11 (3): 459 - 65. 4- Roper N, Logan W, Tierney AJ. Modelo de enfermagem. 3ª ed. Lisboa (PO): McGraw-Hill; 1995. 5- NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010. 456p.

Palavras-Chave: Enfermagem; Diagnósticos de enfermagem; Puericultura.

Área temática (2) - Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e Pós-graduação.

---

1 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFC. Bolsista CAPES. Avenida Filomeno Gomes, nº100. Jacarecanga. Membro do Projeto Saúde do Binômio Mãe-filho/UFC. Email: aninhanurse@hotmail.com

2 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista FUNCAP. Membro do Projeto Saúde do Binômio Mãe-filho/UFC. Email: adrianaufc@gmail.com

3 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFC. Membro do Projeto Saúde do Binômio Mãe-filho/UFC. Email: oilivinha@oi.com.br

4 Enfermeira. Pós-Doutorado Canadá. Profa. Associada do Departamento de Enfermagem – FFOE/UFC. Coordenadora do Projeto Saúde do Binômio Mãe-filho/UFC. E-mail: cardoso@ufc.br.

**Trabalho 129 - 1/4**

PERFIL DOS PACIENTES ASSISTIDOS EM UMA UTI DE UM HOSPITAL PÚBLICO - SUBSÍDIOS  
PARA IMPLANTAÇÃO DA SAE

Danielle Neris Ferreira  
Marlei Trindade Aparecida

**Introdução:** Os serviços de terapia intensiva são áreas hospitalares destinadas ao atendimento de pessoas em estado críticos, que necessitam, portanto, de cuidados altamente complexos. Para o cliente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), dada a sua situação instável, a assistência de enfermagem sistematizada é ainda mais necessária, pois facilitará o domínio apurado da técnica, conciliando-o com um cuidado humanizado e holístico. Quanto maior o número de necessidades afetadas do cliente, maior é a necessidade de se planejar a assistência, uma vez que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada<sup>1</sup>. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado. O processo de enfermagem é baseado em princípios e regras que são conhecidos por promover cuidado de enfermagem eficiente<sup>2,3</sup>. Aplicar a SAE é, portanto, essencial para que o profissional da enfermagem posicione-se como atuante em seu ambiente de trabalho e possibilite a assistência de enfermagem individualizada. Para tanto, parece ser necessário o conhecer sobre o perfil dos pacientes que necessitam da assistência de enfermagem em terapia intensiva. Diante da atuação profissional em uma UTI Adulto associado aos conhecimentos técnico-científicos adquiridos, viu-se a necessidade de fornecer subsídio à equipe de enfermagem para iniciar o processo de implantação da SAE em uma UTI. Como primeiro passo para tal, elegeu-se o levantamento do perfil dos pacientes assistidos como forma de direcionamento para as ações de implantação do processo de enfermagem. Pois, o agir/cuidar do paciente crítico exige conhecimento técnico-científico envolto por uma habilidade e julgamento especializado<sup>4</sup>. **Objetivo:** Levantar o perfil dos pacientes assistidos em uma UTI e propor subsídios para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa retrospectiva de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu durante o mês de fevereiro e março de 2009. Foi

### Trabalho 129 - 2/4

analisado o livro de registro de internação da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul referente ao ano de 2008, nos meses de janeiro a dezembro. Houve, portanto, 294 internações neste período, contudo a amostra compreendeu 189 internações, por ter ocorrido falhas no registro de informações, como rasuras e dados incompletos. As informações coletadas foram: idade, sexo, motivo de internação e destino após internação (alta ou óbito), através do instrumento específico. Este estudo foi autorizado pelo comitê de ética e pesquisa da referida instituição, e após a obtenção da autorização iniciou-se a coleta de dados, os quais foram armazenados em um banco de dados em planilha Microsoft Excel®, analisados e apresentados em forma de tabelas, com discussão dos resultados. **Resultados:** Houveram 189 internações equivalentes a 64,28% dos dados encontrados. Constata-se que 189 pacientes foram assistidos no período de janeiro a dezembro de 2008, destes 94 (49,74 %) do sexo masculino e 95 (50,26 %) do sexo feminino. A média de idade dos 189 pacientes da pesquisa foi de 56,03 anos, sendo a mínima 12 e máxima de 92 anos, com predomínio da faixa etária  $\geq 61$  anos (48,68%). Uma parcela significativa, também, recaiu sobre a faixa etária de 41 a 60 anos, com 48 (25,40%) pesquisados. Em relação ao tempo de permanência na UTI do serviço em estudo, constata-se que o tempo em dias dos pacientes críticos assistidos foram de 1 a 7 dias, o que corresponde a 101 (53,44%), 36 (19,05%), de 8 a 15 dias, seguido de 33 (17,46%), de 16 a 25 dias. Em relação ao motivo de internação, dos 189 pacientes assistidos apresentaram mais de um diagnóstico clínico, sendo de (312), associados ou não. Quanto ao motivo de internação destacou-se a pneumonia com 49 (15,71%) dos casos, seguida por intervenções cirúrgicas com 44 (14,10%), doença pulmonar obstrutiva crônica com 20 (6,41%) e insuficiência respiratória pulmonar aguda com 15 (4,81%), insuficiência renal aguda/crônica com 15 (4,81%), sepse que aparece com 15 (4,81%) e outros com menor prevalência e que foram agrupados, correspondendo a 93 (29,81%) motivos de internações. Em relação às intervenções cirúrgicas prevaleceram: laparotomia exploradora, colecistectomia, esofagectomia, enterectomia, apendicectomia e retossigmoidectomia. Quanto ao destino dos pacientes, após serem assistidos na unidade de terapia intensiva, constatou-se que, 102 (53,97%) obtaram e 87 (46,03%) tiveram alta para outras unidades de internação de menor complexidade. **Conclusão:** Este estudo permitiu visualizar que os pacientes atendidos no referida instituição, são pessoas predominantemente idosas, sem diferença

**Trabalho 129 - 3/4**

significativa de sexo, por diversos os motivos de internação, com predomínio de agravos de pós-operatórios, sobretudo do aparelho gastrointestinal e doenças do trato respiratório, com tempo de internação predominante de até 7 dias de internação, contudo com ocorrência de óbito na maioria dos casos. Ao se caracterizar o perfil dos pacientes dessa unidade, estes dados se tornam importantes para subsidiar a SAE, seja para traçar perfil, como também para verificar os aspectos a serem melhorados na assistência de enfermagem dessa unidade, pelo gerenciamento de recursos físicos e matérias, e, sobretudo humano, que deve ser especializado para o atendimento em situações críticas. Diante do atendimento realizado pelo perfil de pacientes admitidos nesse serviço, é previsível que se possa frente a SAE, implantar protocolos assistenciais, direcionando o atendimento e proporcionar melhores condições de saúde a população que depende desse serviço. Ainda que não seja objetivo desse estudo, verificar causas específicas de óbitos ocorridos na UTI verifica-se a necessidade de investigar de forma apurada, bem como propor estratégias de atendimento ao perfil assistido. A SAE ainda é um desafio para os enfermeiros, principalmente pela falta de habilidade e conhecimento para desenvolvê-lo, mas de importância absoluta para garantir um atendimento sistematizado, individualizado e humanizado. Sua implantação é uma necessidade para a definição, diferenciação e valorização da profissão de enfermagem, além de ser um recurso importante para o enfermeiro demonstrar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos no cuidado do de sua clientela. O sucesso ou insucesso na implantação da SAE dependem de fatores chaves, como apoio, colaboração, interesse das chefias de enfermagem, o preparo rigoroso, constante e sistemático dos enfermeiros<sup>5</sup>.

**Palavras-chave:** Unidade de Terapia Intensiva. Cuidados Críticos. Sistematização da Assistência de Enfermagem.

**Área temática:** Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

**Trabalho 129 - 4/4**

1. ROSSI, L. A; CARVALHO, E. C. A coleta de dados: relação com modelos, filosofia institucional e recursos disponíveis. In: Anais do 3º Fórum Mineiro de Enfermagem: Universidade Federal de Uberlândia (MG), p. 20-21, 2002.
2. GARCIA, T. R; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: Anais do 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Recife (PE), p. 21-26, 2000.
3. ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 2002.
4. PADILHA, K. G.; VATTINO, F. F.; SILVA, S. C.; KIMURA, M. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. Barueri: Manole, 2010.
5. POSSARI, J. F; Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. 2. ed. Iátria. São Paulo, p. 246, 2005.

**Trabalho 130 - 1/4**

APLICABILIDADE DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA ACADÊMICA

Annissa Ayalla Duarth de Araujo<sup>1</sup>; Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos<sup>1</sup>; Damiana Guedes da Silva<sup>2</sup>

A aplicação da SAE proporciona ao enfermeiro a possibilidade da prestação de cuidados individualizados, centrada nas necessidades humanas básicas, e, além de ser aplicado à assistência, pode nortear tomadas de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem. Esse processo foi influenciado/desencadeado a partir da formulação das teorias de enfermagem, desenvolvidas primeiramente por teóricas americanas e, no Brasil, por Wanda de Aguiar Horta, cuja obra "Contribuição para uma Teoria de Enfermagem", publicada em 1979, vem sendo amplamente discutida e utilizada, principalmente nos contextos acadêmicos, como instrumento de ensino. A formação acadêmica dos enfermeiros, muitas vezes contribui para que estes busquem e apliquem uma assistência sistematizada, durante aulas práticas e estágios curriculares obrigatórios. As áreas da saúde e educação, por estarem dinamicamente envolvidas com as transformações ocorridas na sociedade, são chamadas a observar a tendência crescente na profissão pela busca de procedimentos/métodos de organização e planejamento dos serviços de enfermagem quer sejam mais eficientes e se traduzam numa assistência de enfermagem mais qualificada. Este estudo teve como objetivo verificar a aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na prática acadêmica. Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. Sendo a pesquisa realizada durante o desenvolvimento de aulas práticas na disciplina de Módulo de Prática em Semiotécnica, em hospitais localizados no interior do Estado de Rondônia. A pesquisa teve início com o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná/RO da Universidade Luterana do Brasil (CEULJI/ULBRA), registrado sob o número 025/10. Os dados foram coletados por

<sup>1</sup> Acadêmicos do 4º período de enfermagem do Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná/RO, ardissonfagner@bol.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda em Genética e Toxicologia Aplicada (PPGTA) da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Docente em Enfermagem no Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná/RO. Endereço: Av. Eng.º. Manoel Barata Almeida da Fonseca, 762, Bairro Jardim Aurélio Bernardi - Caixa Postal 271 - CEP 76.907-438 - Ji-Paraná/RO, damiguedes@hotmail.com

**Trabalho 130 - 2/4**

meio de instrumento estruturado, compostos por questões fechadas em abril de 2010. A amostra foi constituída de 15 acadêmicos do 4º período do curso de enfermagem do CEULJI/ULBRA, o que representa 75% da população. A qual foi informada antecipadamente quanto aos aspectos éticos da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determina a Resolução 196/96/CONEP. Na análise dos dados coletados possibilitou identificar que os acadêmicos observaram que a aplicabilidade da SAE na prática acadêmica é importante quanto à busca direta e indireta por conhecimentos pregressos (100%), tais como Anatomia(54%), Fisiologia (87%), Exame Físico (74%); determina as necessidades primárias do paciente (93%); promove interação entre os acadêmicos com a equipe de enfermagem, facilita ao acadêmico verificar as intervenções não realizadas e a intervir precocemente quando os resultados não são alcançados (87%); organiza a prática da enfermagem, promove sequência lógica da assistência implementada e respalda os acadêmicos nas práticas do cuidado (80%) e valoriza o enfermeiro (67%). O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução 272/2002 revogada pela 358/2009, define que a SAE organizar o trabalho profissional; tornar possível a sua operacionalização; instrumentalizar metodologicamente o cuidado profissional; documentar e operacionalizar a prática profissional; evidenciar a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população; aumentar a visibilidade e o reconhecimento profissional. Um dos caminhos para a aplicabilidade eficaz da SAE é a integração entre as faculdades e as instituições de saúde que servem de campo de estudo para os futuros enfermeiros. Em alguns momentos, os acadêmicos deparando-se com diversas situações que simulam a realidade futura e dificuldades que lhes exigirão saber técnico, olhar crítico e clínico, e conhecimentos práticos. Mas o que se percebe, é que quando alguns enfermeiros se formam, há uma preocupação maior na realização das técnicas. Assim, deixam de levantar os problemas de enfermagem do paciente e de planejar os cuidados, ficando a assistência, nesse caso, limitada a ações isoladas no decorrer de suas atividades. Na prática, a aplicabilidade da SAE permanece ainda, na maioria dos serviços de saúde, muito aquém do idealizado pela teoria, ou do desejável como modelo de sistematização da assistência de enfermagem. A SAE além de ser um instrumento que qualifica e personaliza o cuidado, não pode ser interpretada como uma ferramenta estritamente assistencial, pois é referida como objeto de planejamento e organização, conotando uma

**Trabalho 130 - 3/4**

visão gerencial da assistência. O conhecimento é, sem dúvida, um dos valores de grande importância para o profissional enfermeiro, uma vez que confere segurança aos profissionais na tomada de decisões relacionadas ao paciente, a sua equipe e às atividades da unidade. Isso se reflete na equipe de enfermagem, haja vista que esta tem o enfermeiro como um condutor. A iniciativa para assumir condutas e atitudes está intimamente relacionada ao conhecimento que o profissional possui, pois este dá para os enfermeiros a certeza de estarem agindo da maneira mais correta e adequada. Conclui-se que não basta somente o acadêmico saber as etapas da SAE, é preciso, também, que entenda a importância da sua aplicabilidade, onde a assistência comprometida desenvolve a melhoria contínua, quer seja do enfermeiro e sua equipe bem como assegura aos pacientes um cuidado com qualidade e humanização. Ao passo que deixar de ser graduando e passar a ser enfermeiro, o acadêmico conseguirá ver com mais nitidez que a SAE não é só imprescindível para uma assistência diferenciada, mas também garantia de respaldo para o profissional de enfermagem no âmbito do trabalho.

**Palavras-chave:** Aplicabilidade, Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem.

**ÁREA TEMÁTICA DE INTERESSE - 2: Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação;**

**REFERÊNCIAS**

1. Amante LN, Rosseto AP, Schneider DG. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Rev. esc. enferm. USP. São Paulo, v. 43(1), mar. 2009.
2. Castilho, NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. Texto contexto-enferm. Florianópolis, v.18(2): 280-289, jun. 2009.

**Trabalho 130 - 4/4**

3. Fuly PSC, Leite JL; Lima SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. Rev. bras. enferm. Brasília, v. 61(6), Dez. 2008.
4. Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. Rev. bras. enferm. Brasília, v. 59(5), Jun. 2006.
5. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 18(2), Jun. 2009.

**Trabalho 131 - 1/4****CUIDAR DE IDOSOS: REFLEXÕES NA FORMAÇÃO DO  
ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA SISTEMATIZAÇÃO DA  
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Fabiola de Araújo Leite Medeiros<sup>1</sup>, Inácia Sátiro Xavier de França<sup>2</sup>, Rafaela Queiroga Souto<sup>3</sup>, Ranielly Pereira Lacerda<sup>4</sup>

Diante do aumento da expectativa de vida e do crescimento da população idosa para os próximos anos, pode-se evidenciar que não há nada mais justo do que garantir ao idoso a sua inserção na comunidade, garantir também o gozo de uma velhice saudável, pois o envelhecimento humano é hoje um fato reconhecidamente heterogêneo, influenciado por aspectos socioculturais, políticos, econômicos e subjetivos dos indivíduos. Tal fato tem despertado a atenção para os problemas mais comuns enfrentados pelos idosos, mostrando a necessidade de se garantir condições que propiciem envelhecimento saudável com dignidade. Por parte da formação acadêmica do enfermeiro, contextualizando o cuidado como ferramenta indispensável na Sistematização da Assistência de Enfermagem, urge a necessidade de rever conceitos e atitudes, já que a transição demográfica trará modificações na estrutura epidemiológica vigente para os próximos tempos. Inter-relacionar a formação acadêmica do profissional de enfermagem com a ação do cuidar do idoso, é entendê-la, não apenas com o princípio de que há uma necessidade de conhecimento geriátrico no processo de formação e demanda para o mercado de trabalho para os recentes anos, mas sim, aprofundar conhecimentos fundamentados na percepção do ser humano, como pessoa com seus valores, crenças e perspectivas. É trabalhar o todo, considerando a ação de promoção,

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre. Professora. Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Orientadora.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora. Professora. Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda. Professora. Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

<sup>4</sup> Acadêmica. Bolsista do PIBIC/CNPq/UEPB.

Autor correspondente:

Fabiola de Araújo Leite Medeiros

Rua José do Patrocínio, nº. 330. Bairro: São José. Campina Grande-PB, Cep. 58.107-603.

E-mail: profabiola@bol.com.br. Fone: (083) 3322.2278

**Trabalho 131 - 2/4**

prevenção e manutenção de uma velhice saudável. Dessa forma, pretendeu-se analisar a percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o ato de cuidar de idosos, verificando sua inserção no panorama demográfico atual, promovendo metas para reflexão do processo de enfermagem voltado a essa faixa etária, refletindo sobre suas singularidades e especificidades na formação acadêmica. Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e da Universidade Federal da Paraíba (UFCG) e na Faculdade de Ciências Médicas (FCM/FACISA), todos localizados no município de Campina Grande/PB, no período compreendido entre Agosto de 2009 a Maio de 2010. A amostra foi constituída por alunos da graduação em Enfermagem que estiveram cursando os últimos períodos da graduação. O universo previsto foi planejado de acordo com a aceitabilidade de cada indivíduo em participar da pesquisa, porém foi definido que de cada curso deveria ter pelo menos 25% equivalente ao número total de alunos por turma. Logo, os critérios de inclusão foram: ser acadêmico de enfermagem, estar no último ano da graduação e querer por voluntariedade participar da pesquisa. Este estudo foi desenvolvido levando em consideração os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, preconizado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e foi submetido ao comitê de ética em pesquisas com seres humanos da UEPB, com aprovação segundo protocolo 0416.0.133.000-09. Os dados foram criteriosamente avaliados seguindo a análise do conteúdo proposta por Bardin (1997) e discutidas sob a luz da literatura. A amostra foi composta por 85 acadêmicos de Enfermagem. Com relação à vivência dos discentes com o cuidar de idosos, inicialmente, eles foram questionados sobre a importância que sua graduação estava dando a respeito do tema, observou-se que 50% dos acadêmicos responderam que sim, que em algumas disciplinas havia a contemplação de abordagens sobre os aspectos gerontológicos relacionados direta ou indiretamente ao cuidado com idosos. Da população estudada, 31% diz que a graduação não dá uma importância tão significativa sobre o tema, pois são poucos os componentes que aplicam os aspectos gerontológicos, 19% afirmaram que adquiriram alguns conhecimentos a respeito do tema participando de projetos de pesquisa e extensão, mencionando em suas falas que o assunto é tratado de forma generalizada em algumas disciplinas, e até mesmo que o assunto não é destaque nas aulas, sendo feita apenas

**Trabalho 131 - 3/4**

alusões. De acordo com Santos (2003), em discussão sobre a formação histórica dos currículos em enfermagem, situa que a partir de 1994 que a Comissão de Especialistas de Enfermagem em conjunto com a Comissão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), deu origem a Portaria 1.721/94, com aprovação do Ministério da Educação em relação a inserção dentro dos currículos de Enfermagem a discussão sobre a saúde de idosos, além de outras particularidades citadas para as diretrizes curriculares de Enfermagem a partir desse período. Após a análise das vivências dos acadêmicos citadas no item anterior, o que de certa forma possibilitou o reconhecimento da realidade curricular em que o acadêmico está inserido na discussão do cuidar de idosos e/ou da saúde do idoso na sua graduação, iniciou-se a análise do conteúdo gerada pelas respostas dos acadêmicos visando o cumprimento do objetivo geral desse trabalho que é o de analisar a percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o ato de cuidar de idosos, refletindo sobre a contribuição do estudo mediante a utilização deste em subsídios para o processo de enfermagem. As respostas analisadas foram submetidas à análise temática, sendo classificadas a partir de uma pré-análise (organizando o material coletado e sistematizando as idéias através da leitura meticulosa das respostas obtidas pelos questionários). Dentro desse contexto, foi possível direcionar este estudo sob duas categorias temáticas: *Categoria I* - Elementos envolvidos no processo de cuidar de idosos; e *Categoria II* – Saberes e práticas do cuidar de idosos necessários ao ensino de enfermagem. Na Categoria I foram classificadas falas que referiam que os elementos envolvidos no processo de cuidar de idosos se referem a: sensibilidade, conhecimento técnico especializado e reconhecimento social ao idoso. Na categoria II houve a menção de subcategorias que referendam que os saberes e práticas relacionadas ao cuidar de idosos na formação acadêmica direcionada a SAE, devem ser situados em todos os componentes e práticas assistenciais prevendo que o curso de Enfermagem deve capacitar todos os acadêmicos para atuação em todas as faixas etárias do ciclo vital, incluindo a atenção ao idoso; a criação de um componente curricular e/ou a maior inserção do tema Saúde do Idoso na formação acadêmica; e também da criação de práticas com grupos de idosos, discentes e docentes, para melhor ampliação das discussões e atuações no ato de cuidar de idosos e formação do enfermeiro. Evidenciam-se através desse estudo que há o conhecimento dos acadêmicos sobre os elementos do cuidar envolvidos na prática de atuação do cuidar de idosos, direcionados

**Trabalho 131 - 4/4**

a sensibilidade, o envolvimento interpessoal e o conhecimento técnico-científico. A reflexão, vista nesse estudo sobre a formação acadêmica em relação ao ato de cuidar de idosos, sugere que há necessidade de mais estudos se direcionarem na reflexão dos currículos previstos para a atualidade, preparando profissionais com visão crítica-reflexiva para construção de uma realidade onde haja melhoria das condições de saúde da população em geral, incluindo a saúde ao idoso. Em relação á prática da enfermagem, torna-se essencial que haja maiores discussões sobre a saúde do idoso nos projetos políticos pedagógicos com visão para a transição demográfica vigente, como também para formação de um enfermeiro apto para cuidar diante das nuances do processo de envelhecimento e dentro do contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

**Palavras-chave:** enfermagem, saúde do idoso, educação, elementos do cuidar.

**Área Temática:** Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço da produção de ensino: graduação e pós-graduação.

Trabalho 132 - 1/4

**AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO SOBRE SAE ENTRE  
ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM COMO PROPOSTA PARA PROCESSO  
DE IMPLANTAÇÃO DA SAE EM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE/PB**

Fabiola de Araújo Leite Medeiros<sup>1</sup>, Lidianny Galdino Félix<sup>2</sup>, Relva Raruza  
Fernambarre<sup>3</sup>, Fernanda Diniz Farias<sup>4</sup>, Larissa Camila Ferreira<sup>4</sup>

Um dos grandes desafios para a enfermagem brasileira sempre esteve voltado ao de aproximar os modelos assistenciais com a prática profissional. Essa perspectiva induz a reflexão acadêmica da necessidade de se criar possibilidades que venham a contribuir com a implantação da SAE nas instituições de saúde, como também, busca aperfeiçoar o processo de ensino-aprendizagem e estimula a pesquisa e o aprofundamento nas teorias aplicadas ao processo de cuidados. A enfermagem como profissão busca dentro da sua ciência, metodologias assistenciais que visem valorizar sua atuação de maneira mais sistemática ao mesmo tempo em que induz um cuidado mais individualizado. Vários estudos e experiências já foram e continuam sendo realizados, visando criar modelos assistenciais que vislumbrem para uma prática voltada ao atendimento de qualidade, que não só priorize a assistência, mas, o resultado e o reconhecimento da valorização profissional (WESTPHALEN, CARRARO, 2001). Na atualidade o cuidado de enfermagem direciona-se à recuperação e bem-estar do indivíduo fundamentando-se num conhecimento científico e na autonomia profissional (NÓBREGA, SILVA, 2007). Sendo assim, sistematizar a assistência da enfermagem se refere ao uso da ciência na execução prática de suas atribuições diárias, individualizando o processo assistencial, oferecendo a instrumentalização necessária para o planejamento e a orientação das

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre. Professora. Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Orientadora.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre. Professora. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, UFCG.

<sup>3</sup> Acadêmica de enfermagem. Bosista do PROBEX/UEPB.

<sup>4</sup> Acadêmicos de enfermagem da UEPB.

Autor correspondente:

Fabiola de Araújo Leite Medeiros

Rua José do Patrocínio, nº. 330. Bairro: São José. Campina Grande-PB, Cep. 58.107-603.

E-mail: profabiola@bol.com.br. Fone: (083) 3322.2278

**Trabalho 132 - 2/4**

ações, com respaldo teórico, segurança e ética profissional. Dentro desse contexto, no período de Agosto de 2009 a Abril de 2010, um grupo de Acadêmicos de Enfermagem participou da “Capacitação sobre Sistematização da Enfermagem (SAE)”, oferecida pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, na intenção de se formar um grupo de pesquisa e extensão para atuar junto ao processo de implantação da SAE em um dos hospitais públicos do município de Campina Grande/PB, Brasil. Destaca-se que esse trabalho se refere a uma das etapas do projeto de pesquisa e extensão intitulado “Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar do Município de Campina Grande/PB”. Sendo assim, a primeira etapa foi realizada pela capacitação de enfermeiros e de acadêmicos que se dispuseram a participar do projeto. Para avaliação da capacitação entre os acadêmicos foi realizada uma pesquisa do tipo exploratória descritiva, com abordagem qualitativa, utilizando o método de análise do conteúdo proposta por Bardin (1997). O objetivo principal desse trabalho esteve direcionado a avaliar a percepção do acadêmico de Enfermagem sobre a SAE, prevendo um processo reflexivo em relação aos requisitos de implantação da SAE em um hospital público. A amostra foi composta por 12 acadêmicos (100% do universo) que participaram da capacitação cuja carga horária fora de 120 horas, distribuídas com conteúdos sobre as Teorias de Enfermagem, Elementos do Cuidar, Requisitos para implantação da SAE, As etapas da SAE, NANDA, NIC e NOC, CIPE e, por fim, foram realizados alguns estudos clínicos para aplicação na prática do processo de implantação da SAE e validação dos instrumentos (Coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, prescrição e evolução). Este estudo foi desenvolvido levando em consideração os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, preconizado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e foi submetido ao comitê de ética em pesquisas com seres humanos. Os critérios de participação foram o de ser acadêmico de enfermagem e ter participado da capacitação; e querer por voluntariedade participar da pesquisa tendo conhecimento prévio que se tratava de uma pesquisa de avaliação que a *posteriori* poderia ser publicada. O instrumento de avaliação da capacitação esteve voltado a um questionário semi-estruturado com questões relacionadas à importância da implantação da SAE para o exercício profissional na concepção do acadêmico; também questionou sobre o conceito de SAE antes e após a capacitação; vantagens e dificuldades encontradas em se implantar a SAE em um

**Trabalho 132 - 3/4**

serviço hospitalar; a avaliação pessoal com relação a execução de estudos clínicos que visualize a implantação da SAE. De acordo com os resultados encontrados, os acadêmicos foram unânimes em afirmarem que a capacitação foi de boa qualidade no que diz respeito a pertinência ao assunto, qualidade e profundidade das informações fornecidas sobre a SAE; relevância do tema para sua profissão; recursos didáticos e duração em relação a Carga Horária. Dez participantes (83%) afirmaram que não houve modificação do conceito de SAE após a capacitação. Destes, houve referência na análise das falas que a capacitação beneficiou a ampliação do conceito da SAE e favoreceu o entendimento sobre os requisitos do processo de implantação. Em relação à significância da SAE no exercício profissional, verificou-se a classificação das falas em relação a duas categorias temáticas: Categoria I – A SAE referenda a organização e autonomia do serviço de enfermagem; e Categoria II – A SAE determina a prestação de cuidados individualizados e humanizados à clientela hospitalar. Quando se avaliou o que os acadêmicos diziam de vantagens em se implantar a SAE, todos citaram em suas respostas termos relacionados à autonomia, qualidade assistencial, valorização do trabalho, organização do serviço. Das dificuldades encontradas a se implantar a SAE no serviço, os acadêmicos avaliaram que o não entusiasmo de alguns profissionais da enfermagem pela SAE, a hegemonia médica ainda persistente no processo de cuidar, a dificuldade de situar os diagnósticos de enfermagem em ordem de prioridades; ausência de recursos humanos para dar suporte ao processo de implantação; a não valorização do registro de enfermagem por outros profissionais da saúde; a inexperiência dos enfermeiros assistenciais com a terminologia da SAE; e acesso aos prontuários. Verificou-se que a capacitação foi essencial para melhor reflexão do acadêmico de enfermagem em relação ao processo de implantação da SAE em um serviço hospitalar. Houve uma compreensão entre os acadêmicos que as vantagens são inúmeras para reconhecimento e valorização do exercício profissional quando da implantação da SAE em um serviço, porém há dificuldades que devem ser vencidas para que o processo seja efetivado e acreditado por todos em âmbito hospitalar. As dificuldades discutidas e ora analisadas servirão de alvos para a continuação do projeto de pesquisa e extensão e otimizar a execução de um plano mais abrangente que vislumbre a colaboração do acadêmico, como membro crítico-reflexivo em um processo de implantação da SAE em um serviço hospitalar público.

**Trabalho 132 - 4/4**

**Palavras-chave:** Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem, capacitação, implantação, avaliação.

**Área Temática:** Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço da produção de ensino: graduação e pós-graduação.

Trabalho 133 - 1/4

**SABERES DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SOBRE A PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: RESULTADOS PRELIMINARES**

Carmem Lúcia Zuse, Marcos Barragan da Silva<sup>1</sup>, Raquel de Souza Ramser Ceretta

**INTRODUÇÃO:** O processo de enfermagem (PE), é um fenômeno da prática do cuidar que subsidia todo o raciocínio clínico do enfermeiro com foco na resolutividade de problemas que envolvem a saúde dos indivíduos, grupos de pessoas ou famílias, nos diferentes níveis e contextos que os circundam, sendo considerado uma ferramenta indispensável para a prestação de cuidados do enfermeiro.<sup>1</sup> Dentro de sua estrutura sistemática, o PE, apresenta a etapa de planejamento, onde destaca-se a *Prescrição de Enfermagem*, que demonstra as ações ou atividades de cuidado de enfermagem. Quando se fala em prescrição de enfermagem o que é mais discutido é a atuação do enfermeiro nesta temática, pois é o mesmo quem efetua o raciocínio clínico, por outro lado, geralmente a implementação é realizada por técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, onde estes atores monitoram diretamente os pacientes observando seu estado de saúde, implementando os cuidados prescritos pelos enfermeiros, principalmente no ambiente de terapia intensiva. Diante disso, sabe-se que a Prescrição de enfermagem há muito tempo se faz presente no cotidiano de profissionais de enfermagem em algumas unidades de Terapia Intensiva (UTI) do Brasil. Esta metodologia propicia a padronização da linguagem de enfermagem e permite a informatização da assistência de enfermagem, e vem se desenvolvendo em torno do avanço tecnológico que se propagou em UTIs no mundo inteiro, sejam elas unidades de pacientes adultos, pediátricos ou neonatais. Além disso, sabe-se que o cuidado em UTI está centrado na recuperação e reabilitação do paciente em estado crítico, e o enfermeiro utiliza a prescrição como método de trabalho científico para garantir a qualidade da assistência e a descrição das atividades de enfermagem, assim fornece um perfil dos cuidados dos pacientes, permitindo a visibilidade das intervenções, além de favorecer comparações entre populações específicas. Neste contexto, sabe-se que os auxiliares e técnicos, membros da equipe de enfermagem, são os principais executores da prescrição realizada pelos enfermeiros, por isso existe a necessidade de realizar estudos com a participação destes,

---

<sup>1</sup> Acadêmico do 9º semestre do Curso de Enfermagem. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI - Campus Santo Ângelo - RS. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde e educação – GEPESE. Endereço do relator: Rua Antonio Gomes Pinheiro Machado, 429 – São Luiz Gonzaga/RS. [marcoSBarragan@hotmail.com](mailto:marcoSBarragan@hotmail.com)

### Trabalho 133 - 2/4

focalizando sua contribuição no processo de cuidado, justamente por participarem da avaliação do paciente, durante o cuidado prestado, e é de fundamental importância que o seu conhecimento seja reconhecido e considerado para o desenvolvimento e implantação do Processo de Enfermagem em instituições de saúde<sup>2</sup>, por isso escolhe-se focalizar esta população neste estudo. Assim, é de extrema relevância para a prática de enfermagem explorar em pesquisas as percepções de técnicos e auxiliares de enfermagem em relação às interfaces da enfermagem profissional, pois eles participam ativamente da construção da disciplina. Sendo assim pergunta-se: Que percepções apontam os técnicos e auxiliares de enfermagem sobre a prescrição de enfermagem no ambiente de terapia intensiva? **OBJETIVO:** Conhecer a percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do tema prescrição de enfermagem no ambiente de terapia intensiva. **METODOLOGIA:** Será uma pesquisa com abordagem qualitativa exploratória descritiva. O estudo foi realizado em um Hospital Geral do noroeste do Rio Grande do Sul, Brasil, no segundo semestre de 2010. Os sujeitos do estudo foram técnicos de enfermagem que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do hospital em estudo. É válido ressaltar que o objetivo deste estudo buscou como sujeitos técnicos e auxiliares de enfermagem, porém na unidade em estudo, somente possui técnicos de enfermagem em sua equipe de trabalho. O critério de inclusão será estar trabalhando há mais de três meses no hospital. Antes de iniciar a coleta de dados, os sujeitos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a metodologia, assim como também a liberdade que tinham para aceitar ou não participar. A coleta de dados foi feita através de um questionário composto de dez (10) perguntas abertas, entregue na unidade e no turno (manhã, tarde e noite) de trabalho dos sujeitos, mediante a concordância da enfermeira responsável pelo Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva adulto, fixando um prazo de três 15 dias para a devolução do mesmo pessoalmente aos pesquisadores. A análise das informações foi feita mediante análise de conteúdo temática para o desdobramento de categorias. Este estudo foi alicerçado na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, garantido a privacidade e o anonimato dos indivíduos participantes desta pesquisa. Sendo que os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o estudo somente iniciou pós parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da URI-Santo Ângelo, bem como, da autorização do responsável legal da instituição hospitalar e do Gerente de Enfermagem da instituição e Diretor Clínico do Hospital. **RESULTADOS PRELIMINARES:** Foram convidados 25 técnicos de enfermagem dos turnos da manhã, tarde e noite, porém somente 13 sujeitos

**Trabalho 133 - 3/4**

devolveram os questionários respondidos no período pré-estabelecido. E a análise preliminar permitiu identificar que os cuidados prescritos pelo enfermeiro e realizados pela equipe de enfermagem, possibilitam a melhora do diagnóstico de enfermagem estabelecido para o paciente, assim também auxiliando no desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem, com registros e descrição dos cuidados de enfermagem. Outro ponto importante identificado nesta nota prévia foi que os cuidados prescritos pelo enfermeiro possuem detalhes importantes que não são prescritos pelo médico, e neste sentido, auxiliando novos profissionais como um roteiro que defini os cuidados básicos e intensivos ao paciente atendendo-os em sua totalidade. Como ponto negativo observou-se que alguns sujeitos identificam a prescrição como meros lembretes, itens para seguir na rotina de trabalho. Também se permitiu verificar certo desconhecimento sobre as etapas do processo de enfermagem, por exemplo, confundir os conceitos de prescrição de enfermagem como a evolução de enfermagem, sendo que muitos dos sujeitos apontaram à prescrição como um instrumento que possibilita identificar intercorrências com o paciente durante o plantão, ainda como descrição dos cuidados básicos de rotina que foram realizados com o paciente, e, neste sentido esse dados compreendem ser inseridos na evolução de enfermagem. Espera-se finalizar a pesquisa, com intensa análise de conteúdo para realmente identificar as percepções dos técnicos de enfermagem sobre a prescrição de enfermagem na unidade de terapia intensiva.

**CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES:** Considerando que este ensaio é uma nota prévia com resultados preliminares de uma pesquisa original, não se dispõe, ainda, de dados conclusivos ou considerações que efetivamente caracterizam as percepções de técnicos de enfermagem sobre a prescrição de enfermagem na unidade de terapia intensiva. A título de contribuição para a reflexão é válido referir a prescrição de enfermagem possibilita não só um cuidado individualizado, mas a comunicação entre os profissionais, dinamicidade da equipe para o cuidado ao paciente, visibilidade ao cuidado de enfermagem, educação permanente e conseqüentemente ética e valorização profissional.<sup>3</sup>

**DESCRITORES:** Processos de enfermagem; Prescrição de enfermagem; Equipe de enfermagem.

**ÁREA TEMÁTICA:** Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

**REFERÊNCIAS**

**Trabalho 133 - 4/4**

1. Angelo MI. Do empirismo à ciência: a evolução do conhecimento de enfermagem. Rev Esc Enferm USP; 1995; 29(2): 211-23.
2. Longaray VK, Almeida MA, De Cezaro P. Processo de Enfermagem: Reflexões de Auxiliares e técnicos. Texto e Contexto Enferm; 2008; 41(01): 150-7.
3. Silva MB, Fontana RT, Meneghete MC. Implementation of the nursing process in clinical practice: learning experience. Rev Enferm UFPE On line. 2010; 4(2): 92-100.

Trabalho 134 - 1/5

**EXPERIÊNCIA DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA  
CONSTRUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE  
REGISTRO DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES PARA  
PACIENTES CLÍNICOS E CIRÚRGICOS**

Carmem Lúcia Zuse, Lariane Brigo, Marcos Barragan da Silva<sup>1</sup>

**INTRODUÇÃO:** O Processo de Enfermagem (PE) é definido como um instrumento metodológico de prestação de cuidados do enfermeiro, que consiste em organizar as ações profissionais com vistas à resolutividade de diagnósticos de enfermagem (DE), possibilitando atender as necessidades de cuidados de saúde a indivíduos e grupos de pessoas em diversas especialidades.<sup>1</sup> Neste sentido, entende-se que os registros de enfermagem, principais veículos de comunicação e documentação da assistência prestada, organizados de uma forma sistematizada, ética e visível, contribui para o alcance da independência nas ações de enfermagem. Além disso, sua aplicação tem evidenciado relevância e reconhecimento da natureza da prática de enfermagem na medida em que se obtêm a documentação atualizada que valoriza o saber dos enfermeiros, no julgamento clínico do estado de saúde dos pacientes sob seu cuidado.

**OBJETIVO:** Construir um instrumento de registro de diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes de uma unidade clínica médica e cirúrgica.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado por estudantes do 8º semestre do Curso de Enfermagem, durante a prática da disciplina Estágio Supervisionado I em 2009, do Curso de Enfermagem da URI-Santo Ângelo-RS, Brasil, no Serviço de Enfermagem Médico-Cirúrgica de um hospital vinculado academicamente a universidade, como parte de um projeto de estágio.

**RELATANDO A EXPERIÊNCIA:** Durante o estágio, observou-se que na unidade médico-cirúrgica não é realizado o diagnóstico de enfermagem e poucas vezes utilizado a prescrição de enfermagem, somente é utilizada a primeira fase do processo de enfermagem para o levantamento e registro dos problemas de enfermagem, as intervenções são realizadas somente a partir de comunicação verbal, e raras vezes estas

---

<sup>1</sup> Acadêmico do 9º semestre do Curso de Enfermagem. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI - Campus Santo Ângelo - RS. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde e educação – GEPESE. Endereço do relator: Rua Antonio Gomes Pinheiro Machado, 429 – São Luiz Gonzaga/RS. [marcoSBarragan@hotmail.com](mailto:marcoSBarragan@hotmail.com)

**Trabalho 134 - 2/5**

intervenções são descritas na evolução de enfermagem pelo enfermeiro, somente os auxiliares e técnicos registram nas anotações de enfermagem. Diante disso, o grupo de estagiários realizou encontros para a discussão do processo de enfermagem e da teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (NHB), para adaptar ao tema “Enfermagem médica e cirúrgica”. Objetivou levantar os diagnósticos de enfermagem para fins de estudo, com vistas à construção de um instrumento de registro. Assim foram avaliados os pacientes internados nas unidades médico-cirúrgica durante o estágio (aproximadamente três meses), entretanto não foi calculada a média estatística. Para o levantamento dos diagnósticos de enfermagem utilizou-se um instrumento já construído pela universidade, e aprovado para uso no referente hospital, que versa sobre as duas primeiras fases do PE (anamnese e exame físico); e este instrumento de coleta de dados é dividido em dados de identificação, necessidades psicobiológicas, psicossociais e no cabeçalho inferior possui um espaço para síntese dos dados relevantes. Inicialmente, obtivemos diversas dificuldades em relação ao levantamento dos DE, pois os pacientes apresentavam uma série de problemas, aos quais muitos deles, não é possível tratar no ambiente hospitalar. Neste momento, definiu-se que seria realizado um levantamento e registro dos principais DE, a fim de que fosse possível seu tratamento, bem como, visível sua evolução durante a internação, é claro garantindo sua acurácia. Após a fase de identificação, estudo e análise das definições dos diagnósticos prevalentes foram construídas as intervenções de enfermagem para cada diagnóstico específico, com o objetivo de agir sobre todas as características, fator relacionado ou fator de risco, garantindo uma maior resolução dos problemas. Esta fase foi de intensa revisão da literatura, bem como, análise de protocolos de cuidados para atingir o problema em foco. Observou-se durante o estudo, que alguns cuidados também são necessários para outros diagnósticos, então se distribuiu as intervenções seguindo a necessidade de cada diagnóstico, como por exemplo, “observar e anotar estado de consciência”, foi distribuído para todos os diagnósticos. Foram levantados 17 diagnósticos de enfermagem e construídas 71 diferentes intervenções de enfermagem. Dos 17 DE, foram encontrados 28 fatores relacionados, 30 características definidoras e 10 fatores de risco, localizados na taxonomia North American Nursing Diagnosis Association International, versão 2007-2008.<sup>3</sup> Na folha de diagnóstico de enfermagem, cada diagnóstico possui um número arábico, e na folha de prescrição cada intervenção

**Trabalho 134 - 3/5**

segue seu número, por exemplo: (1)Mobilidade física prejudicada, (2)Risco de integridade da pele prejudicada, (3)integridade da pele prejudicada, “1.2.3- Realizar mudança de decúbito”, neste caso, entende-se que a intervenção, corresponde aos diagnósticos “1,2,3”. Ressalta-se que na folha de diagnóstico, cada característica definidora, fator relacionado ou fator de risco dos diagnósticos de enfermagem, possuem um ícone para ser selecionado pelo avaliador (acadêmico de enfermagem ou enfermeiro) e selecionada e prescrita as intervenções aos quais eles consideram pertinentes. Algumas intervenções necessitam de produtos, como por exemplo, a intervenção de higiene oral, neste caso foi aberto no instrumento um espaço para preenchimento do gasto adicional. Ao mesmo tempo foi deixado espaço para a descrição de outros diagnósticos e outras intervenções aos quais não constam no instrumento. No espaço onde se descreve a evolução de cada diagnóstico, os avaliadores podem registrar a evolução com os seguintes termos: Mantido, Melhorado, Piorado, Resolvido, neste sentido observando a evolução do diagnóstico no paciente. É válido ressaltar que os pacientes aceitaram participar desta experiência, a fim de contribuir com o aprimoramento da assistência, bem como com o aprendizado dos estudantes. Este estudo foi permitido pelos enfermeiros da unidade e supervisionado rigorosamente pelos docentes da disciplina. Posteriormente a adaptação à realidade institucional e testes com os pacientes na unidade médico-cirúrgica, foi aprovado o instrumento “Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem”, para ser utilizado por três dias consecutivos, a fim de visualizar a evolução do paciente frente aos resultados das atividades realizadas e a evolução dos DE. Esta proposta de construção de registro veio ao encontro da necessidade de sistematizar a assistência de enfermagem, pois na instituição em que realizamos o estágio, a ficha de controle de intervenções não é alicerçada em diagnósticos, o enfermeiro somente seleciona as atividades aos quais considera pertinente. Ressalta-se que esta experiência de construção de registro foi alicerçada na experiência do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, a qual norteou todo este processo<sup>2</sup>. As intervenções de enfermagem para cada DE, foram construídas tendo como alicerce à literatura especializada e nos conhecimentos já adquiridos. Afirma-se que este estudo, faz parte de um projeto maior que versa sobre a implantação do processo de enfermagem neste hospital em estudo. Ao final do estágio, foi apresentado o instrumento, explicitado cada diagnóstico e intervenções de

**Trabalho 134 - 4/5**

enfermagem bem como suas definições operacionais para o grupo de acadêmicos de enfermagem que faziam estágio em outros serviços de enfermagem, sendo que os mesmo aprovaram o instrumento e vão realizar o mesmo trabalho nos outros serviços, tais como pediatria, clínica médica, maternidade, emergência e UTIs adulta e neonatal, dentre outros. Encaminhamos o trabalho para os docentes do departamento de enfermagem e foi aprovado para ser utilizado pelos acadêmicos nos estágios nos serviços de enfermagem médico-cirúrgica. Este trabalho está em avaliação no departamento de enfermagem da instituição hospitalar em estudo. Os DE foram documentados após os três meses de estágio supervisionado, com intenso trabalho utilizando a classificação da NANDA-I, adaptada a nossa realidade. A prescrição de enfermagem foi considerada a etapa mais complexa de ser elaborada, pois exigiu atualização constante para prescrever cuidados com segurança. Afirma-se que somente o uso sistemático destas nomenclaturas irá empoderar enfermeiros e acadêmicos de enfermagem no ajuste dos significados desses enunciados nas situações em que os aplicam, refinando sua interpretação. Este instrumento está constantemente em avaliação pelos autores, a fim de refinar sua acurácia e melhorar sua aplicação na prática clínica. Espera-se num futuro breve realizar a correspondência destes cuidados com a classificação de intervenções de enfermagem (NIC) e avaliar os resultados com a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esta experiência foi de suma importância, pois incentivou o pensamento crítico dos acadêmicos para a escolha acurada dos DE das intervenções prioritárias para estes pacientes. Acredita-se que a contínua ênfase ao processo de enfermagem nesta instituição possa oficializar a sua implantação nos demais serviços de enfermagem, com vistas à informatização. A experiência publicada do HUSP foi essencial para o aprimoramento e estímulo desta vivência em nossa realidade, e auxiliou na reprodução, é válido ressaltar que durante este processo, os autores, bem como a experiência do HUSP em si foram citadas, respeitando os procedimentos éticos. Sugere-se que outras experiências sejam publicadas para dar suporte à implementação do processo de enfermagem em outros cenários férteis para implantação, bem como suas dificuldades e facilidades. Aspira-se a aprovação do instrumento pela instituição hospitalar em estudo para iniciar o treinamento das equipes de enfermagem sobre esta temática. Acredita-se que estimular os acadêmicos a vivenciarem experiências similares, sem dúvida contribui

**Trabalho 134 - 5/5**

para a construção dos saberes, considerando que planejar e tomar decisões para o cuidado está entre as principais atividades privativas do enfermeiro<sup>1</sup>.

**PALAVRAS-CHAVES:** Diagnóstico de enfermagem; Intervenções de Enfermagem; Registros de Enfermagem.

**ÁREA TEMÁTICA:** Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

**REFERÊNCIAS**

1. Silva MB, Fontana RT, Meneghete MC. Implementation of the nursing process in clinical practice: learning experience. Rev Enferm UFPE On line. 2010; 4(2): 92-100.
2. Lima AFC, Kurcgant P. Implementação do diagnóstico de enfermagem em um hospital universitário: uma experiência participativa. Rev Gaúcha Enferm. 2007; 28(4): 576-81.
3. North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2007-2008. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.

Trabalho 135 - 1/5

## IMPLANTAÇÃO DA SAE NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: DO SONHO À REALIDADE

Iris Bazilio Ribeiro<sup>1</sup>  
Rogério Marques<sup>2</sup>  
Augusto César Costa Ferreira<sup>3</sup>  
Renata de Oliveira Maciel<sup>4</sup>  
Peterson Machado<sup>5</sup>

### RESUMO

**Introdução:** O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) foi fundado em 1950. Tem como Missão, prestar assistência integrada, humanizada e de excelência à saúde, sendo agente transformador da sociedade através do ensino, pesquisa e extensão. Constitui um dos maiores hospitais públicos do Estado do Rio de Janeiro, sendo referência em inúmeras especialidades. Possui 44000m<sup>2</sup> de área construída, com 600 leitos, mais de sessenta especialidades, com dezesseis salas operatórias. Atua como instituição pioneira em determinados atendimentos e especialidades, fazendo dele um hospital que agrega diferentes modalidades de pesquisa, ensino e assistência. Além disso, o HUPE tem sido pioneiro em várias áreas assistenciais de relevância social como: reabilitação cardíaca, orientação para diabéticos, assistência ambulatorial e internação de clientes com HIV positivo.

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutoranda pela EEAN/UFRJ. Chefe da Seção de Unidade Intermediária Cirúrgica do HUPE/UERJ. Coordenadora do Projeto Sistematização da Assistência - Financiado pelo CETREINA/UERJ. Professora de Pós-Graduação da Universidade Gama Filho. Membro da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital Pedro Ernesto/UERJ. End. Rua Miguel Ângelo, 600, bloco 04, aptº303. Cachambi. Rio de Janeiro. CEP:20785-225. End. Eletrônico: irisbazilio@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeiro. Pós-Graduação em Administração de Serviços Hospitalares em Saúde. Coordenador de Enfermagem do HUPE/UERJ. Presidente da Comissão de Sistematização Assistência de Enfermagem do Hospital Pedro Ernesto/UERJ. Professor da Faculdade de Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida.

<sup>3</sup>Enfermeiro. Pós-graduação em Doenças infecto-contagiosas. Chefe do Serviço de Clínica Médica do HUPE/UERJ. Membro da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital Pedro Ernesto/UERJ.

<sup>4</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Chefe do Serviço de Saúde da Mulher e da Criança do HUPE/UERJ. Membro da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital Pedro Ernesto/UERJ. Profª da Faculdade de Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida.

<sup>5</sup>Enfermeiro. Pós-graduação em Hematologia (em curso). Membro da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital Pedro Ernesto/UERJ.

### Trabalho 135 - 2/5

Todos os programas são de abordagem multidisciplinar, garantindo uma assistência integral aos pacientes e dando suporte às famílias. O HUPE é um hospital de grande porte, com cobertura assistencial estimada em 1.000.000 (um milhão) de habitantes, considerado Centro de Excelência e Referência para o Estado do Rio de Janeiro na área do Ensino e Saúde. Além das atividades assistenciais, de pesquisa e extensão, o HUPE tem um papel primordial na formação de profissionais, e por ser um Hospital Escola, serve de campo de aprendizado para graduação na área da saúde e pós-graduação. Por ano, passam pelo HUPE 1500 alunos de graduação e de pós-graduação e cerca de 350 docentes exercem atividades nas diversas unidades de ensino da UERJ. Neste cenário, a Coordenação de Enfermagem, como integrante fundamental e estrutural do HUPE, busca enfatizar melhoria de desempenho institucional baseando-se nas evidências científicas, propiciando a satisfação do usuário com o atendimento prestado, produzindo resultados de qualidade. Neste sentido, é fundamental o papel do enfermeiro. Este, na atualidade precisa estar ciente do seu papel na equipe de saúde, sob aspecto da liderança, assistência, pesquisa e ensino. Englobamos todas estas modalidades, quando nos dispomos a cuidar do outro. Tais caracterizações refletem um cuidar com qualidade, na perspectiva política-administrativa da gestão hospitalar com qualidade. Nesta intencionalidade, o mercado que prima pela qualidade, não comporta mais o profissional que sabe fazer, mas não tem respaldo teórico ou registro adequado do que foi planejado, executado e avaliado. Desta forma, a sistematização da assistência de enfermagem surge como uma possibilidade de ministrar um cuidado inteligente, adequado, com base na realidade da clientela, além de possibilitar toda documentação do cuidado do enfermeiro, da valorização e importância de seu papel na equipe de saúde e no contexto hospitalar. Desta forma, este estudo tem por **objeto** o relato de experiência do processo de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no cenário descrito. Tem por **objetivos**, descrever o processo de implantação e discutir as estratégias utilizadas. **Metodologia**: Descritiva. A enfermagem se organiza como ação no cuidado voltado para o ser humano, em ambientes diferentes, nas diversas condições de saúde e adoecimento. A Saúde é definida como fenômeno multidimensional, com características individuais e coletividades, que engloba aspectos físicos, psicológicos e sociais da natureza humana<sup>1</sup>. Para a implantação e operacionalização do cuidar do enfermeiro, é necessário um método sistematizado que fundamente e identifique este

**Trabalho 135 - 3/5**

cuidado como prerrogativa do executor, o enfermeiro líder da assistência. Tal prática possibilita ao cuidador, identificar os problemas e os sinais e sintomas, e a partir daí implementar os diagnósticos de enfermagem, e implantar as ações, através da prescrição de enfermagem. Mediante o plano assistencial, o enfermeiro elabora os resultados que espera com suas ações. Temos então um ciclo de pensamento, intervenção, objetivos e resultados que refletem na assistência sistematizada<sup>2</sup>. A avaliação do registro das etapas da SAE tem sua importância como facilitadora da valorização da assistência de enfermagem a ser estabelecida para o cuidado do cliente. Não se pode pensar em uma sistematização eficiente, sem que todas as fases sejam realizadas, elas são interdependentes. Os problemas, as necessidades identificadas permitem as conclusões diagnósticas, a prescrição, o cuidado e possibilita a continuidade do trabalho e documentação da assistência de enfermagem prestada. O projeto de implantação da SAE no Hospital foi norteado pelos objetivos de implantar a sistematização da assistência em todos os setores do HUPE; capacitar os enfermeiros do HUPE para sistematização; considerar o que já é sistematizado nas unidades; definir teorias de enfermagem de acordo com a especificidade de cada Seção; sistematizar a assistência no HUPE, usando as seguintes etapas: Histórico, Diagnóstico de Enfermagem (NANDA), Prescrição de Enfermagem, Resultados esperados e Avaliação; implantar a sistematização nas 24h nas unidades; elaborar e publicar pesquisas. A relevância da implantação da SAE se dá por contribuir para um melhor desenvolvimento e qualificação do trabalho de enfermagem, por permitir a continuidade e uniformidade das ações terapêuticas implantadas, possibilitar a composição de um prontuário mais completo que possa conter maiores informações sobre os rumos do tratamento e das ações executadas junto ao cliente, contribuir para o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e assistência na área de enfermagem no HUPE, fortalecendo o compromisso institucional com a formação acadêmica, por auxiliar o processo de tomada de decisão tanto dos aspectos clínicos quanto gerenciais envolvidos no cuidado de enfermagem, por levantar indicadores de saúde com vistas à melhoria dos processos de gestão, contribuir para a racionalização do tempo e recursos aplicados na terapêutica instituída, minimizar riscos para o cliente contribuindo para as ações da Gerência de Risco do HUPE, permitir a reavaliação da assistência prestada aos clientes do HUPE, possibilitar o processo de auditoria nos prontuários, mediante necessidade, formar

**Trabalho 135 - 4/5**

enfermeiros com uma prática atual e sistematizada, atuar como multiplicadores de um cuidado baseado em evidências. A sistematização da assistência é um processo lento, difícil, mas é possível, desde que haja esforços para concretização desse ideal. O processo de implantação é mais que o cumprimento de uma Resolução ou determinação de uma Coordenação, mas é preciso interiorizar essa necessidade para transformá-la num ideal da assistência e profissão, marcando uma geração de enfermeiros que sonharam um pouco mais e lutaram por ele, mostrando aos que virão que é possível fazer uma enfermagem baseada em evidências de modo sistematizado. **Resultados:** O processo de implantação tem sido desenvolvido por uma Comissão, composta por enfermeiros do hospital e professores da Universidade. O modelo teórico escolhido pelo grupo foi o de Vanda Horta e Dorothea Orem. Esta escolha ocorreu após o curso de capacitação de Sistematização da Assistência de Enfermagem, mediante o perfil da clientela, dos enfermeiros e da Unidade hospitalar face aos preceitos teóricos citados. Porém, a metodologia de implantação da sistematização é norteada pela Taxonomia de NANDA. As estratégias para implantação foram elaboradas através do curso de SAE para a comissão, oficinas de sensibilização com todos os enfermeiros do hospital, num processo cíclico e dinâmico, tendo em vista a rotatividade de enfermeiros no hospital. A sistematização da assistência de enfermagem no HUPE tem sido implantada por etapas. Primeiramente está sendo implantado o histórico, baseado no modelo dos Domínios de NANDA, estes estão sendo testados nas Unidades de internação e ambulatório, para ajustes e adequações. Este processo de implantação do histórico será feito por aproximadamente cinco meses. Concomitantemente, estão sendo realizados cursos de capacitação em SAE, Registros de Enfermagem e Exame Físico. Por compreender que o processo não pode ser imposto, mas há que se ter capacitação e envolvimento de todos. O próximo passo será a implantação diagnóstica. Mediante os sinais e sintomas identificados através dos domínios no histórico, realizaremos um check-list com os diagnósticos de enfermagem. Esta etapa é seguida da prescrição de enfermagem, resultados esperados e avaliação. **Conclusão:** Só pode implantar a sistematização da assistência de enfermagem para um cliente, aquele enfermeiro que conhece sua clientela, que examina, recebe na unidade, que acompanha seu dia-a-dia. Não podemos falar em sistematização da assistência por detrás da mesa. É nesta perspectiva, que nos dispomos neste caminho da sistematização. Além do fazer e como fazer, precisamos

**Trabalho 135 - 5/5**

refletir e atuar na perspectiva do modo de fazer, o que espero ao fazer e como melhorar o meu fazer. Tais inquietações perpassam o cotidiano assistencial, sendo a sistematização uma possibilidade de sanar tais inquietações, fazendo do Cuidar em enfermagem, um cuidar empático, baseado na realidade do cliente, com movimento, um cuidar que nos mostra o tempo todo, se estamos no caminho certo.

Palavras-Chaves: Enfermagem, Sistematização da assistência, Diagnóstico.

**Referências**

1. Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do Registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn 2005; maio-jun; 58(3): 325-9.
2. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem, 7, 2004, Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte: ABEn, 29 de Maio a 1º de Junho de 2004, p. 31-43.

**Trabalho 136 - 1/7**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS COM A ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA NAS PRIMEIRAS SEIS HORAS APÓS O EVENTO**

\*Ana Maria Calil Sallum

\*\* Regina Marcia Cardoso de Sousa

Parte da tese de Pós Doutorado intitulada: IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS de ENFERMAGEM EM PACIENTES DE TRAUMA EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Bolsa FAPESP

**Introdução**

As causas externas constituem-se na terceira causa de mortalidade em nosso país. Os serviços de emergência recebem diariamente milhares de pacientes em decorrência desses eventos, em diferentes níveis de gravidade e cabe aos profissionais nos cenários intra e pré- hospitalar reconhecer precocemente as situações potencialmente letais e tentar corrigi-las. As primeiras 6 horas pós trauma, compreendem o segundo pico de mortes causadas por lesões potencialmente tratáveis, considerada a hora de ouro do trauma, dada a potencialidade de tratamento das lesões características das pessoas que morrem nessa fase e por essa razão foi escolhida para a análise nesse estudo. O atendimento às vítimas de trauma é uma responsabilidade de toda a equipe de saúde, quanto mais subsídios que beneficiem esse atendimento e avaliação estiverem presentes, melhor será a qualidade da assistência. Nesse sentido, acredita-se que uma lista de diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores de risco que auxiliem identificar os Diagnósticos de Enfermagem nas primeiras 6 horas após o evento traumático é de grande valia na prática clínica. A literatura é incipiente quanto aos estudos que identifiquem diagnósticos de enfermagem prevalentes nessa população no período proposto para análise. Considerando a importância do trauma, o quadro epidemiológico brasileiro e as especificidades do atendimento à essas vítimas desenvolveu-se a atual investigação.

**OBJETIVOS**

**Trabalho 136 - 2/7**

Construir uma lista de diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores de risco relacionados à assistência de enfermagem às vítimas de trauma, nas primeiras 6 horas após o evento traumático.

**MÉTODO**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo; primeira etapa da Tese de Pós Doutorado realizada em uma Instituição de Ensino Público Estadual em São Paulo, no ano de 2010. A abordagem metodológica seguiu três etapas. A primeira etapa consistiu na construção do instrumento com uma lista de diagnósticos de enfermagem pertinentes às 6 primeiras horas após o trauma proposta pela pesquisadora, seguida de julgamento do instrumento por especialistas (concordância ou não) e a possibilidade de inclusão por parte destes de novos DE. A segunda etapa denominada de intermediária, na qual os especialistas puderam julgar a pertinência ou não de novos DE sugeridos na primeira etapa. E por último, a terceira etapa, na qual, as características definidoras e fatores de risco relacionados aos DE confirmados nas fases anteriores foram julgados, mantidos ou não. A literatura referente aos diagnósticos de enfermagem, a validação de instrumentos de coleta, a avaliação do paciente de trauma e a avaliação do paciente crítico em situação de emergência definiu o modelo (construção) do instrumento de coleta. Considerou-se as características comuns possíveis de serem identificadas em pacientes de trauma, o máximo possível de elementos relevantes que pudessem caracterizar os diagnósticos de enfermagem como as características definidoras e fatores de risco, considerando o período agudo de 6 horas após o trauma. Utilizou-se a NANDA 2009-11 como guia para a seleção de diagnósticos. A etapa de construção envolveu o julgamento por enfermeiros com vasta experiência profissional nas áreas de trauma e na área de diagnósticos de enfermagem (superior a 15 anos de atuação) para analisarem se os diagnósticos selecionados pela pesquisadora são representativos para o objetivo proposto. Na presente pesquisa optou-se pelo método de validação do conteúdo do instrumento de classificação por meio da aplicação da Técnica Delphi. Essa técnica consiste na solicitação, coleta, tabulação e avaliação de dados a respeito de um determinado fenômeno por meio da opinião de um grupo de especialistas na área em que o estudo está sendo desenvolvido. O instrumento utilizado para a produção de informações consistiu em um conjunto seqüencial de questionários de forma que as primeiras respostas obtidas são consideradas para reformulação e obtenção de respostas

### Trabalho 136 - 3/7

subseqüentes, até que se alcance um consenso, sem a interação dos participantes. Realizou-se 3 rodadas para a obtenção dos resultados. Para cada especialista foi encaminhado por via eletrônica o conteúdo do estudo, após o aceite para participar do julgamento. O instrumento com os diagnósticos selecionados foi acompanhado de uma carta explicativa esclarecendo sobre os objetivos da pesquisa, bem como as atividades solicitadas aos juízes pela pesquisadora.

As etapas que precederam o envio dos questionários serão descritas a seguir:

1- **Seleção dos Juízes**- foram convidados para atuarem como juízes 7 profissionais da área de enfermagem( 4 na área de diagnóstico e 3 na área de trauma) que correspondessem aos seguintes critérios: terem experiência profissional de pelo menos 15 anos nas áreas de emergência/trauma ou diagnósticos de enfermagem; possuírem mestrado ou doutorado nas áreas citadas. 2- **Estabelecimento do índice de concordância para as respostas obtidas**- foram considerados como mantidos os diagnósticos de enfermagem que obtiveram índice de concordância nas respostas da maioria dos juízes, o que nesse caso representou 57,1%. 3-**Apoio Logístico**- para cada juiz foi encaminhado via correio (SEDEX), um livro que apresenta a última revisão da Classificação da NANDA-I, base para as atividades que foram solicitadas.

No final do questionário da Fase I, foi dado aos especialistas, a possibilidade de inclusão de novos diagnósticos de enfermagem não listados pela pesquisadora e que, na opinião dos mesmos seriam pertinentes ao objetivo proposto- a essa etapa denominou-se Fase Intermediária. Para a inclusão ou não desses novos diagnósticos sugeridos utilizou-se o mesmo, ou seja, a aprovação da maioria. Na Fase II, os resultados das fases anteriores foi apresentada aos especialistas, acrescida das características definidoras e fatores de risco pertinentes a cada DE , propondo as seguintes atividades: julgar se as características definidoras e os fatores de risco selecionados são pertinentes às vítimas de trauma atendidas em serviço de emergência, nas primeiras 6 horas e proposição de inclusão, no instrumento, de características definidoras e fatores de risco essenciais para validar a presença dos diagnósticos que compõem a lista. Para todas as etapas, o prazo de 10 dias foi estabelecido para o retorno do material. Após a devolução dos questionários referentes a cada fase, as respostas foram analisadas quantitativamente e as considerações dos juízes devidamente anotadas em planilhas.

### PRINCIPAIS RESULTADOS

**Trabalho 136 - 4/7**

Identificação dos juízes- O grupo de juízes se manteve durante toda a pesquisa composto por 7 enfermeiras. A idade variou de 44 a 54 anos. Quanto ao tempo de formada variou de 22 a 30 anos e todas com tempo superior de 20 anos de atuação na enfermagem.

Lista de Diagnósticos de Enfermagem Inicial proposta pela pesquisadora.

1-Desobstrução Ineficaz de vias aéreas

2-Risco de aspiração

3-Padrão respiratório ineficaz

4-Troca de gases prejudicada

5-Ventilação espontânea prejudicada

6-Débito cardíaco diminuído

7-Risco de choque

8-Risco de sangramento

9-Risco de perfusão renal ineficaz

10-Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz

11-Risco de perfusão tissular gastrintestinal ineficaz

12-Risco de perfusão tissular periférica ineficaz

13-Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída

14-Volume de líquido deficiente

15-Risco de desequilíbrio do volume de líquido

16-Confusão aguda

17-Risco de confusão aguda

18-Capacidade adaptativa intracraniana diminuída

**Trabalho 136 - 5/7**

- 19-Memória prejudicada
- 20-Comunicação verbal prejudicada
- 21-Conforto prejudicado
- 22-Percepção sensorial perturbada- visual
- 23-Percepção sensorial perturbada- cinestésica
- 24-Mobilidade física prejudicada
- 25-Dor aguda
- 26-Hipotermia
- 27-Risco de infecção
- 28-Risco de disfunção neurovascular periférica
- 29-Integridade da pele prejudicada
- 30-Integridade tissular prejudicada
- 31-Pesar
- 32-Distúrbio da imagem corporal
- 33-Sofrimento moral
- 34-Ansiedade
- 35-Medo
- 36-Conhecimento deficiente

Foram propostos pela pesquisadora 36 diagnósticos de enfermagem. A Fase I propiciou aos juízes a inclusão de novos DE e 14 novos DE foram sugeridos por 3 juízes e 8 foram mantidos: **náusea; risco de desequilíbrio eletrolítico; risco de desequilíbrio na temperatura corporal; mucosa oral prejudicada; termorregulação ineficaz; capacidade de transferência prejudicada; risco de diáde mãe-feto**

**Trabalho 136 - 6/7**

**perturbada e dentição prejudicada.** Dos 36 DE propostos, 25(69,4%) obtiveram 100,0% de concordância entre os juízes e 8 (22,7%) obtiveram 85,7%. O diagnóstico de enfermagem 32 referente a distúrbio da imagem corporal foi o único a ser excluído nessa fase com 71,3% de desaprovação e a justificativa dos juízes para a sua retirada foi a de não ser possível abordar esse item no período proposto. **As três fases proporcionaram a construção de um instrumento composto por de 43 DE p/ a avaliação de uma vítima de trauma nas 6 primeiras horas após o evento,** inúmeras características definidoras e fatores de risco.

**DISCUSSÃO**

A construção desse instrumento de coleta prevê subsidiar a melhoria da qualidade da assistência, otimizar o tempo de atendimento, priorizar condutas e apontar as principais necessidades de cuidado individualizado do paciente de trauma, em um período considerado agudo e precioso para a medida de tratamentos definitivos. A aplicação desse instrumento de coleta finalizou-se em maio-2010 (6 meses de coleta-400 pacientes). Os achados dessa pesquisa deverão mostrar entre os 43 DE aqueles de maior frequência, assim como as CD e FR prevalentes e os DE comuns em casos fatais. Espera-se que esses achados possam ser questionados, testados, replicados e refinados por outros pesquisadores e que a somatória desses conhecimentos reflitam na melhoria do atendimento para uma parte significativa de nossa população que é afetada diariamente por esse grave problema de saúde pública.

**CONCLUSÃO:**

As três fases proporcionaram a construção de um instrumento composto de 43 DE para a avaliação de uma vítima de trauma nas 6 primeiras horas após o evento. Os resultados dessa pesquisa subsidiarão medidas intervencionistas junto a essa população.

.....  
**Descritores:** sistema de classificação de pacientes; ferimentos e lesões; diagnósticos de enfermagem.

**ÁREA TEMÁTICA: Sub tema 2** Implementação da SAE no espaço de produção de ensino, graduação e pós graduação

Referências Bibliográficas

**Trabalho 136 - 7/7**

Nogueira LS, Domingues CA, Calil AM. Produção científica brasileira de enfermagem em trauma. IN: Sousa RMC, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MAA. (organizadoras). Atuação no trauma: uma abordagem para enfermeiros. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 453-63.

Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes- application and impact on nursing practice: systematic review. J Advanced Nursing 2006; 56(6): 514-31.

Goyatá SLT, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados no período próximo à alta hospitalar. Rev Latino- am Enfermagem 2006; 14(1): 102-9.

Cyrillo RMZ. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma no atendimento pré- hospitalar móvel. (dissertação). Ribeirão Preto(RP): Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto; 2005.p.123.

Cafer CR, Barros ALBL, Lucena AF, Mahl MLS, Michel JLM. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenção para pacientes com lesão medular. Acta Paul Enferm 2005; 18(4): 111-20.

\*Ana Maria Calil Sallum- Doutora em Enfermagem- Pós Doutoranda da Escola de Enfermagem da USP- Departamento de Médico- Cirúrgica. Endereço: Av Dr Enéas de Carvalho Aguiar 490- Pinheiros- tel 30617544/ 32893343

e-mail: [asallum.fnr@terra.com.br](mailto:asallum.fnr@terra.com.br)

\*\* Regina Marcia Cardoso de Sousa- Profa Associada- Livre Docente do Departamento de Enfermagem Médico- Cirúrgica da EEUSP. Av Dr Enéas de Carvalho Aguiar 490- Pinheiros tel: 30617563

e-mail: [vian@usp.br](mailto:vian@usp.br)

Trabalho 137 - 1/4

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:  
FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO E  
OPERACIONALIZAÇÃO EM UM HOSPITAL EM FLORIANO-PI**

Jozilda de Oliveira Brasileiro<sup>1</sup>

Célia Maria Soares de Oliveira<sup>2</sup>

Rafaela Cunha de Sousa<sup>3</sup>

Regina de Souza Barros<sup>4</sup>

**Introdução:** A enfermagem é a ciência do cuidado. Desde seu surgimento como profissão tem procurado fundamentar sua prática. Com abrangência nos conceitos de saúde e doença, necessidades humanas básicas, e respectivamente, com condutas e soluções fundamentadas em um método de trabalho que possibilite diagnósticos de problemas e intervenções com padrões de resposta que viabilizem ao restabelecimento e equilíbrio do quadro em que o enfermeiro atua. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) operacionalizada através da aplicação do processo de enfermagem constitui-se como uma ferramenta para valorização da enfermagem como ciência, visto que, suas ações implementadas fundamentam-se em princípios científicos, garantindo autonomia e independência na prestação da assistência de enfermagem.

**Objetivos:** Analisar os fatores que interferem na implementação e operacionalização da Sistematização de Enfermagem em um Hospital Estadual de Floriano-PI.

**Material e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa desenvolvido em um hospital localizado na cidade de Floriano-PI. A entrevista semi-

---

<sup>1</sup> Enfermeira, Residente em Enfermagem Clínica do Hospital de Base do DF-SES. End: SRI 2 HFA BL H AP 101. Cruzeiro Brasília-DF. Email: [jozildabrasileiro@gmail.com](mailto:jozildabrasileiro@gmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira, MSc em Educação pela UFC, docente da Universidade Federal do PI.

<sup>3</sup> Enfermeira, Especialista em Saúde Pública pelo IBPEX, Floriano, PI

<sup>4</sup> Enfermeira, Residente em Enfermagem Clínica, Hospital de Base, Brasília, DF

**Trabalho 137 - 2/4**

estruturada foi o instrumento utilizado para a coleta de dados, realizada no período de março a abril de 2009. Participaram do estudo quinze enfermeiros da instituição.

**Resultados:** De acordo com os critérios estabelecidos no presente estudo foram entrevistados quinze enfermeiros de um total de trinta profissionais pertencentes ao quadro da instituição. Dos quinze enfermeiros, quatorze são do sexo feminino e um do sexo masculino, quatro deles possuem em média 26-29 anos, cinco possuem de 30-35 anos, três possuem de 36-40 anos e quatro de 41-45 anos. Quanto ao tempo de início de atuação como enfermeiro sete deles tem de 3-6 anos, três de 7-11 anos, três de 12-16 anos e uma possui vinte anos de formada. Pontua-se que todos os sujeitos da pesquisa possuem formação de pós-graduação em *Latu-Sensu*, sendo que a maioria possui mais de uma especialização. Os dados obtidos foram agrupados em categorias relacionadas aos objetivos do estudo. Os fatores que se destacaram foram: Número deficitário de profissionais de enfermagem, acarretando acúmulo de atribuições e sobrecarga de trabalho, burocratização do serviço em detrimento da assistência, ausência de capacitações e conhecimento insuficiente para desenvolver a SAE, insatisfação com a remuneração paga e ausência de plano de cargos e carreira, ausência de uma política formalizada com definição de metas e estratégias de trabalho para implementar a SAE. Embora todos tenham consciência do objetivo da SAE, na prática não se observa, havendo um quadro de contradição e uma possível falta de corporativismo entre os próprios enfermeiros. Acrescentam ainda, sentir-se desvalorizados no serviço público, pela ausência de gratificações e planos de cargos e carreira, revelam que apesar de possuírem vários cursos de aperfeiçoamento e especializações, não recebem nenhum incentivo da instituição. As falas nos permitem inferir que existe uma lacuna no que diz respeito ao ensino da SAE, demonstrando a sua fragmentação e fragilidade através da dicotomia existente entre teoria e prática. Ainda atualmente, o ensino da SAE não acontece de forma efetiva, capaz de formar profissionais com capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente, haja vista, que mesmo entre os enfermeiros que se formaram recentemente também apresentam essa mesma problemática, a qual percebe-se na vivência prática das instituições de saúde. Segundo os enfermeiros, a importância do cuidado sistematizado advém da organização que o mesmo proporciona ao serviço, possibilitando uma visão geral dos problemas do

**Trabalho 137 - 3/4**

paciente ao tempo em que favorece o direcionamento da assistência para as suas necessidades atuais, criando dessa forma, um sentimento de satisfação tanto para o profissional que se insere nos serviços promovendo respeito, autonomia e visibilidade profissional como para o cliente que tem suas necessidades atendidas. Referiram também que o cuidado sistematizado é importante porque é uma forma de obtenção de respaldo legal seguro através de registros de enfermagem, comprovando que a assistência está sendo executada da melhor forma possível, nesse contexto, a instituição também é beneficiada à medida que o serviço ganha qualidade, ela se sobressai ganhando credibilidade perante a sociedade.

**Conclusão:** Com a realização deste estudo, foi possível identificar junto aos enfermeiros os prováveis fatores que interferem na implementação e operacionalização da SAE. Percebe-se que existe a intenção de implantação da SAE, mas concomitante a essa intenção não há planejamento, nem tão pouco a formulação de estratégias específicas. Identificou-se, a necessidade de desenvolver uma metodologia mais participativa e comprometedora, capaz de provocar uma autoanálise e consciência crítica, no sentido de sensibilizar os profissionais para uma participação mais efetiva. A política formalizada na instituição deve buscar soluções que possam suprir o déficit no número de profissionais encontrado, uma vez que este, inicialmente, representa o maior entrave à implantação das SAE. A implementação da SAE representa para toda a equipe de enfermagem apenas o início de um processo lento, dinâmico e gradual, que pressupõe a superação de resistências e barreiras associadas à política e filosofia institucional e de enfermagem. Nesse contexto, o maior beneficiado seria o paciente recebendo uma assistência individualizada, humanizada e de qualidade. A experiência demonstra que o processo de implantação da SAE só alcançará êxito, à medida que se desenvolverem estratégias gerenciais dialógicas e reflexivas no coletivo. Cabe ressaltar que através da SAE ocorre a valorização da enfermagem obtendo uma melhor comunicação, organização e distribuição do trabalho. Beneficiando dessa forma também o paciente, que é assistido de forma holística e individualizada, promovendo uma melhor relação enfermeiro-paciente.

**Trabalho 137 - 4/4**

**Bibliografia:** Aquino DR. Construção e implementação da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. Rio Grande, 2004.122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2004.

Carraro TE. Metodologia para a assistência de enfermagem: Teorizações, modelos e subsídios para a prática. AB. Goiânia, 2001.

Doenges ME. Diagnóstico e intervenção de enfermagem. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

França FCV. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para enfermagem – relato de experiência. Revista Eletrônica de Enfermagem, [Online], v.9,n.2,p.537-546, 2007.

Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicas do cuidar. In: SANTOS, I. et al. (org). Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar. Realidade, questões, soluções. São Paulo-SP, v.2, p.37-63, 2004.

**PALAVRAS - CHAVE:** Implementação, Operacionalização, Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Área temática: Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação;

Trabalho 138 - 1/4

**A INTERDISCIPLINARIDADE POTENCIALIZANDO O ENSINO-  
APRENDIZAGEM DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
DOMICILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**VASCONCELOS, Adriana Santana de<sup>1</sup>; BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra Barbosa;  
BARBOSA, Lidiane da Silva Marinho;**

**INTRODUÇÃO:** O Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade ASCES, localizada em Caruaru, pólo educacional e de saúde no agreste pernambucano, teve início no ano de 2006, tendo sua matriz curricular organizada por módulos e unidades temáticas, na modalidade de currículo integrado. Nos dois primeiros anos do curso são vivenciadas pelos estudantes unidades temáticas (UT) referentes à atuação do enfermeiro na atenção básica a saúde, priorizando a abordagem interdisciplinar de conteúdos disciplinares das ciências biológicas, humanas, da saúde e da enfermagem. **OBJETIVO:** Descrever a experiência de ensino-aprendizagem da sistematização da assistência de enfermagem na UT Enfermagem no Cuidado Básico à Saúde do Adulto e do Idoso tendo como referencial metodológico a Interdisciplinaridade. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. Os resultados apresentados descrevem a experiência de ensino e aprendizagem vivenciada pelas professoras enfermeiras da Faculdade ASCES entre os anos de 2007 a 2010. **RESULTADOS:** A UT – Enfermagem no Cuidado Básico à Saúde do Adulto e do Idoso está inserida no Módulo III, com carga horária de 525 h/a (carga horária teórico-prática - 495 h/a teórico-práticas e carga horária de práticas clínicas - 30 h/a). Analisa as políticas públicas que norteiam as ações de saúde do adulto e do idoso, com base em indicadores epidemiológicos. Desenvolve o cuidado sistematizado de enfermagem ao adulto e

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva, Mestranda em Enfermagem em Promoção da Saúde pela Universidade de Pernambuco e Universidade Estadual da Paraíba, Membro do Serviço de Educação Continuada do Hospital Regional do Agreste em Caruaru – PE, Professora da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES) e da Faculdade de Enfermagem de Belo Jardim. Residente a Av. Venezuela, 229, Bairro Universitário, Caruaru – PE CEP.: 55.016-470. Endereço eletrônico: drikasv@ig.com.br

**Trabalho 138 - 2/4**

idoso, com visão holística e ética, respaldando-se na compreensão sobre o funcionamento dos diversos sistemas orgânicos no ciclo vital. É composta pelos RT Anatomia, Fisiologia, Bioquímica e Biofísica, Citologia e Histologia, Microbiologia e Imunologia, Processos Patológicos Gerais, Nutrição, Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso, Semiologia e Semiotécnica, Farmacologia e Terapêutica, Saúde Mental, Ética e Bioética, Avaliação dos Indicadores da Saúde do Adulto e do Idoso e Sistematização da Assistência de Enfermagem <sup>2-3</sup>. Ao longo da UT, os alunos analisam estudos de caso, produzidos a partir da integração de, no mínimo, quatro referenciais temáticos tendo como objetivo fazer com que os discentes estabeleçam elos de ligação entre as diversas áreas do conhecimento, fazendo-os perceber que a resolução de problemas reais está fundamentada nos conhecimentos teóricos de forma articulada. É também utilizada como estratégia de interdisciplinaridade a elaboração de um estudo de revisão de literatura e sua posterior apresentação na forma de pôster integrado, onde a turma é dividida em grupo de até 5 alunos, os quais, sob orientação dos professores da UT, desenvolvem a partir do tema central Saúde do Adulto/Idoso, temas secundários que envolvam os diferentes RTs vivenciados durante a UT. Cada grupo de alunos é acompanhado por um tutor que auxilia no aprofundamento dos estudos de uma temática escolhida pelos alunos e na construção do pôster para socialização dos conhecimentos. Após os aportes teóricos conceituais pertinentes aos RT acima descritos, envolvendo também o desenvolvimento de aulas práticas em laboratório de bioquímica, anatomia, microbiologia, citologia e histologia, semiologia e semiotécnica, são desenvolvidas as práticas clínicas com o objetivo de consolidação das habilidades do cuidado de enfermagem na atenção básica a saúde e contextualização e aplicação dos conhecimentos construídos nos RTs em situações reais da prática profissional do enfermeiro. Os estudantes vivenciam em subgrupos uma Campanha de Vacinação tendo como público alvo estudantes e funcionários da faculdade e a Sistematização da Assistência de Enfermagem a uma família adscrita à Estratégia de Saúde da Família (ESF) tendo como eixo metodológico a interdisciplinaridade, segundo as seguintes etapas: proposição de um protocolo para consulta de enfermagem segundo os Padrões Funcionais de Saúde <sup>5</sup>; após consentimento voluntário da família, é realizada consulta de enfermagem no domicílio e levantamento de dados para o histórico de enfermagem contemplando o contexto domiciliar-comunitário, familiar e do paciente e do cuidador. Desenvolve-se então a segunda etapa de formulação dos diagnósticos de enfermagem, a partir da análise e interpretação dos dados coletados pelos estudantes durante a fase de investigação, verificando os fatores determinantes do processo saúde – doença no âmbito individual e familiar. Na terceira etapa, os estudantes recorrem a revisão de

**Trabalho 138 - 3/4**

literatura para subsidiar a elaboração de plano de intervenção, priorizando-se intervenções de curto e médio prazos que contemplem integralmente a família-comunidade-paciente. Para a construção do plano assistencial as terminologias de Enfermagem adotadas são a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC ), tendo como objetivo demonstrar a prática de enfermagem (fenômenos, ações e resultados) no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, de modo a sistematizar uma linguagem específica que descreva esta prática em saúde coletiva <sup>4-5</sup> realizando uma interligação entre os diagnósticos, as intervenções e os resultados da assistência de enfermagem, respectivamente. Procedese então a segunda visita domiciliar para implementação do plano de intervenções de enfermagem proposto, onde os estudantes desenvolvem ações educativas voltadas à família, a partir dos diagnósticos de enfermagem identificados. Dentre estas intervenções, são realizadas palestras utilizando álbum seriado e cartazes, além de serem entregues materiais educativos, como folders, cartilhas, todos construídos pelos próprios alunos. A última etapa desta vivência prática envolve a realização da terceira visita domiciliar, a fim de avaliar as metas atingidas e proceder ao registro da evolução de enfermagem. Todas as etapas envolvem a participação e parceria dos profissionais da ESF e culminam na produção de um relatório que deve descrever a relação entre teoria e prática com a aplicação de todas as fases do processo de enfermagem. **CONCLUSÃO:** A interdisciplinaridade favorece ao desenvolvimento das competências básicas do enfermeiro para a gestão, educação em saúde, pesquisa e assistência. Os estudantes desenvolvem a valorização da Sistematização da Assistência de Enfermagem com maior autonomia clínica, construindo habilidades específicas para sua aplicação a prática profissional do enfermeiro; vivenciam a inserção e importância do enfermeiro na atenção básica à saúde. **REFERÊNCIAS:** 1. FACULDADE Ascens. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem-Bacharelado. Caruaru: ASCES, 2008. 2. Dellaroza, M. S. G.; Vannuchi, M. T. O. O Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: Do sonho à realidade. São Paulo: HUCITEC, 2005. 3. Albuquerque, L. M.; Cubas, M. R. Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn, 2005. 4. Carpenito Lynda Juall. Diagnósticos de Enfermagem – aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2005.

**Trabalho 138 - 4/4**

**Palavras-chave:** Enfermagem; Educação em Enfermagem; Saúde do Adulto; Saúde do Idoso; Pesquisa Qualitativa

**Área Temática:** Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

Trabalho 139 - 1/4

ESTRATÉGIA EDUCATIVA SOBRE DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMAGEM À LUZ DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira<sup>1</sup>

Marcos Venícios de Oliveira Lopes<sup>2</sup>

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O processo de enfermagem (PE) é uma metodologia utilizada na organização e implementação do cuidado ao cliente, família e comunidade, o qual de uma maneira geral, organiza-se em cinco fases: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação<sup>(1)</sup>. A segunda fase, o diagnóstico de enfermagem, se reveste de singular importância, pois fornece meios para propor intervenções de responsabilidade exclusiva do enfermeiro. Ademais, proporciona o uso de uma linguagem própria, facilitando a comunicação com os pacientes, direcionando a equipe de enfermagem e contribuindo para o desenvolvimento da profissão. O ensino dos diagnósticos de enfermagem possibilita ao discente a realização da avaliação clínica, o direcionamento de suas ações conforme as necessidades do cliente e o aprofundamento dos seus conhecimentos sobre a prática profissional, fornecendo base e respaldo para o cuidar<sup>(2,3)</sup>. Entretanto, percebe-se, na prática, certa dificuldade em consolidar o ensino de tais diagnósticos<sup>(4)</sup>. O desenvolvimento de estratégias educativas, que proporcionem aos discentes uma postura ativa, crítica e criativa, é necessário.

**OBJETIVOS:** Dessa forma, este estudo teve como objetivo geral avaliar a eficácia de uma estratégia de ensino sobre diagnósticos de enfermagem fundamentada na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) no desempenho do raciocínio clínico e julgamento diagnóstico do discente de graduação em enfermagem. E, como específicos: verificar a validade do conteúdo dos problemas utilizados na aplicação da estratégia educativa; e levantar os escores dos discentes na identificação das características definidoras, diagnósticos de enfermagem e fatores relacionados ou de risco antes e após

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Adjunta I do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Endereço: Campus Universitário, BR 101 – Departamento de Enfermagem da UFRN, Bairro: Lagoa Nova, CEP: 59.072-970. Natal-RN. E-mail: [analira@ufnet.br](mailto:analira@ufnet.br).

<sup>2</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. E-mail: [marcos@ufc.br](mailto:marcos@ufc.br)

**Trabalho 139 - 2/4**

o desenvolvimento da estratégia educativa. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foi um estudo experimental, realizado em duas fases. Na primeira, participaram cinco especialistas, que validaram os conteúdos de quatro problemas, durante os meses de junho e julho de 2009. Os problemas abordavam situações que envolviam um adolescente com asma; uma mulher submetida a uma colecistectomia; um homem com sequelas de um acidente vascular encefálico, acompanhado no domicílio; e um cliente com hipertensão arterial sistêmica, encaminhada à unidade de saúde da família para tratamento. Os instrumentos de coleta de dados foram o roteiro para avaliação da congruência item-objetivo e o roteiro de identificação das características definidoras, diagnósticos e fatores relacionados ou de risco baseados na Taxonomia II da NANDA-I<sup>(6)</sup>. A segunda fase do estudo foi a aplicação da estratégia educativa. Participaram dessa fase 30 discentes regularmente matriculados em uma universidade federal localizada na região do Trairi do Rio Grande do Norte, selecionados por conveniência. Os critérios de inclusão foram: ser discente de graduação em enfermagem; ter concluído com aprovação a disciplina Semiologia e Semiotécnica na referida universidade, no semestre 2009.1, e aceitar participar de todas as fases da pesquisa. O critério de exclusão foi: não ter condições de participar de todas as fases da pesquisa. Os discentes foram distribuídos de forma aleatória em dois grupos, 15 no experimental e 15 no de controle. O grupo experimental participou da estratégia educativa, durante o mês de agosto de 2009. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (Parecer nº 217/09). As especialistas, integrantes da primeira fase do estudo, e os discentes da graduação em enfermagem, integrantes da segunda fase, após os esclarecimentos dos objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS:** Os resultados foram organizados em três etapas: validação dos problemas, criação do curso sobre diagnósticos de enfermagem, e avaliação da eficácia da estratégia educativa. Na primeira etapa, dos quatro problemas desenvolvidos na primeira fase da pesquisa, apenas os dois primeiros atingiram média do Índice de Validade do Conteúdo (IVC) de 90%. Os dois últimos problemas foram alterados e reavaliados pelas especialistas, recebendo médias de IVC de 90% e 95%, respectivamente. Na segunda etapa, a criação do curso sobre diagnósticos, a estratégia educativa foi organizada na modalidade de curso, com carga horária de 40 horas. Curso este ocorrido na última semana das férias letivas do meio do ano, nos dias 3 a 7 de

**Trabalho 139 - 3/4**

agosto de 2009. Foram criados cinco módulos durante o curso, cada um envolvendo um problema diferente, conforme preconiza a ABP. Buscou-se estimular no discente a construção de um aprendizado crítico e reflexivo. Na última etapa, a avaliação da eficácia do curso foi medida por meio de um pré e um pós-teste. No pré-teste, a média das notas dos discentes do grupo experimental foi de 1,74 pontos ( $\pm 1,56$ ), enquanto que a média do grupo controle foi de 1,27 pontos ( $\pm 1,48$ ). No pós-teste, os discentes do grupo experimental apresentaram média das notas de 4,42 pontos ( $\pm 2,35$ ). A média do grupo-controle, por sua vez, foi 1,34 pontos ( $\pm 1,44$ ). No pré-teste, não ocorreu diferença estatisticamente significativa entre as médias de notas dos discentes dos grupos experimental e de controle ( **$p=0,406$** ). No pós-teste, houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de notas dos discentes dos grupos experimental e controle ( **$p=0,000$** ). A média de notas foi maior no grupo experimental. Na avaliação das médias intragrupos, foi identificada diferença estatisticamente significativa nas notas dos discentes do grupo experimental, na comparação entre o pré e o pós-teste ( **$p=0,001$** ). O grupo-controle não apresentou diferença estatisticamente significativa entre as médias de notas dos discentes no pré e pós-teste ( **$p=0,919$** ). Dessa forma, no pré-teste, os dois grupos identificaram as características, os diagnósticos e os fatores relacionados de forma homogênea. No pós-teste, os discentes do grupo experimental identificaram um número maior de diagnósticos e fatores relacionados ou de risco. **CONCLUSÃO:** Apesar da identificação de poucas características definidoras, no pós-teste, pelos dois grupos, pode-se concluir que houve influência positiva da estratégia implementada, pois os resultados mostraram melhora na capacidade de agrupamento dos dados dos alunos do grupo experimental. Como observado, a ABP favoreceu o desempenho do raciocínio clínico e do julgamento diagnóstico do discente de graduação em enfermagem. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para uma aprendizagem significativa, ultrapassando os limites da abordagem tradicional e permitindo ao discente refletir e resolver os problemas apresentados, ou seja, construir seu conhecimento, no qual predomine a qualidade do mesmo, e não a quantidade. Pretende-se, ainda, oferecer um norte para o desenvolvimento de novas estratégias de ensino, que proporcionem melhoras na capacidade de raciocínio diagnóstico do discente de enfermagem.

**Trabalho 139 - 4/4**

**PALAVRAS-CHAVES:** Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Ensino. Aprendizagem Baseada em Problemas.

**Referências:**

1. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
2. Cruz DALM, Arcuri EAM. The influence of nursing diagnosis on information processing by undergraduate students. *Nursing Diagnosis*. 1998; 9(3). p. 93-100. .
3. Silva AGI. Ensinando e cuidando com o processo diagnóstico em enfermagem. Belém: Smith Produções Gráficas; 2001.
4. North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
5. Almeida MA. Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem: concepções de docentes e discentes [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Educação: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2002.

Trabalho 140 - 1/5

**PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS: ESTRATÉGIA DE ASSISTÊNCIA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE DIABÉTICO E HIPERTENSO**

AZEVEDO, Suely Lopes de<sup>1</sup>

SOUZA, Elizeu Bellas Coutinho de<sup>2</sup>

LIMA, Rubens Estaneck<sup>3</sup>

DIAS, Beatriz Fernandes<sup>4</sup>

SILVA, Angela Maria<sup>5</sup>.

Este estudo busca descrever a implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) através da elaboração e utilização do protocolo de coleta de dados utilizado na consulta de enfermagem com clientes diabéticos e hipertensos no Programa: “Educação em saúde na prevenção e no tratamento da Hipertensão e do Diabetes Mellitus da Policlínica Regional da Engenhoca”. Através da consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro, segundo determinação do Conselho Federal de Enfermagem e da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, são identificados problemas relacionados ao processo saúde-doença e prescritas intervenções de enfermagem e suporte para o autocuidado, com vistas a contribuir para a promoção, recuperação da saúde ou reabilitação do paciente.<sup>(1)</sup> De acordo com a Resolução COFEN 272/2002, torna-se obrigatório a inclusão da Sistematização da Assistência de Enfermagem nos serviços de saúde, público ou privado. A SAE é uma atividade privativa do Enfermeiro, e deve ser desenvolvida por este profissional no seu dia-a-dia de trabalho<sup>(2)</sup> Consiste na implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende a consulta de enfermagem em todas as suas etapas (histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução). Para a

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Professora Adjunto da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro. Contato: Rua Dr Celestino, 74, Centro, Niterói, RJ. e-mail [sulazrj@gmail.com](mailto:sulazrj@gmail.com).

<sup>2</sup> Acadêmico de Enfermagem do 8º período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro.

<sup>3</sup> Acadêmico de Enfermagem do 8º período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Email: [biaenf2000@yahoo.com.br](mailto:biaenf2000@yahoo.com.br)

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem em Saúde da Mulher Universidade Gama Filho/UGF. Email: [anjoomaria@gmail.com](mailto:anjoomaria@gmail.com)

**Trabalho 140 - 2/5**

operacionalização da consulta ao portador de diabetes e de hipertensão, a institucionalização da SAE, através de protocolos, contribui para garantir um melhor atendimento, permitindo identificar os problemas de maneira individualizada. Com o uso da SAE pode-se assegurar a atenção oportuna, a melhoria do cuidado, a padronização dos registros e facilitar o uso eficiente dos recursos disponíveis. Tendo em vista a implementação da SAE durante a consulta de enfermagem no programa supracitado, há uma crescente preocupação com a elaboração e implementação de protocolos voltados para a padronização da assistência de enfermagem nos programas de educação em saúde. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) configuram-se como uma epidemia mundial, sendo a prevenção e promoção destes agravos um grande desafio para os sistemas de saúde, dado o impacto nas taxas de morbidades e mortalidade. A HAS é definida com uma doença crônica, ocorrendo quando os valores da pressão arterial se mantém freqüentemente igual ou acima de 140x90 mmHg. É a mais freqüente das doenças cardiovasculares, sendo o principal fator de risco para as complicações mais comuns, como o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Atualmente, no Brasil são cerca de 17 milhões de portadores, 35% da população na faixa etária de 40 anos e mais<sup>(3)</sup>. O Diabetes Mellitus, segundo a Organização Mundial de Saúde, afetou em todo mundo cerca de 177 milhões de pessoas em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, devendo alcançar 10 milhões de pessoas até o final de 2010. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social. As conseqüências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total<sup>(4)</sup> Em ambas as doenças, por serem assintomáticas, os diagnósticos e tratamentos são freqüentemente negligenciados. O que é mais grave, na maioria das pessoas o diagnóstico é feito tardiamente, quando já aparecem complicações que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu

**Trabalho 140 - 3/5**

tratamento. Desta forma, medidas de prevenção e tratamento são eficazes em reduzir o impacto desfavorável destas doenças. Neste sentido, o atendimento por meio de consultas de enfermagem ajuda a atingir uma excelência no cuidado, pois as necessidades do indivíduo são avaliadas continuamente. Quando associado ao processo educativo, as consultas de enfermagem podem incrementar o conhecimento do paciente sobre seu estado e, conseqüentemente, melhorar o controle da doença, o peso, a gerência dietética, as atividades físicas e o bem estar psicológico<sup>(5)</sup>. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, realizado na Policlínica Dr Renato Silva, no município de Niterói, no estado do Rio de Janeiro. A pesquisa descreve a experiência da implementação da SAE na consulta de enfermagem através da elaboração e utilização do protocolo de coleta de dados. Os sujeitos foram clientes portadores de hipertensão arterial e diabéticos, escolhidos de forma aleatória, cadastrados no programa Hiperdia do Sistema Único de Saúde (SUS) e que foram atendidos no ambulatório, pelo menos duas vezes, na consulta de enfermagem. No Projeto a proposta para o atendimento de enfermagem ao paciente com diagnóstico de DM e HAS consiste em uma consulta inicial e acompanhamento multidisciplinar periódico. Os dados foram coletados durante as consultas de enfermagem realizadas no período de Abril a Julho do ano de 2010, observados os aspectos éticos conforme preconiza a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. A partir da revisão de literatura, da experiência dos autores e do levantamento de vários modelos de protocolos utilizados em diversos serviços de saúde, foi possível elaborar o conteúdo e a estrutura do protocolo que propomos neste estudo. Inicialmente, para a primeira fase do estudo, foi construído um protocolo piloto de levantamento de dados para ser utilizado pelos alunos do quarto período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense durante o ensino teórico-prático da disciplina Fundamentos de Enfermagem. Após três meses de avaliação, buscando facilitar à utilização do instrumento e adequá-lo a consulta de enfermagem realizada na Policlínica, o instrumento foi submetido a várias avaliações, sendo feitas modificações, principalmente, em relação a sua estrutura e conteúdo. RESULTADOS. Com a elaboração da versão já revisada, os profissionais enfermeiros, docentes e discentes passaram a utilizar o protocolo de coleta de dados nas consultas de enfermagem com pacientes que fazem parte do programa do Hiperdia. Este protocolo nomeado de “Roteiro para levantamento dos dados” atualmente está composto dos seguintes itens: 1-Identificação; 2-História Familiar Progressiva; 3-História da Doença Progressiva 4-História da Doença Atual; 5-Queixas Principais; 6-Nível de

**Trabalho 140 - 4/5**

Conhecimento da Doença; 7-Hábitos de vida; 8-Eliminações; 9-Tratamento Medicamentoso; 10-Controle Domiciliar; 11-Dados Clínicos; 12-Exames Laboratoriais 13- Exame Físico e Sinais Vitais. O instrumento foi concebido sob forma avaliativa e descritiva, com inclusão de tabelas sobre informações nutricionais, tratamento medicamentoso, escalas de avaliação do estado psico-social, espaço para observações do entrevistador, dentre outros, facilitando o registro e o acesso às informações. Avaliou-se a eficiência do protocolo quanto à forma e conteúdo, possibilitando o levantamento das reais necessidades de saúde, a partir de um olhar ampliado do processo saúde-doença. O tempo utilizado foi de aproximadamente 30 minutos, variando conforme a complexidade do regime terapêutico prescrito e o nível de compreensão do cliente.. Através do uso do protocolo, observamos que o mesmo foi adequado para identificar as necessidades dos clientes, sendo importante como um instrumento operacional para SAE no programa, permitindo subsidiar o planejamento das outras etapas do processo de enfermagem. Além disso, sua utilização durante a primeira consulta permitiu ao enfermeiro contemplar uma cuidadosa investigação sobre o cliente, sendo um facilitador para o planejamento das intervenções. Ressalta-se que com a aplicação do protocolo nas consultas de enfermagem foi possível observar que a maioria dos clientes desconhecia a doença, seu controle e tratamento, o que afetava a adesão ao programa. A operacionalização do protocolo permitiu direcionar os planos assistenciais e intensificar as atividades de educação em saúde no programa visando melhorar a qualidade de vida dos clientes. CONCLUSÃO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem no programa, através do protocolo de levantamento de dados, possibilitou a avaliação crítica do cuidado, além de facilitar o planejamento das intervenções, os ajustes clínicos e a comunicação multidisciplinar. O uso do protocolo desenvolveu habilidades nos profissionais de saúde para a implementação da SAE no programa, agilizando os atendimentos, tornando a coleta de dados mais completa, repercutindo em melhoria da qualidade da atenção à saúde da população. Foi possível detectar as necessidades reais dos clientes permitindo ações de enfermagem mais eficazes. Houve uma maior conscientização sobre a importância dos profissionais planejarem a assistência de forma sistemática. Destaca-se que implementar o cuidado sistematizado através de protocolos específicos facilita maior articulação entre os profissionais e as instituições assistenciais. Com esta proposta, espera-se facilitar a

**Trabalho 140 - 5/5**

atuação do enfermeiro na implementação das ações, visando o cuidado integral aos clientes atendidos no Programa de Educação em Saúde na Policlínica Regional da Engenhoca.

Palavras-chave: Sistematização Assistência de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Saúde Coletiva.

Área temática 2: Implementação da Sistematização da assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

REFERÊNCIAS:

- 1 MACIEL ICF, ARAÚJO TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. Rev Latino-Am Enfermagem. 2003; 11(2):207-14.
- 2 COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. BRASIL. Resoluções-Cofen n°s 159/1993 195/1997, 267/2001 e 271/2002
- 3 BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial. Brasília: M S, 2006.
- 4 BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus. Brasília: M S, 2006.
- 5 CURCIO R, LIMA MHM, TORRES HC. Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com diabetes *melittus* tipo 2 em insulino terapia. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):552-7.

Trabalho 141 - 1/4

**A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DO  
SEGUIMENTO DO PREMATURO<sup>1</sup>**

Cláudia Silveira Viera<sup>2</sup>; Isabelle Pimentel Gomes<sup>3</sup>; Beatriz Rosana  
Gonçalves de Oliveira<sup>4</sup> Neusa Collet<sup>5</sup> Michelle de Marchi Sanches<sup>6</sup>

**INTRODUÇÃO:** Um índice elevado de bebês nascem prematuros ou com baixo peso no Brasil todos os anos, mas um terço deles chega a completar um ano de vida. Porém, é preciso mudar esse quadro de mortalidade neonatal em nosso país. Mas para isso é preciso refletir e agir sobre o enfoque das práticas de saúde na atenção pré-natal e a criança recém nascida. A atenção ao recém-nascido avançou muito nas ultimas décadas principalmente voltadas à criança prematuras (PT) e baixo peso ao nascer (BPN). Tornou-se então importante dar continuidade do cuidado oferecido a essas crianças assistidas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) após sua alta hospitalar, o qual deve ocorrer de modo articulado entre a unidade básica de saúde e a atenção especializada para a continuação desse cuidado, pois o acompanhamento dessa clientela tem por estratégia a avaliação do crescimento e desenvolvimento, bem com medidas de prevenção e a promoção a saúde, medidas terapêuticas e de interação com a criança e sua família, com serviços de saúde e com outros setores sociais. O seguimento dessa clientela tem sido recomendado na literatura, que tenha inicio durante a hospitalização nas unidades neonatais, tendo sua continuidade após a alta com uma abordagem multidisciplinar e abordando o planejamento do acompanhamento do PT que leve em conta a prevenção de outros agravos a qual ele esta pré-disposto. Nesse cenário emerge o enfermeiro como um profissional dessa equipe que deve tomar parte no atendimento ao PT e BPN tanto nas UBS como no ambulatório de seguimento do prematuro.

<sup>1</sup> Recorte de Projeto de Extensão Universitária.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP-USP, professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Unioeste, Coordenadora do projeto de extensão.

<sup>3</sup> Enfermeira, da Clínica Pediátrica do HULW – UFPB, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela UFPB. Email: enfisabelle@yahoo.com.br Endereço: Av. Cabo Branco, 3008, 401ª, Cabo Branco, João Pessoa-PB. CEP: 58.045-010.

<sup>4</sup> Enfermeira, Doutoranda do Programa de pós-graduação da EERP-USP. Professor Assistente do Curso de Enfermagem da Unioeste-Cascavel-PR.

<sup>5</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da UFPB.

<sup>6</sup> Enfermeira, especialista em neonatologia, professor colaborador do Curso de Enfermagem da Unioeste

**Trabalho 141 - 2/4**

**OBJETIVO:** Apresentar a consulta de enfermagem desenvolvida no ambulatório de seguimento do prematuro egressos da UTIN/UCIN do Hospital Universitário do Oeste do Paraná no município de Cascavel.

**METODOLOGIA:** Relato de experiência que apresenta a realização da consulta de enfermagem como norteadora do planejamento do cuidado do PT e BPN após a alta da UTIN/UCI, a qual é realizada durante o atendimento ao público recém-nascido PT e BPN e suas famílias após ser contatada a mãe residente em Cascavel e identificado seu interesse em participar do projeto de extensão intitulado “Seguimento do egresso da UTIN: a continuidade do cuidado após a alta hospitalar”. O referido projeto conta com a participação de acadêmicos e docentes do curso de Enfermagem, enfermeiros do HUOP. A consulta de enfermagem é desenvolvida em todas as etapas do projeto e no retorno do bebê após 30 dias de alta da UTIN/UCI é realizada pelo enfermeiro ou docente que está no ambulatório conforme escala semanal.

**RESULTADOS:** O referido projeto ocorre em três principais momentos, a saber, primeiramente é feito o preparo da família para a alta hospitalar, onde é realizado entrevista com a mãe para averiguar a situação socioeconômica e emocional da família para receber a criança em casa, avaliação das condições familiares, identificação do apoio e rede social que ela tem disponível em sua realidade, será ensinado à mãe os cuidados básicos do PT/BPN e auxiliada no aleitamento materno, orientada e ensinada quanto a administração de medicamentos, orientar a reconhecer complicações frequentes do PT e BPN e como a família deve agir diante delas e sanar suas dúvidas nessa relação inicial. Além de agendar uma visita domiciliar por um dos integrantes do projeto, para observar as condições da casa para a recepção do RNPT. Nesta visita será feito o primeiro contato com a unidade básica de saúde (UBS), informando a possível alta da criança e na alta será agendado o retorno ao ambulatório em 30 dias. O segundo momento é considerado o primeiro mês do bebê em casa, ou seja, o período de transição hospital – domicilio, nesse é realizada uma segunda visita domiciliária, em que se avalia a adaptação do recém-nascido e da família a vida após a alta hospitalar, condições clínicas do RNPT, o aleitamento materno, realizará uma entrevista com a mãe para que ela relate as dificuldades enfrentadas até o momento e fazer o agendamento da consulta

**Trabalho 141 - 3/4**

no ambulatório. Realiza-se novo contato com a UBS informando a alta e histórico clínico do PT/BPN na hospitalização, assim como suas condições atuais. No terceiro momento é feito o acompanhamento da díade criança/família, realizando a consulta de enfermagem agendada anteriormente, que se constitui de anamnese; avaliação do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor; avaliação do aleitamento materno e de dúvidas da família no manejo do bebê. Cada consulta durava em torno de 45 minutos a uma hora. Neste estudo, relata-se que as ações de Enfermagem na puericultura iniciam-se pelo Acolhimento, receber bem as mães é um fator essencial para um bom atendimento, bem como buscar formas de compreendê-la e orientá-la<sup>1</sup>. Sendo identificados os diagnósticos de enfermagem e feitos os devidos encaminhamentos e orientações às famílias e seus filhos. Ressalta-se que a consulta de enfermagem é composta em cada etapa do projeto por um formulário específico que contempla itens relativos a cada etapa em que a família e o PT/BPM se encontram, contendo desde a anotação sobre a interação mãe e filho; questões sobre a saúde materna; descrevendo-se no prontuário um histórico de Enfermagem com o relato da mãe sobre o período de internamento e pós-alta, acompanhamentos com especialistas; informações acerca do parto e nascimento do PT/BPN; condições de moradia; ocupação da mãe e pai; renda familiar; escolaridade dos pais; quem cuida da criança; medicamentos em uso; contatos feitos na UBS; exame físico: medidas essenciais (peso, estatura, perímetros cefálico, torácico e abdominal), sinais vitais, reflexos; marcos do desenvolvimento, inspeção, palpação, percussão e ausculta; idade cronológica e corrigida. Avaliação do crescimento, ganho ponderal/dia, desenvolvimento, identificação de dúvidas maternas. Orientações em relação à importância da consulta mensal e cuidados com o bebê, tais como, imunização, medicamentos, cuidado com a pele, aleitamento.

**CONSIDERAÇÕES:** Com a consulta de enfermagem ao PT/BPN passou-se a ter contato com os mais variados problemas vivenciados pelas famílias após a alta hospitalar do bebê, contribuindo para nortear as diferentes formas de orientação e encaminhamentos. Incentivando os profissionais envolvidos a buscarem um aprimoramento de seus conhecimentos e melhor compreensão do manejo desses cuidados na atenção à saúde do egresso da terapia intensiva e intermediária em prol de futuramente desenvolver um protocolo de Ações para Enfermagem no Seguimento do

**Trabalho 141 - 4/4**

PT/BPN. Assim, percebe-se que a consulta de enfermagem não é estática, nem direcionada apenas ao PT/BPN, mas sim envolve a família em seu contexto social e familiar e procura desenvolver uma atenção integral a todos os envolvidos com o bebê, direcionando desse modo o planejamento das ações de enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVES:** Seguimento; prematuro; consulta enfermagem.

**REFERENCIAS**

1. Regiane C. Assistência a Saúde da Criança: atenção primária do nascimento aos dois anos de idade. In: Regiane C; Luque ANF; Rocha C; Correa I. (org). Enfermagem na atenção primária de saúde. São Paulo: lãtria, 2006.

**ÁREA TEMÁTICA**

1 - Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

Trabalho 142 - 1/4

APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DE UM GRUPO DE EXERCÍCIO EM RACIOCÍNIO CLÍNICO PARA SUPORTE A ELABORAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ENFERMAGEM: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DO CÂNCER II/INCA

Allan Peixoto de Assis<sup>1</sup>

Cláudia Quinto Santos de Souza<sup>2</sup>

Mary Mirian Santos Cunha Borba<sup>3</sup>

**Introdução:** A elaboração diagnóstica em enfermagem consiste essencialmente em uma atividade intelectual resultante de uma análise sobre os dados clínicos coletados e agrupados. A principal finalidade em elaborar um diagnóstico está na identificação de condições de saúde que orientem intervenções de enfermagem e os resultados esperados destas intervenções. É, portanto, de extrema importância que enfermeiros e alunos de enfermagem obtenham conhecimento das definições diagnósticas e de suas características definidoras, em especial, das comuns com a população que trabalham diretamente. Além disso, a capacidade de pensar criticamente também é aspecto que se faz necessário ao elaborar um diagnóstico de enfermagem. Através do desenvolvimento de habilidades cognitivas como análise, raciocínio lógico e aplicação de padrões, o conhecimento e a memória do indivíduo, aliado ao fator motivacional, podem ser acionados e resultarem em inferências úteis para o julgamento diagnóstico <sup>(1)</sup>. Estudos vêm mostrando que essas habilidades podem ser desenvolvidas por meio de discussões clínicas, onde um conjunto de pessoas decide como os dados devem ser agrupados e significados, a fim de gerarem diagnósticos exatos <sup>(2)</sup>. Mesmo sabendo do quão valoroso é elaborar diagnósticos de enfermagem na prática clínica observa-se, muitas vezes, que os serviços de enfermagem continuam registrando pouco estes nos documentos assistenciais e ainda pouco implementam sua utilização no decorrer dos atendimentos, corroborando para uma prática que desconsidera o registro e o seguimento clínico do fenômeno que deu origem ao conjunto de cuidados de enfermagem prestados, ou seja, o diagnóstico de enfermagem. O Hospital do Câncer II (HC II) do Instituto Nacional do Câncer (INCA) vem desde o ano de 2006 investindo esforços educacionais, logísticos e

---

<sup>1</sup> Enfermeiro graduado pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Enfermagem Oncológica pelo INCA. Enfermeiro clínico da Rede de Hospitais Federais do Rio de Janeiro. Rua José Bonifácio, 30/303A – S.Domingos – Niterói/RJ. [allanpeixoto@yahoo.com.br](mailto:allanpeixoto@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestranda em Enfermagem pela UFRJ. Especialista em docência do ensino superior. Enfermeira gerente da Unidade Ambulatorial do HCII/INCA.

<sup>3</sup> Enfermeira graduada pela Universidade Gama Filho (UGF). Especialista em Enfermagem Oncológica pelo INCA. Enfermeira clínica da Unidade Ambulatorial do HCII/INCA.

#### Trabalho 142 - 2/4

operacionais para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE visa organizar a assistência de enfermagem por meio da aplicação sistemática, gerenciamento e registro das fases do Processo de Enfermagem (PE), quais sejam: histórico, diagnóstico, planejamento, intervenção e evolução. Em um estudo de impressão sobre a SAE, realizado no ano de 2007 na referida instituição, com os enfermeiros clínicos envolvidos no processo de implementação, foi evidenciado que apenas 37,03% dos entrevistados conseguia elaborar mentalmente e registrar o diagnóstico de enfermagem no prontuário. O restante (62,07%) justificou tal omissão devido a uma dificuldade percebida em sua execução. De forma complementar, encontramos outros estudos com relatos de enfermeiros que qualificaram a tarefa diagnóstica como algo difícil, o que limitava o seu julgamento, tratamento e registro <sup>(3)</sup>. Uma avaliação da implementação dos diagnósticos de enfermagem no Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM) – Campinas - também concluiu, através da visão dos enfermeiros, que 65% apresentavam dificuldades na identificação dos diagnósticos de enfermagem <sup>(4)</sup>. No que tange às obras literárias da área encontramos também poucas contribuições de artigos e outros materiais de leitura que apresentem ao enfermeiro formas de ajudá-lo a elaborar o diagnóstico. Depreendemos assim a existência de uma dificuldade imposta especificamente na elaboração diagnóstica em enfermagem, seja no contexto prático de sua execução, o que configura limitações para a implementação da SAE, ou teórico, haja vista a baixa contribuição literária no que concerne a instruções de como elaborar um diagnóstico de enfermagem. Com base nesses achados idealizamos no HCII/INCA a formação de um grupo de trabalho com o objetivo de exercitar o raciocínio diagnóstico e fornecer suporte aos profissionais envolvidos para a elaboração do mesmo. O grupo foi denominado Grupo de Exercício em Raciocínio Clínico (GERC), e a dinâmica adotada consistia em encontros semanais com enfermeiros e residentes de enfermagem onde eram discutidos casos reais ou hipotéticos em ginecologia oncológica, visando prioritariamente exercitar a elaboração de diagnósticos de enfermagem. **Objetivo:** Apresentar as etapas seguidas pelo grupo para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem durante a discussão dos casos; Caracterizar a produtividade do grupo no período de 2007 a 2009. **Metodologia:** Os dados foram coletados do livro de registro das reuniões do GERC, onde identificamos uma seqüência de etapas adotadas pelo grupo de trabalho na elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Cada etapa constituía-se de um conjunto de ações as quais estavam registradas no livro de reuniões. Após leitura analítica das ações do GERC, foi

### Trabalho 142 - 3/4

possível identificar um modelo síntese seguido pelo grupo para elaboração diagnóstica estruturado em etapas, o qual será apresentado. Analisamos também o quantitativo e o perfil das reuniões realizadas no período em questão tendo por base as informações do livro de registro de reuniões. **Resultados:** As etapas emergidas da leitura e análise do livro de registro e identificadas como orientadores da elaboração diagnóstica pelo grupo foram: 1) leitura do caso clínico, 2) levantamento dos problemas principais, 3) clarificação dos problemas, 4) agrupamento dos dados de acordo com os domínios da taxonomia da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), 5) levantamento de hipóteses, 6) confirmação ou refutação das hipóteses por meio da discussão em grupo, 7) estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. Quanto ao perfil e produtividade do grupo, 89,75% das reuniões tiveram como temática central a discussão do caso clínico e 10,25% relacionaram-se a assuntos de embasamento teórico ao estudo do diagnóstico. **Discussões:** A sequência de etapas utilizadas pelo GERC para a elaboração diagnóstica em enfermagem, assemelha-se com um modelo de pensamento já descrito em outras categorias profissionais da saúde, que é o hipotético-dedutivo. Este modo de raciocínio cognitivo analisa um conjunto de dados e deriva hipóteses a partir desta análise. Os significados são validados ou refutados por meio de testes de verossimilhança até que haja a decisão por um diagnóstico <sup>(6)</sup>. Quanto à produtividade do GERC observou-se um direcionamento majoritário para discussões clínicas com elaboração de diagnóstico de enfermagem, cumprindo com a sua finalidade. Encontra-se um percentual pequeno de atividades do GERC relacionada a assuntos de subsídio ao estudo do diagnóstico, pois procuramos levantar alguns conceitos elementares à elaboração diagnóstica como “diagnóstico de enfermagem”, “processo de enfermagem”, “sistematização da assistência de enfermagem” e “raciocínio clínico”. **Considerações finais:** Com as discussões do GERC foi possível não somente uma maior familiarização com os termos da taxonomia, mas também uma aproximação com a tarefa diagnóstica, reduzindo algumas dificuldades a ela relacionadas. A discussão em grupo possibilitou o embate de idéias, o conhecimento de conceitos básicos da clínica e principalmente a descoberta de uma ordem lógica de etapas que nos levou ao diagnóstico de enfermagem. O processo de implementação da SAE contribuiu de forma efetiva para o conhecimento dos enfermeiros em relação ao diagnóstico de enfermagem e sua elaboração. O GERC promoveu indubitavelmente uma maior integração entre os profissionais da assistência direta e indireta, gerando interesse pelo estudo do diagnóstico e principalmente

**Trabalho 142 - 4/4**

motivação para a utilização do mesmo, o que viabiliza a realização de um cuidado diferenciado no cenário da oncologia ginecológica do INCA.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem, Enfermagem, Raciocínio

Área temática do trabalho: Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

Referências Bibliográficas:

1. Lunney, Margaret. Pensamento Crítico e Diagnóstico de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem, Pensamento e Pensamento Crítico. São Paulo: Artmed, 2004. p.21-50.
2. NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2009-2011. Nanda international. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.30-32.
3. Ciarullo et al. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo. Icone, 2001, p.33-74.
4. Lopes, M.H.B.M. Experiência de implementação do diagnóstico de enfermagem (taxonomia NANDA), resultados, intervenções e problemas colaborativos. Ver. Latino-Americana em Enfermagem. São Paulo, 2000, p.108-114.
5. Sternbergt. Robert. Psicologia Cognitiva. Raciocínio e Tomada de decisões. Porto Alegre: Artmed, 2008, p.408-414.

**Trabalho 143 - 1/5**

PROPOSIÇÃO DE UM FLUXOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM  
POR INICIANTES

Allan Peixoto de Assis<sup>1</sup>

Marcos Antônio Gomes Brandão<sup>2</sup>

**Introdução:** O diagnóstico de enfermagem mostra-se como importante elemento do processo de enfermagem, visto que descreve o fenômeno clínico relacionado às respostas humanas do cliente para o qual se destinam os cuidados de enfermagem. Assim, cada vez mais nota-se a necessidade de conhecer as etapas e procedimentos envolvidos com o processo diagnóstico em enfermagem, no sentido de realizá-lo adequadamente e de viabilizar a implementação de uma assistência científica e sistematizada. O indivíduo que sente dificuldade em diagnosticar pode realizá-lo de forma inexata, comprometendo a assistência ofertada ao cliente. Além disso, pode também omiti-lo no decorrer do trabalho, prejudicando a individualização do cuidado e a continuidade do mesmo. Iniciantes na realização de diagnósticos de enfermagem, sejam eles estudantes ou enfermeiros, são os indivíduos que mais apresentam dificuldade na tarefa em foco, já que possuem pouco conhecimento e experiência a respeito do ato de diagnosticar. Para isso torna-se necessário mostrar-lhes os passos corretos que devem tomar para realizarem o diagnóstico de enfermagem por meio de sua descrição em termos mais objetivos, organizados

---

1<sup>1</sup> Enfermeiro graduado pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Enfermagem Oncológica pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Enfermeiro clínico da Rede de Hospitais Federais do Rio de Janeiro. End.: Rua José Bonifácio – 30/303A – CEP 24210230 – São Domingos, Niterói/RJ. E-mail: [allanpeixoto@yahoo.com.br](mailto:allanpeixoto@yahoo.com.br)

2<sup>1</sup> Enfermeiro graduado pela EEAN/UFRJ. Doutor em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Mestre em Tecnologia Educacional para Saúde pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde (NUTES) da UFRJ. Docente Adjunto da EEAN/UFRJ.

### Trabalho 143 - 2/5

e ordenados. O presente estudo propõe a descrição organizada das etapas para realização de diagnósticos de enfermagem direcionada a iniciantes, utilizando uma ferramenta chamada fluxograma. O fluxograma prestou-se a esta aplicação porque tem como propriedade a ordenação seqüencial de passos de uma determinada tarefa, caracterizando-se por ser finito, garantir repetibilidade e gerar instruções bem definidas e não ambíguas <sup>(1)</sup>. A descrição de uma determinada atividade, no caso da realização do diagnóstico de enfermagem, sob a forma de escrita puramente narrativa sugere algumas desvantagens para o leitor. A primeira é relacionada à extensão do texto que pode ser longo por demais, implicando em quebra de idéias ou perda da idéia principal. Outra é que a linguagem textual simples não é a melhor estrutura devido ao fato de geralmente ser muito extensa e estar representada sob a forma de listagem enumerada, o que torna difícil sua absorção e a integração mental de pontos relacionados entre si. O fluxograma descreve uma determinada tarefa sob a forma de figuras geométricas. Este mapeamento de atividades utiliza símbolos simples, linhas e palavras, de forma a apresentar graficamente sua seqüência de ações, visando definir e implementar meios para o seu aperfeiçoamento. Tem como objetivos principais interagir o usuário com a relação dos elementos do processo, permitir comparações com a realidade vivenciada, determinar as melhorias e facilitar a comunicação <sup>(2)</sup>. O fluxograma adaptou-se a necessidade de descrição organizada do diagnóstico de enfermagem e ao público alvo de iniciantes que se beneficiam desta forma de representação. Assim, configura-se como ferramenta que possivelmente organiza os passos para a realização do diagnóstico, ofertando ao iniciante diagnosticador meios para se chegar ao diagnóstico de enfermagem. **Objetivos do estudo:** Analisar as recomendações para realização de diagnósticos de enfermagem na literatura de enfermagem; propor um fluxograma facilitador da realização de diagnósticos de enfermagem dirigido a iniciantes; descrever as etapas do fluxograma tendo por base suas finalidades, circunstâncias, motivos e explicações. **Metodologia:** Para analisar as recomendações da literatura foi realizada uma síntese sistemática dos estudos sobre realização de diagnósticos de enfermagem. A

### Trabalho 143 - 3/5

síntese sistemática de pesquisa envolve o desenvolvimento de idéias e teorias anteriores a partir de um novo trabalho empírico e conceitual, podendo se aplicar a questões para fins diversos como a investigação de eficácias de intervenções, a avaliação de dados narrativos e a reunião de conceitos para uma compreensão macroconceitual<sup>(3)</sup>. Através do seguimento de sete etapas específicas para sua execução, foi possível elencar quatro obras literárias como referenciais para a descrição pretendida, emergindo delas quatro etapas comuns do processo diagnóstico, as quais foram posteriormente hierarquizadas e associadas a ações específicas.

Isto possibilitou um mapeamento da tarefa. Para a confecção do fluxograma respeitou-se o seguinte método: 1) Leitura analítica das bibliografias selecionadas; 2) Construção de resumos sobre as recomendações de realização do diagnóstico divulgados em cada obra selecionada; 3) Leitura analítica dos resumos construídos; 4) Organização sintética de quatro etapas comuns da realização diagnóstica como eixos centrais do fluxograma; 5) Hierarquização das etapas comuns; 6) Alocação das ações relacionadas em cada etapa e elaboração de breves descrições para cada ação; 7) União dos quatro fluxogramas em um fluxograma síntese; 8) Realização dos ajustes necessários; 9) Confecção da versão final. Para a descrição das etapas do fluxograma respeitou-se o seguinte método: 1) Conceituação de cada etapa da realização do diagnóstico; 2) Descrição pormenorizada dos procedimentos de cada etapa da realização do diagnóstico tendo por base suas finalidades, circunstâncias, motivos e explicações. O fluxograma foi ainda confeccionado tendo por base simbologias e formas geométricas correspondentes aos procedimentos, ações, decisões e conclusões de cada etapa de realização do diagnóstico de enfermagem. A descrição detalhada do fluxograma deu-se por meio de respostas às perguntas aristotélicas (Para quê?, Quando? Por quê? e Como?) direcionadas aos procedimentos de cada etapa. Optou-se por uma construção textual de caráter instrucional, utilizando linguagem verbal no modo imperativo e dirigindo-se especificamente ao leitor iniciante. **Conclusão:** Espera-se que esta ferramenta sirva de suporte instrucional ao indivíduo que se inicia na atividade de diagnosticar e de ensinar este exercício, mostrando-lhe um caminho possível e

**Trabalho 143 - 4/5**

servindo-lhe como instrumento de controle da própria tarefa. Considera-se o conceito de tecnologia presente na construção do fluxograma, sendo o mesmo concebido como tecnologia aliada ao cuidado. Muito já se produziu e se produz em termos de estudos que contribuem substancialmente para a consolidação de um corpo de conhecimentos para a enfermagem. A tecnologia vem para auxiliar na aplicação prática dos modelos conceituais já construídos e consolidados. Quando se coloca a relação entre a tecnologia e o cuidado, pode-se pensar que a tecnologia consiste em conhecimentos e instrumentos interligados que fundamentam e delimitam modos sistematizados de saber-fazer o cuidar humano <sup>(4)</sup>. Vê-se o fluxograma como produto de expressão tecnológica do conhecimento porque possibilita a aplicação prática de um saber (processo diagnóstico), sistematizado em um fazer específico (diagnosticar). No tocante as limitações metodológicas do estudo, pontuam-se, principalmente, a fase de construção da síntese sistemática e da confecção do fluxograma. No que concerne a forma de busca das referências literárias, outras obras que pudessem fornecer grandes contribuições para a confecção do fluxograma e de sua descrição pormenorizada podem não ter sido encontradas, seja pelo recorte temporal utilizado, pelas palavras-chave ou por dificuldades encontradas no próprio uso das bases de dados. Como recomendação para estudos futuros o fluxograma serve como tecnologia a ser testada em ambientes tanto assistenciais como de ensino, merecendo uma análise dos pontos fortes e fracos relacionados com a realidade prática do uso e ensino do diagnóstico de enfermagem dentre iniciantes. Estudos também podem ser criados para validá-lo nesses ambientes e assim utilizá-lo como referência para a atividade diagnóstica, seja por profissionais, acadêmicos ou docentes. Recomenda-se também que a síntese dos conteúdos provenientes das obras, utilizada para descrever o fluxograma, seja compilada, revisada e publicada em forma de livro instrucional, para que o usuário do fluxograma o tenha como leitura de consulta rápida, sendo instruído sobre as etapas constitutivas do processo diagnóstico em enfermagem.

Palavras chaves: Diagnóstico de Enfermagem, Fluxograma, Iniciante

**Trabalho 143 - 5/5**

Área temática do trabalho: Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

Referências Bibliográficas:

1. Berner, E. S. **Clinical Decision Support Systems**. Diagnostic Decision Support Systems. 2 ed. Springer Science. AL, p.123, 2007.
2. Bento. M. B. **Introdução ao algoritmo**. 4 ed. Series de Informática, São Paulo, p. 310, 2008.
3. Pring, Richard, et al. **Educação baseada em evidencias**. Síntese Sistemática de Pesquisa, Porto Alegre, Ed. Artmed, p.57-76, 2007.
4. Carraro, T. E. et al. **Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado**. Revista Brasileira de Enfermagem, vol.61 no.1 Brasília Jan./Feb. 2008

Trabalho 144 - 1/6

## NANDA, NOC, NIC E CIPE NA ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Anamaria Alves Napoleão<sup>1</sup>

Juliana Martins de Souza<sup>2</sup>

Aline Helena Appoloni<sup>3</sup>

Érika Fonseca<sup>4</sup>

Danielle Cristina Garbui<sup>5</sup>

Larissa Coelho de Mello<sup>6</sup>

**Introdução:** Com o início das atividades do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) em 2008 foi criada a disciplina Perspectivas para o cuidado de enfermagem cujo objetivo é explorar a aplicabilidade das teorias, processo de enfermagem e sistemas de classificação em enfermagem no ensino, pesquisa e assistência. As etapas operacionais do processo de enfermagem são estudadas, com destaque para a coleta de dados, diagnóstico e planejamento. Posteriormente, os alunos apresentam uma aula sobre os sistemas de classificação mais conhecidos e divulgados no Brasil, com ênfase na estruturação e aplicabilidade na pesquisa, ensino e assistência de enfermagem. Nesse contexto, um plano de cuidados de enfermagem é desenvolvido a partir de um caso clínico. **Objetivo:** Relatar a experiência da elaboração de planos de cuidados de enfermagem para um mesmo caso clínico, a partir das classificações de diagnósticos de enfermagem (DE) da NANDA-I, Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), Classificações das Intervenções de Enfermagem (NIC) e também da Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE). **Metodologia:** As aulas ministradas pelos alunos abordavam a estrutura das classificações da NANDA, NIC, NOC e CIPE. Foram

<sup>1</sup> Professora doutora do Departamento de Enfermagem (DEnf) e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (PPGenf - UFSCar).

<sup>2</sup> Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Aluna regular da disciplina Perspectivas para o cuidado de enfermagem do PPGEnf – UFSCar.

<sup>3</sup> Mestranda do PPGEnf – UFSCar. Professora do curso de técnico de enfermagem do Centro Paula Souza de Araraquara. Endereço: Rua Porceano Marino, 115 apto 13 CEP:13574-560. São Carlos-SP. Email: aline-12@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Gerente de enfermagem do Hospital Escola de São Carlos.

<sup>5</sup> Enfermeira da atenção básica da rede municipal de saúde de São Carlos. Aluna especial da disciplina Perspectivas para o cuidado de enfermagem do PPGEnf – UFSCar.

<sup>6</sup> Enfermeira da Unidade Coronariana da Santa Casa de São Carlos. Aluna especial da disciplina Perspectivas para o cuidado de enfermagem do PPGEnf – UFSCar.

**Trabalho 144 - 2/6**

ministradas nessa mesma sequência, cada uma com duração de 3 horas/ aula, em dias diferentes. Na primeira aula, o aluno apresentou, a partir de um caso clínico previamente elaborado, os DE que julgava pertinentes. Estes foram priorizados ou refutados a partir de ampla discussão do grupo. O aluno responsável pela aula sobre a NOC deu continuidade com a elaboração de resultados esperados segundo esta taxonomia a partir dos DE elaborados. Os resultados foram também discutidos no grupo e, a partir dos diagnósticos e resultados já elaborados, o aluno responsável pela apresentação da NIC finalizou o plano de cuidados com a apresentação de intervenções, igualmente discutidas no grupo. Essas apresentações resultaram em um plano de cuidados de enfermagem com base na NANDA, NOC e NIC (NNN). Posteriormente, duas alunas apresentaram a estrutura da CIPE e um plano de cuidados a partir desse mesmo caso clínico com diagnósticos, resultados e intervenções baseados nesta classificação, versão 1.0. Posteriormente, um grupo composto por alunos da disciplina, enfermeiros, pesquisadores e alunos do grupo de pesquisa em Sistematização da Assistência de Enfermagem e Sistemas de Classificação trabalharam na organização das informações, comparação dos dados obtidos a partir das primeiras aulas com a ligação NNN e os obtidos a partir da CIPE com a versão 2.0 disponível *on line*. Assim, os planos de cuidados foram refinados. Sumariamente, o caso clínico abordava o contexto de uma Unidade de Saúde da Família, em que uma mãe adolescente leva seu filho de 2 anos e 3 meses devido a um quadro de diarreia e vômito. A criança apresentava sinais de desidratação moderada e atraso no crescimento e desenvolvimento; é pouco estimulada em casa, tem condições de higiene precárias, problemas socioeconômicos e conflito familiar. **Resultados:** No plano baseado na NNN foram priorizados os seguintes DE da NANDA: *Risco de desequilíbrio eletrolítico* relacionado a desidratação, diarreia e vômito; *Volume de líquidos deficiente* relacionado a perda ativa de volume de líquido (diarreia e vômito), caracterizado por aumento da concentração urinária, diminuição do débito urinário, mucosa seca, diminuição do turgor da pele, aumento da frequência do pulso; *Diarreia* relacionada a inflamação, irritação da mucosa gastrointestinal, caracterizada por várias evacuações líquidas ao dia; *Atraso no Crescimento e Desenvolvimento* relacionada a cuidado inadequado, deficiências de estimulação e ambientais, caracterizado por atraso em desempenhar habilidades típicas do grupo etário, crescimento físico alterado; *Paternidade e maternidade prejudicada*

**Trabalho 144 - 3/6**

relacionado a ambiente doméstico insatisfatório, desemprego, dificuldades financeiras, falta de coesão familiar, falta do modelo de papel pai e mãe, falta de recursos, incapacidade de colocar as necessidades da criança a frente das próprias, nível socioeconômico baixo, pobreza, habilidade de comunicação não satisfatória, pais muito jovens caracterizado por desenvolvimento cognitivo deficiente, doenças frequentes, falha em crescer e desenvolver-se com vigor, cuidado inconsistente, déficit de interação mãe e filho, estimulação inadequada (verbal), manutenção inadequada da saúde da criança. Os DE *Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais* e *Atividade de recreação deficiente* foram selecionados inicialmente, mas não concluídos, pois, apesar da definição ser adequada para o caso, os fatores relacionados não são adequados à pediatria, visto que, no caso, a nutrição inadequada está relacionada a falta de oferta adequada de alimentos e a atividade de recreação deficiente a questões da desestrutura familiar, o que não está contemplado na NANDA. Os DE *Manutenção do lar prejudicada*, *Manutenção ineficaz da saúde*, *Tensão do papel de cuidador*, *Desempenho de papel ineficaz*, *Comportamento de saúde propenso a risco* foram refutados, visto que o diagnóstico *Paternidade e Maternidade prejudicada* contempla toda a situação e é capaz de assegurar um plano de cuidados adequado. A partir destes diagnósticos, foram elencados os resultados esperados da NOC. Alguns resultados são abrangentes e contemplam resultados mais específicos, por exemplo, o resultado *Estado Nutricional*, que contempla indicadores do resultado *Estado Nutricional: Ingestão de alimentos e líquidos*. Assim, foram selecionados os resultados: *Crescimento*; *Desenvolvimento da Criança: 2 anos*; *Eliminação intestinal*; *Hidratação*; *Estado Nutricional*; *Desempenho do papel*; *Gravidade da Náusea e dos Vômitos*; *Paternidade/Maternidade: Desempenho dos pais*; *Ambiente Físico Familiar*. As intervenções da NIC selecionadas foram: *Controle hídrico*; *Supervisão*; *Controle da diarreia*; *Controle Intestinal*; *Monitoração Hídrica*; *Controle do Vômito*; *Controle da nutrição*; *Controle do Peso*; *Melhora do Desenvolvimento: Criança*; *Cuidados com o perineo*; *Banho*; *Aconselhamento*; *Apoio ao cuidador*; *Aumento da Segurança*; *Ensino: individuo*; *Melhora do papel*; *Melhora do enfrentamento*; *Promoção da integridade familiar*; *Promoção da Paternidade /Maternidade*; *Suporte à Família*; *Terapia familiar*; *Ensino: segurança da criança de 13 a 36 meses*; *Metas mútuas*. Em relação à CIPE, após a composição dos diagnósticos na versão 1.0, os DE foram comparados com

#### Trabalho 144 - 4/6

a versão 2.0 *on line*. Foram elaborados os DE: *Paternidade/maternidade comprometidas; Vômito; Desenvolvimento da criança comprometido; Atraso no crescimento; Desidratação; Estado nutricional comprometido; Lacuna do apoio familiar*. As diferenças mais notáveis identificadas foram que, a partir da versão 1.0 pudemos ainda elaborar os DE *Rendimento familiar comprometido, Diarréia*, cujo DE que mais se aproxima é *Incontinência intestinal e Padrão de higiene comprometido*, que não aparece entre os DE da versão 2.0. Os resultados elencados foram: *Paternidade/maternidade melhorada; Diarréia interrompida; Padrão de higiene melhorado; Vômito interrompido; Desenvolvimento nível esperado; Crescimento nível esperado; Hidratação melhorada; Nutrição nível esperado; Aumento no rendimento familiar; Apoio familiar melhorado*. As intervenções selecionadas foram: *Administrar terapia hidreletrolítica; Avaliar resposta à terapia hidreletrolítica (sinais de desidratação e estado geral); Investigar junto aos pais: capacidades; prontidão para aprender; barreiras para adesão (às orientações/tratamento); atitudes em relação ao regime de tratamento (da criança); atitudes acerca do estado nutricional (da criança); Investigar ambiente (casa); Reforçar adesão (aos cuidados com a criança); Ensinar sobre nutrição; Ensinar sobre regime de tratamento; Prover apoio social (encaminhar família)*. Elaboramos ainda: *Aferir peso da criança* a partir da versão 1.0 e *Suspender alimentação*, que não constava dos termos da CIPE 2.0. **Conclusão:** A NNN e CIPE permitem elaborar um plano de cuidado integral com uso de linguagem padronizada e valorização da capacidade de avaliação clínica do enfermeiro. Entre as potencialidades no uso da NNN identificamos o nível de detalhamento das definições e outros elementos que compõem essas classificações, o que pode favorecer a discussão e busca por conhecimento, com o esclarecimento de dúvidas, resgate de conceitos de fisiologia, patologia, entre outros. Destacamos a possibilidade de registro adequado da situação do paciente pelos DE da NANDA, os elementos fornecidos para avaliação pelos indicadores da NOC e o nível de detalhamento das intervenções pelas atividades apresentadas na NIC. Como fragilidades, destacamos a dificuldade em identificar fatores relacionados/de risco e características definidoras da NANDA em diferentes situações, o grande número de resultados e intervenções passíveis de utilização a partir de apenas um DE, o que pode demandar muito tempo para a escolha e dificultar a implementação das mesmas na prática, além da dificuldade de registro diante da

**Trabalho 144 - 5/6**

extensão dos resultados e intervenções. Quanto a CIPE, apontamos como potencialidades poder retratar a situação do paciente de uma maneira rápida, a facilidade no estabelecimento dos diagnósticos e especialmente dos resultados e, assim, a facilidade de registro dos mesmos. As intervenções também podem ser elaboradas rapidamente, porém, consideramos necessário um detalhamento maior das mesmas. De qualquer forma, entendemos que a CIPE pode facilitar o registro dos fenômenos da enfermagem. Como dificuldades, identificamos que seus elementos apresentam definições sucintas, deixando, às vezes, dúvidas conceituais e a necessidade em buscar um detalhamento maior das intervenções. Entendemos que as classificações existentes podem ser complementares, especialmente em exercícios clínicos, seja nas atividades de ensino de graduação ou de educação continuada e que ambas requerem cuidado em relação ao uso raciocínio clínico para que não ocorra uma utilização automática, sem a devida individualização e o embasamento científico necessário para um cuidado de excelência. Consideramos que a proposta da CIPE de se trabalhar com catálogos para o planejamento do cuidado de grupos específicos de pacientes é pertinente e pode favorecer o uso da linguagem padronizada e o seu devido registro, não somente quando do uso da CIPE, mas também da NNN.

Referencia:

- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Deochterman JM, Maas M, Moorhead S, et al. Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Regina Machado Garcez, tradutora. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Diagnóstico de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2009-2011/Nanda Internacional.Regina Machado Garcez, tradutora. Porto Alegre: Artmed, 2010
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Marta Avena, tradutora. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem. Regina Machado Garcez. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008

**Trabalho 144 - 6/6**

- International Council of Nurses (ICN). International Classification for Nursing Practice. Version 2. [on line]. [cited 2010 jul 13]. Available from: URL: <http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/>

Palavras chaves: Processos de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Assistência ao Paciente.

Área do trabalho: Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

**Trabalho 145 - 1/3**

**O PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO A OPINIÃO DOS ENFERMEIROS DE UNIDADES DA REDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MA**

**<sup>1</sup>DIAS, R.S.; SILVA, H.Q.; SOUSA, S.M.A.; LOPES, M.L.H.; BRAGA, F.F.S**

A Enfermagem pode ser descrita como uma profissão de ajuda, complexa e multifacetada. Há uma variedade de elementos que entram em sua composição e em uma prática. Um desses elementos é cuidar, um constructo teórico considerado como central para Enfermagem, haja vista que para aqueles e aquelas que exercem a profissão, além de ser um imperativo moral pessoal, comum a todos os seres humanos, é também um imperativo moral profissional, não negociável <sup>1</sup>. Para usar o processo de Enfermagem os enfermeiros precisam entender e aplicar os conceitos e as teorias apropriadas da Enfermagem, das ciências biológicas, físicas, comportamentais e humanas. Esses conceitos e teorias propoem uma justificativa para tomada de decisão, o julgamento, os relacionamentos interpessoais e ações. Eles fornecem a estrutura para ampliar o cuidado de Enfermagem. O processo de cuidar em enfermagem em unidades hospitalares da rede pública em São Luís – MA segundo a opinião dos enfermeiros. Para atingir os objetivos da presente pesquisa, foi realizado um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados mediante a elaboração de um questionário com perguntas objetivas e subjetivas sobre a implementação do de Enfermagem. O processo de enfermagem é entendido como instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou dizer como nosso paciente responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais <sup>2</sup>. A pesquisa está fundamentada principalmente nos conceitos sobre processo de Enfermagem (P.E) de Vanda Aguiar Horta e George que abordam sobre as fases do P.E e os modelos teóricos utilizados na sua elaboração. Com objetivo de identificar a implementação do Processo de Enfermagem no atendimento aos pacientes das clínicas médico-cirúrgica no atendimento aos pacientes em hospitais da rede pública de São Luis – MA - Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra e Hospital Dr. Djalma Marques - durante um mês. O levantamento da população foi estabelecido pela escala de plantões diurnos. A seleção dos enfermeiros foi por amostragem aleatória simples. A coleta foi estabelecida por questionário com perguntas referentes à situação em que o profissional se encontra no exercício da enfermagem, os dados de identificação, tempo de trabalho na unidade,

<sup>1</sup>Rosilda Silva Dias, Enfermeira, Mestre em Políticas Públicas, Professora de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Rua do Aririzal Cond. Ferrazzi Casa 86 Túru. São Luís-MA.  
Email:rsilvadias@ig.com.br

**Trabalho 145 - 2/3**

sócio-econômico e questões sobre atividade profissional do Enfermeiro relacionado com o Processo de Enfermagem. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HU da Universidade Federal do Maranhão. Os dados foram codificados no programa do Word e Microsoft Office Excel, versão 2003. Os resultados mostraram que 66,6% dos enfermeiros têm menos de 5 anos de formação. Que do total 44,4% concluíram curso de especialização. Dos entrevistados 55,5% haviam utilizado o processo de Enfermagem e 11,1% referiram ser impossível utilizar o P.E nas unidades pesquisadas, 72,3% dos entrevistados referiram não ter apoio da instituição para a implementação do processo de enfermagem o que retrata uma assistência prejudicada. Entretanto, 55,6% afirmam realizar na prestação da assistência a evolução e implementação. O diagnóstico de enfermagem é a etapa do processo que os profissionais referiram utilizar menos. Quando perguntados sobre as dificuldades de implementação do histórico de enfermagem 50% referiram que é a parte do processo com maior desafio, seguido do diagnóstico de enfermagem 38,7%. A opinião sobre a utilização da primeira etapa do processo 77,8%, referiram que é a busca de dados sobre os pacientes e afirmam que coletam esses dados antes de prestar a assistência aos pacientes, e que essa busca de dados deve ser feita na admissão do paciente <sup>3</sup>. Em relação aos registros dos dados coletados 88,% afirmam que repassam as informações para o prontuário, o que difere da literatura que afirma que a busca de dados é realizada de maneira informal e que por esse motivo não são transcritas o que interfere na elaboração. De todas as etapas do processo de Enfermagem as prescrições de Enfermagem. Quanto a elaboração de diagnóstico de enfermagem 61,1% dos enfermeiros estabelecem o diagnóstico baseado nos julgamentos sobre os problemas levantados durante a entrevista com paciente, tendo como base teórica North American Nursing Association – NANDA. Quando indagados se utilizavam o diagnóstico médico para estabelecer condutas 72,2%, afirmaram que sim o que reflete em perda na autonomia profissional. Que reflete numa sobrecarga de atividades, que não prioriza o que é preconizado em sua formação no curso de graduação em Enfermagem, e assim a equipe de Enfermagem ao invés de prestar atendimento ao paciente baseada na assistência planejada pelo enfermeiro, ou seja, na prescrição do cuidado de enfermagem, parece fundamentar a realização desse trabalho com base e na dependência da prescrição médica, mas com um relativo grau de independência em relação a coordenação e a supervisão do próprio enfermeiro. Essa atitude reflete quando se avalia a implementação de Enfermagem enquanto fase do Processo 61,1%, responderam que

**Trabalho 145 - 3/3**

não realizam as intervenções específicas da enfermagem. Quanto às prescrições de Enfermagem observou-se que 44,4% não prescrevem condutas isso reflete a desvalorização que o próprio enfermeiro e das demais categorias que compõem a assistência ao paciente quantos aos registros feitos pelo coordenador da equipe de enfermagem, outra justificativa que se tem é devido a falta de recursos humanos que impede de prestar uma assistência sistematizada. No entanto, mesmo com essas dificuldades 77,8% dos enfermeiros, referiram evoluir os pacientes. A maioria reportaram prestar a assistência de enfermagem com base no processo da teoria de Vanda Aguiar Hora 72,2%. Entretanto, quando questionados se o P.E está implementado na unidade clínico-cirúrgica, seu local de trabalho 61,1%, responderam que não, e dizem que tal situação dar-se por falta de recursos humanos 38,9% e 27,8% atribuíram a falta de impressos. Conclui-se que os entrevistados mesmo valorizando o processo de enfermagem, ainda se deparam com dificuldades de profissionais e apoio institucional. Reafirmamos o P.E é uma metodologia de trabalho indispensável para implementação de um cuidado eficaz e o aperfeiçoamento da prática profissional de Enfermagem, conferindo ao enfermeiro poder não só para a realização e registro do cuidado sistematizado, mais também para o trabalho em equipe e para contribuir com o desenvolvimento da ciência de Enfermagem.

Palavras Chaves: Processo de Enfermagem, Implementação, Assistência

2

---

<sup>21</sup> BRYYCZYNSKA, A. A brief overview of the epistemology of caring. In :caring:the compassion and wisdom of nursing Singular Publishing group 1997. <sup>2</sup> PAIM, L. Quantitativos e qualitativos do cuidado de Enfermagem. João Pessoa ED. UFPB, 1979. <sup>3</sup> HORTA, W.A. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979

**Trabalho 146 - 1/4**

**REFLEXÕES E PERSPECTIVAS SOBRE O ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO EM UM CURSO DE ENFERMAGEM**

Izabella Chrystina Rocha<sup>1</sup>  
Onislene Alves Evangelista de Almeida<sup>2</sup>  
Carla Beatriz Fernandes de Oliveira<sup>3</sup>  
Vanessa Neves de Lima<sup>4</sup>

O Curso de Enfermagem (CENF) do Campus Universitário do Araguaia (CUA) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) iniciou suas atividades em 2005 em período integral com uma turma de 30 alunos, oferta atualmente 45 vagas, e ainda está em processo de reconhecimento pelo Ministério da Educação. Trata-se, portanto, de um curso em conquista de espaços e firmando-se dentro da estrutura institucional nos aspectos administrativos e de formação de um corpo docente sólido. No entanto, evidencia-se como estratégico no âmbito da articulação entre academia e comunidade local ao se inserir nos serviços de assistência à saúde em todos os níveis de atenção nos municípios de Aragarças/GO, Pontal do Araguaia/MT e Barra do Garças/MT mediante a realização das práticas curriculares, as ações de extensão e de pesquisa inerentes à formação do profissional enfermeiro. O ensino de graduação em Enfermagem busca a (re)afirmação da profissão a partir de bases científicas definindo seu objeto e método de trabalho. Nessa perspectiva, o processo de enfermagem, instrumento essencial à profissão e legalmente incorporado ao exercício do enfermeiro, se configura como um método científico de orientação e qualificação da assistência de enfermagem provendo autonomia ao enfermeiro em sua prática. Tem sido definido como uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem, que é realizado por meio de cinco etapas interligadas: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução. O escopo deste trabalho pauta-se na reflexão sobre o processo de ensino da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) nas cadeiras de saúde do adulto e do idoso. Trata-se, portanto, de um relato de experiência das atividades do docente voltadas ao ensino teórico – prático de enfermagem nas referidas disciplinas no que se

<sup>1</sup> Professora Mestre do Curso de Enfermagem do Campus Universitário do Araguaia da Universidade Federal de Mato Grosso – CUA/UFMT.

<sup>2</sup> Enfermeira Especialista. Técnico-administrativo - CUA/UFMT.

<sup>3</sup> Acadêmica do curso de graduação em enfermagem - CUA/UFMT – Rua João Vieira de Moraes n° 589 Setor Bela vista – CEP: 76240-000 Aragarças -GO - email: carlabeatriz18@hotmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica do curso de graduação em enfermagem - CUA/UFMT.

**Trabalho 146 - 2/4**

ao método de trabalho específico da profissão. No CENF/CUA a disciplina de enfermagem na saúde do adulto e do idoso, com enfoque clínico, ministrada em teoria no quinto período e na prática de campo no sexto período, aborda este assunto de forma sistemática atrelando o processo a cada conteúdo ministrado fazendo com que os discentes tenham oportunidade de pensar criticamente a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) adequando-a às particularidades de cada realidade. Utilizam-se os aportes teóricos de Nanda e Carpenito para o desenvolvimento e aplicação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem. Como estratégias de ensino destacam-se a aula expositiva por meio de recurso áudio-visual e estudos de caso com apresentação oral do mesmo. A aplicação prática do processo se concretiza durante a disciplina “Prática de Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso” onde os discentes durante a prática assistencial são impelidos a executar o processo de enfermagem em todas as suas etapas até o final da disciplina, parâmetro também utilizado na avaliação final da mesma. Entretanto, denota-se a ausência de um marco conceitual que possa embasar o ensino da sistematização e do próprio gerenciamento da assistência na perspectiva de alguma teoria de enfermagem, citando-se Wanda de Aguiar Horta como a que melhor se adequaria às peculiaridades do curso e da região e que de certa forma, apresenta alguns pontos de semelhança na metodologia já aplicado na disciplina. Sabe-se que atrelar a teoria da SAE a sua concretização instrumentalizando o aprendiz para aplicação do processo de enfermagem enquanto ferramenta de trabalho indispensável na confirmação da profissão enquanto ciência é essencial para a construção de um profissional reflexivo e autônomo. No entanto, percebe-se a falta de correspondência entre o preconizado no ensino formal e o realizado no trabalho cotidiano, indicando a necessidade da articulação entre a teoria e a prática e a busca de estratégias que minimizem esse distanciamento. Diante dessas considerações, refere-se que o conhecimento acerca do tema é inapropriado para o avanço do seu estudo na disciplina por parte dos discentes, uma vez que o mesmo é pouco abordado nas séries iniciais já que não há previsto na grade curricular uma disciplina que trate especificamente da SAE. Assim os alunos se mostram permeados de dúvidas e até mesmo com informações desarticuladas e equívocas a respeito da aplicabilidade do processo de enfermagem e sua articulação com a profissão. Atrela-se a esse cenário, uma carga horária escassa para a disciplina e sobrecarga de encargos dos docentes do curso, contribuindo na

**Trabalho 146 - 3/4**

propagação da SAE como um assunto subvalorizado e desarticulado da prática profissional para o graduando que avança em sua formação. Estudos apontam que há fragmentação entre o saber e o fazer, onde se tem a construção do conhecimento dentro dos limites da disciplina, seguindo a desarticulação entre os conteúdos de disciplinas distintas, mantendo-se a reprodução do modelo do saber fazer desprovido de reflexão e crítica. Alguns autores, observando a formação do enfermeiro, confirmam que o aluno tem saído da graduação sem o amplo conhecimento necessário para colocar em prática o método específico de sua especialidade, que qualifica sua atividade junto aos pacientes, transmitindo-lhes confiança e segurança. Aponta-se como um dos caminhos para a implementação eficaz, a integração docente-assistencial, ou seja, a integração entre as faculdades e as instituições de saúde que servem de campo de estudo para os futuros enfermeiros. Como perspectivas a partir do remodelamento da estrutura curricular pelo qual passa o curso espera-se a transformação dessa situação com a introdução de uma disciplina que trate especificamente da SAE nas séries iniciais ou mesmo que o conteúdo seja ministrado gradativamente no decorrer do curso de modo a torná-lo mais efetivo, que haja maior articulação interdisciplinar na abordagem do assunto principalmente relativo à aplicabilidade do mesmo entre teoria e prática, que as estratégias de ensino se adequem aos avanços do conhecimento pedagógico e às necessidades dos alunos, que a SAE seja tema de pesquisa, extensão e discussão na comunidade acadêmica de enfermagem da instituição com vistas à implementação da consulta de enfermagem como método de ensino-aprendizagem do processo de enfermagem em todas as áreas de estudo.

KOERICH, Magda Santos et al. **Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2007.

LEADEBAL, Oriana Deyze Correia Paiva; FONTES, Wilma Dias de; SILVA, César Cavalcanti da. **Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010.

LEDESMA-DELGADO, Ma. Elena; MENDES, Maria Manuela Rino. **O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro: construindo seu significado na**

**Trabalho 146 - 4/4**

**perspectiva das enfermeiras assistencias.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, jun 2009.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do et al. **Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 4, dez. 2008.

POKORSKI, Simoni et al. **Processo de enfermagem: da literatura à prática. O que de fato nós estamos fazendo?.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, jun 2009.

**Palavras-chave:** Ensino. Processos de Enfermagem. Educação em Enfermagem.

**Área temática 2:** Implementação da Sistematização da Assistência de enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

**Trabalho 147 - 1/3**

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE): percepção dos enfermeiros. PEIXOTO, RITA DE CÁSSIA BATISTA DE OLIVEIRA; SANTANA, JULIANA MARIA; MAGALHÃES, WANESSA KARINY LIMA

Historicamente a enfermagem passou por diversos tipos de transformações baseadas nos contextos socioeconômicos de cada país, porém, com várias influências. Vários estudos vêm mostrando a relevância da enfermagem em possuir um corpo de conhecimento científico e atitudes que possam resguardar sua autonomia, seu caráter, sua competência e seu reconhecimento social <sup>1</sup>. Analisando o cenário atual, percebe-se que essas resoluções por si só, talvez não ofereçam todo o apoio que a implantação da SAE exige, pois muitos fatores têm desencadeado dificuldades práticas tanto de implantação quanto de implementação dessa atividade nas instituições de saúde mesmo, quando a operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidenciam a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional. No entanto, em Alagoas, essa realidade é diferente, pois há ausência de pesquisas e publicações relacionadas a esse tema, o que aponta a necessidade de evidenciar a percepção da realidade concreta dos enfermeiros inseridos no serviço sobre o assunto, até mesmo ressaltando o quanto se faz necessária à realização de programas de capacitação, juntamente com a equipe de educação permanente nas unidades hospitalares. A escolha deste tema deve-se aos autoquestionamentos quanto à aplicabilidade dessa sistematização científica advindos da vivência nos estágios e de literaturas relacionadas ao tema. Observa-se que apesar de haver amparo legal, para uma prática de enfermagem de forma sistematizada nas instituições públicas e privada de saúde brasileiras, ainda é bastante limitada. Observando esta realidade, não é difícil perceber que há uma dissociação na práxis da Sistematização da Assistência de Enfermagem, no que diz respeito ao conteúdo ministrado e exigido na graduação, versus o que é realizado na prática diária da enfermagem nos hospitais. Diante dos pontos acima expostos surgiu o interesse de um aprofundamento em tal tema, através de um estudo que teve-se como questão problema: qual a percepção dos enfermeiros frente à importância da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem? Sendo assim, este estudo tem como objetivo evidenciar a realidade dos enfermeiros frente à relevância da implementação da SAE, observando o conhecimento adquirido acerca da SAE na graduação, destacando a necessidade e a viabilidade da implantação do Processo de Enfermagem como forma de sistematizar a assistência de enfermagem. E ainda identificar os fatores considerados pelos enfermeiros como obstáculos para implementação da SAE. Para a realização do estudo foi realizada uma pesquisa de campo descritiva de análise quantitativa com a finalidade de identificar a percepção de enfermeiros frente à importância da implementação da SAE. A coleta de dados

### Trabalho 147 - 2/3

foi realizada com aplicação de um questionário. Responderam ao questionário dezessete enfermeiros, em sua maioria, diaristas da manhã e da tarde dos hospitais. Os setores que foram alocados: unidades de internação, urgência 24 horas, unidade de terapia intensiva, bloco cirúrgico e maternidade. Sob esse contexto os enfermeiros sujeitos do estudo, ou seja 82% tiveram a oportunidade em suas Instituições de Ensino Superior o acompanhamento deste processo de reflexão sobre o currículo, portanto, parte-se da premissa que este sujeito tem a base do conhecimento necessário para incorporar a sua prática o que determina a lei do exercício profissional e as demandas fundamentadas de seu currículo, as da SAE. No Brasil, o ensino do Processo de Enfermagem, nas escolas de graduação e também em cursos de pós-graduação, teve desenvolvimento acentuado na década de 70. Ficou registrada a influência de Wanda Horta nesse período, em vários acontecimentos, dentre os quais se ressalta a participação da professora Horta, em 1972, na Escola Ana Néri, que instituiu o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, no Brasil <sup>2</sup>. Observa-se que do total de 17 enfermeiros, 14 tem menos de cinco anos de tempo de serviço, correspondendo a 82%, dois corresponde a 12% que tem de 5 a 10 anos e um referente a 6% mais de 20 anos. Percebe-se que a maioria dos enfermeiros tem pouco tempo de finalizada a graduação, indicando que provavelmente tiveram acesso aos elementos de que se fazem necessário para o conhecimento e implantação da SAE e aplicação do Processo de Enfermagem em seus locais de trabalho. Evidencia-se que 94% das enfermeiras têm a consciência da implementação da SAE, pressupondo que tiveram acesso nas suas grades curriculares do conteúdo, pois 82% tem menos de 5 anos de formação e permitindo gerar reflexão e compreensão de transformar a prática assistematizada do dia a dia. Quando perguntados se conhecem as teorias de enfermagem, 13 responderam que sim, correspondendo a 76%, 1 respondeu que não, correspondendo a 6%, 2 responderam não sei, correspondendo a 12% e respondeu não quero responder, correspondendo a 6%. <sup>3</sup> coloca que as teorias auxiliam na sistematização, pois facilitam e direcionam a organização das observações realizadas na prática e na condução das ações, e sem as quais a prática torna-se caótica e desintegradora. Apenas 29% dos enfermeiros disseram que implementam a SAE contra 73% disseram que não. Alguns profissionais dizem que tentam aplicar algumas fases do processo nos pacientes mais graves do setor de forma assistematizada. Alguns dos empecilhos ressaltados para a implementação do processo de enfermagem pelos profissionais foram: capacitação dos enfermeiros, quantidade de clientes, falta de continuidade, falta de obrigatoriedade da instituição, aceitação médica, sobrecarga de trabalho, falta de pessoal. Mesmo a enfermagem tendo autonomia, ainda se encontra muitos profissionais submissos ao

**Trabalho 147 - 3/3**

modelo biomédico. Hoje a prática de enfermagem está centrada no cuidado e no tratamento que são disponibilizados aos seres humanos, dando ênfase no cuidado na integridade da pessoa, e não na doença, quebrando de forma crítica o até então tradicional paradigma biomédico <sup>4</sup>. Os resultados indicam que os enfermeiros possuem ciência da importância da implementação da SAE, entretanto, os empecilhos apontados por eles impossibilitam essa prática. Os enfermeiros necessitam se comprometer mais com sua profissão com as exigências que existem nela, para que dentro da equipe multidisciplinar consigam convencer os outros profissionais da importância da implantação do Processo de Enfermagem. Considerando que existem ainda muitas lacunas na produção científica sobre o tema, em especial na análise e na concentração do poder dentro das instituições e sua interferência na implementação da SAE, ainda há muitos questionamentos relevantes a serem discutidos e estudados, o que levará a novas pesquisas principalmente no estado de Alagoas.

Referência

- 1 Uchôa M G, Lemes M M A visão dos enfermeiros que trabalham em unidade hospitalar pública sobre a sistematização da assistência de enfermagem. [monografia]. Goiás: Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Católica de Goiás, 2004.
- 2 Dell.acqua M C Q, Miyadahira A M K Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de SÃO PAULO, Revista Latino-americana de Enfermagem, São Paulo, n. 10, v. 2, p. 185-91, março-abril, 2002.
- 3.Leopardi M T Teorias de Enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis, Para Livros, 1999, 228p.
- 4.Cianciarullo T, et al. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001.

PALAVRAS-CHAVE: Sistematização. Assistência. Enfermagem. Implementação

Área temática.

2. Implementação da sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação

Trabalho 148 - 1/7

**REFLEXÕES SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM  
ENFERMAGEM: ÊNFASE NAS IMPLICAÇÕES DA  
IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO**

Belisa Maria da Silva Melo<sup>1</sup>, Ivanilda Sepúlveda Gomes<sup>2</sup>, Grazielle Roberta Freitas da  
Silva<sup>3</sup>, Maria Helena Barros Luz<sup>4</sup>, Claudete Ferreira de Sousa Monteiro<sup>5</sup>

**RESUMO**

Ao passo que a enfermagem vem evoluindo e se consolidando como ciência, sua base se da pela preocupação de algumas enfermeiras que marcaram sua história, principalmente em relação ao desenvolvimento das teorias que aparecem como instrumento principal para a realização do processo de enfermagem, processo este que recebe várias definições, dependendo do ponto de vista de cada um<sup>1</sup>. O processo de enfermagem vem como uma forma de organizar as práticas do cuidado, baseado nos interesses, necessidades e valores do cliente, incluindo família e comunidade. É colocado em prática pela Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), como uma forma de solucionar problemas pelas etapas que o compõe como investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, que proporcionam uma forma eficaz de prestar o cuidado<sup>2</sup>. Existem questionamentos no meio da enfermagem sobre a necessidade do estudo e desenvolvimento do processo de enfermagem, que são necessários durante a prática profissional. Todas as dúvidas em relação ao processo e assistência de enfermagem tornam-se incipientes, quando são destacadas as dificuldades que os discentes e profissionais de saúde têm em definir o que realmente vem a ser o processo de enfermagem. Atualmente, o grande impasse dos que confiam na implantação da SAE é que se possa fazer uso do PE não por ser um instrumento necessário de trabalho, devido à resolução ou para alcançar outros interesses, e sim

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Saúde da Família – IBPEX, Teresina – PI. Mestranda em Enfermagem - UFPI, Teresina-PI. Rua Eletricista Guilherme 559, Bairro de Fátima. Email: [belisinhamelo@hotmail.com](mailto:belisinhamelo@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem (UFPI). Enfermeira da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

**Trabalho 148 - 2/7**

como forma de se prestar uma assistência de qualidade baseada em evidências científicas, fatores que valorizam e fornecem autonomia à nossa profissão.

**OBJETIVOS:** Este artigo tem como objetivos refletir criticamente sobre a SAE e as ferramentas que fazem parte desse processo e enfatizar os fatores que implicam em sua implementação.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um artigo de reflexão, baseado no seminário realizado sobre a temática Sistematização da Assistência em Enfermagem e no grupo de discussão sobre o mesmo, durante a aula da disciplina Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Cuidado em Enfermagem, no Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) no primeiro semestre de 2010. Para facilitar a compreensão dessa reflexão, o artigo foi elaborado nos seguintes capítulos: Operacionalizar para Sistematizar, Utilidades dos Sistemas de Classificação e Implicações da Sistematização da Assistência em Enfermagem. Para a elaboração do artigo de reflexão, foram utilizados como referenciais para embasar o texto, livros, revistas e artigos encontrados no Scielo a partir de 2004.

**RESULTADOS:** Operacionalizar para Sistematizar: A Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) objetiva atender a exigências legais da profissão e conceder práticas inovadoras para o processo do cuidado, deixando de lado os velhos modelos de assistência e a fragmentação dos saberes. A operacionalização do processo de enfermagem se dá por etapas ou fases, variável no que diz respeito ao número e a terminologia utilizada, dependendo do referencial teórico. De forma geral, os autores consideram o PE dividido em investigação ou histórico, diagnóstico, intervenção ou implementação e evolução ou avaliação<sup>3</sup>. A divisão do processo em etapas é realizada apenas para questões didáticas, tendo em vista que na prática, é dinâmico com fases inter-relacionadas. Para obter uma linearidade e um bom trabalho de todas as suas etapas, é necessário realizar de forma completa a coleta de dados, que corresponde à primeira etapa, um momento não só se colhe informações, mais uma forma de aproximar os sujeitos que participam do processo, para isso, é necessário que o

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Saúde da Família – IBPEX, Teresina – PI. Mestranda em Enfermagem - UFPI, Teresina-PI. Rua Eletricista Guilherme 559, Bairro de Fátima. Email: [belisinhamelo@hotmail.com](mailto:belisinhamelo@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem (UFPI). Enfermeira da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

**Trabalho 148 - 3/7**

enfermeiro entenda a importância dessa fase e adquira habilidades para desenvolvê-la<sup>4</sup>. Assim, urge a necessidade da realização da SAE de forma simultânea, afinal, não se trabalha de forma isolada um ser que é integral e é este enfoque humanístico que ajuda a assegurar que as intervenções sejam realizadas para o indivíduo e toda sua conjuntura, tornando assim as etapas do processo, subsídios para a implementação da SAE. Utilidade dos Sistemas de Classificação: As demandas atuais dos serviços apontam para o aprimoramento da SAE, tornando-se necessária a adoção dos sistemas de classificação para descrever e padronizar as ações de enfermagem, permitindo o uso de uma linguagem única, que favorece a comunicação em todo o mundo. Dentre os benefícios que os sistemas de classificação podem trazer para a nossa prática profissional, está o favorecimento para a unificação dos dados de planejamento, a possibilidade de desenvolvimento de pesquisas e o processo de ensino-aprendizagem profissional, tudo isso, conferindo ao cuidado o embasamento científico. A enfermagem busca nos sistemas de classificação uma forma de se afastar das técnicas e do tratamento curativo descontextualizado que vem fazendo parte de sua prática há anos<sup>5</sup>. A fim de padronizar a linguagem que rege a prática de enfermagem, foram criados alguns sistemas de classificação, dentre eles: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC), a Nursing Outcomes Classification (NOC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Entretanto, mesmo sendo essenciais para o embasamento científico de nossa prática, as classificações são vistas na realidade brasileira, ainda como algo de difícil compreensão, principalmente no que diz respeito à forma de aplicação. Afinal, fica complicado entender os sistemas de classificação, ainda com a deficiência de conhecimento e prática da própria SAE e suas etapas, que são inerentes a todo esse processo de reestruturação. Tendo como pressuposto a concepção da necessidade de um sistema de classificação que unifique as práticas de enfermagem em âmbito internacional, surge a CIPE, que engloba fenômenos, ações e resultados de enfermagem, permitindo a descrição e caracterização de sua prática em todo o mundo. A utilização dos sistemas de classificação ainda é

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Saúde da Família – IBPEX, Teresina – PI. Mestranda em Enfermagem - UFPI, Teresina-PI. Rua Eletricista Guilherme 559, Bairro de Fátima. Email: [belisinhamelo@hotmail.com](mailto:belisinhamelo@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem (UFPI). Enfermeira da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

**Trabalho 148 - 4/7**

prematura em nosso meio, restringindo-se apenas às pesquisas e a reflexões principalmente nos cursos de pós- graduação. Contudo, a espera de um resultado imediato não pode consumir toda a esperança em tornar a prática de enfermagem reconhecida, respeitada e unificada mundialmente proporcionando maior solidez à nossa profissão e diversificando a expressão de seus conceitos. Implicações da Sistematização da Assistência em Enfermagem: Embora a maioria dos profissionais esteja ciente da importância da SAE na organização do serviço de enfermagem, o processo de sua implantação ainda carece de estratégias e subsídios que possam nortear esse plano assistencial. Todo esse processo de desconstrução e construção norteador por exigências torna-se um grande obstáculo no plano assistencial, pois o enfermeiro para prestar uma assistência de qualidade fazendo uso da SAE, precisa estar inserido na realidade concreta de forma consciente, técnica e competente. Um dos fatores necessários para que esse processo seja implementado estão relacionados com aspectos que envolvem o ensino em enfermagem<sup>1</sup>. Apesar das instituições de ensino terem incorporado a SAE em sua matriz curricular, muitos docentes têm a dificuldade de encontrar uma metodologia que consiga estreitar a teoria com a prática. Assim, mesmo que o ensino seja focado no nível ideal de sistematização, a prática de trabalho nas instituições gera insegurança nos discentes, afinal, mesmo o ensino da teoria sendo centrado em um ideário, quando chegam ao local onde o ensino prático vai ser executado, a realidade é contrária com a expectativa apresentada e adquirida pelo discente, pois a preocupação está geralmente focada no desenvolvimento de habilidades técnicas. Na realidade prática, parece ser complicado estabelecer a sistematização em todas as rotinas, principalmente quando a demanda é superior aos recursos humanos existentes<sup>3</sup>. Dessa forma, é essa questão finda por ser mais uma dificuldade para implementação da SAE, a quantidade de profissionais disponíveis na instituição de saúde para executar as atividades que esse método exige, relativas à necessidade de tempo para a coleta e registro de dados. Em suma, as fases do planejamento para a implantação da SAE revelam um processo bastante complexo, e que antes de qualquer coisa, faz-se necessário conhecer a estrutura institucional onde ela

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Saúde da Família – IBPEX, Teresina – PI. Mestranda em Enfermagem - UFPI, Teresina-PI. Rua Eletricista Guilherme 559, Bairro de Fátima. Email: [belisinhamelo@hotmail.com](mailto:belisinhamelo@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem (UFPI). Enfermeira da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

**Trabalho 148 - 5/7**

será implantada. Além disso, é preciso conhecer os aspectos que possam contribuir na sua implantação e os que podem prejudicá-la. A sistematização ocorre ainda de forma isolada, o que indica a necessidade de reorganização do ensino-aprendizagem e de realização da educação permanente dos enfermeiros como forma de buscar a melhoria para a prestação de uma assistência de qualidade voltada para métodos científicos.

**CONCLUSÃO:** Ao refletir sobre o processo, as principais dificuldades encontradas em relação à implantação da SAE foram: demanda do serviço, dificuldade de sensibilização profissional, desvalorização do profissional, falta de capacitação desde os cursos de graduação e resistência a mudanças. Mesmo com esses desafios frequentes, pode ser visto conquistas alçadas ao longo dos últimos anos, e estas estão relacionadas à visão da SAE como um movimento dinâmico que traz suporte e melhorias para a qualidade da assistência, representando uma das maiores conquistas da enfermagem. Como sujeito articulador da SAE, o enfermeiro necessita aprofundar a prática e os saberes para tornar viável o desenvolvimento do processo. Isso implica na necessidade de constantes reflexões sobre a temática e desenvolvimento de habilidades práticas para a realização dos primeiros passos visando adquirir segurança, sensibilização e ações reflexivas na prática profissional. Atingir a qualidade na assistência de enfermagem por meio da SAE é apenas uma das conquistas da sua utilização, pois muitos autores justificam sua relevância em diversos outros benefícios, relacionados não só à assistência ao paciente, mas à profissão e aos profissionais da enfermagem.

**Palavras-Chave:** Enfermagem. Processo de Enfermagem. Sistematização da Assistência em Enfermagem.

**SUB-TEMA 2:** Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Saúde da Família – IBPEX, Teresina – PI. Mestranda em Enfermagem - UFPI, Teresina-PI. Rua Eletricista Guilherme 559, Bairro de Fátima. Email: [belisinhamelo@hotmail.com](mailto:belisinhamelo@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem (UFPI). Enfermeira da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

## Trabalho 148 - 6/7

## REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup>HERMINDA, P. M. V. **Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2004. Disponível em: [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br). Acesso em: 18/06/2010.
- <sup>2</sup>ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- <sup>3</sup>TENNURE; GONÇALVES. **Sistematização da Assistência em Enfermagem**. 2008.
- <sup>4</sup>CRUZ, D. A. L. M; PIMENTA, C. A. M. **Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico**. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2005. Disponível em: [www.scielo.org](http://www.scielo.org) Acesso em: 21/06/2010.
- <sup>5</sup>BARROS, A. L. B. L. **Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC**. Acta Paulista de Enfermagem. 2009. Disponível em: [www.scielo.com](http://www.scielo.com). Acesso em: 19/06/2010

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Saúde da Família – IBPEX, Teresina – PI. Mestranda em Enfermagem - UFPI, Teresina-PI. Rua Eletricista Guilherme 559, Bairro de Fátima. Email: [belisinhanelo@hotmail.com](mailto:belisinhanelo@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem (UFPI). Enfermeira da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

**Trabalho 148 - 7/7**

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Saúde da Família – IBPEX, Teresina – PI. Mestranda em Enfermagem - UFPI, Teresina-PI. Rua Eletricista Guilherme 559, Bairro de Fátima. Email: [belisinhamelo@hotmail.com](mailto:belisinhamelo@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem (UFPI). Enfermeira da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

Trabalho 149 - 1/4

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS A COMPONENTES E SISTEMAS COMPLEXOS DA TEORIA DE ROY EM PACIENTES CORONARIOPATAS NA HEMODINÂMICA<sup>1</sup>

Mirna Fontenele de Oliveira<sup>2</sup>

Lúcia de Fátima da Silva<sup>3</sup>

Marcos Venícios de Oliviera Lopes<sup>4</sup>

Maria Célia de Freitas<sup>5</sup>

Paulo César de Almeida<sup>6</sup>

Ana Cleide Silva Rabêlo<sup>7</sup>

INTRODUÇÃO: Como uma profissão de ajuda, a Enfermagem possibilita a seus profissionais estarem com outra pessoa em diversos momentos da vida e, conseqüentemente, de cuidado. Vários elementos estão envolvidos na sua composição e prática, e dentre estes, o cuidar é tido como o centro para a prática da enfermagem, além de ser um direcionamento moral, pessoal e profissional <sup>(1)</sup>. Um dos contextos em que o enfermeiro encontra seres cuidados são as unidades de hemodinâmica, onde pessoas portadoras de coronariopatias são submetidas a intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas. Diante da magnitude das doenças coronárias em nosso meio social, emergiu a necessidade de se ampliar o conhecimento acerca da experiência adaptativa desses pacientes no ambiente da Hemodinâmica. Assim, a presente investigação voltou-se para a utilização das tecnologias de cuidado: classificação das práticas de diagnósticas e teorias de enfermagem com vistas a subsidiar o cuidado a esta clientela.

OBJETIVOS: Descrever os pacientes, segundo as variáveis sociodemográficas e de adoecimento coronário presentes nos pacientes acometidos de doença da artéria coronária assistidos em um Laboratório de Hemodinâmica; Identificar os diagnósticos

<sup>1</sup> Extraído da Dissertação de Mestrado: Enfermagem em Laboratório de Hemodinâmica: prática clínica de diagnosticar e intervir fundamentada em Callista Roy, defendida no Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). O estudo recebeu financiamento do CNPq (Edital Jovem Pesquisador 2008).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente dos Cursos de Graduação e do CMACCLIS da UECE. Enfermeira do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS)-UECE. Endereço: Av. Rogaciano Leite, 980, apto 202. Salinas. Fortaleza-CE. Email: luthy2008@hotmail.com.

<sup>4</sup> Enfermeiro. Pós-doutor em Estatística. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisador PQ do CNPq.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente dos Cursos de Graduação e do CMACCLIS da UECE. Pesquisadora do GRUPEESS-UECE.

<sup>6</sup> Estatístico. Doutor em Saúde Pública. Docente dos Cursos de Graduação e do CMACCLIS da UECE. Pesquisador do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS)-UECE.

<sup>7</sup> Acadêmica de Enfermagem da UECE. Bolsista IC/UECE. Membro do GRUPEESS.

**Trabalho 149 - 2/4**

de enfermagem, de acordo com a Taxonomia II da NANDA, e associá-los aos componentes e sistemas complexos do modo físico-fisiológico de Callista Roy. A escolha desta teoria se justifica pelo fato de esta teoria de enfermagem <sup>(2, 3)</sup> oferecer subsídios para implementação de um cuidado humanizado e sistematizado, entre outros, aos pacientes acometidos por doenças coronarianas que, por se encontrarem em situação potencialmente crítica, possuem necessidades prioritárias, como a recuperação física e o afastamento do risco de vida.

**MATERIAL E MÉTODO:** Trata-se de estudo do tipo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido entre julho e setembro de 2009, em uma amostra de 233 pacientes, abordados no momento que antecedia algum procedimento invasivo no Laboratório de Hemodinâmica de um hospital público de Fortaleza-CE. O instrumento de coleta de dados permitiu identificar os problemas comuns de adaptação, os quais embasaram o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, bem como possibilitou a associação destes diagnósticos aos componentes e sistemas complexos do modo físico-fisiológico de Roy. O projeto original do estudo foi aprovado em comitê de ética e todos os preceitos relacionados à obediência ético-legal dos estudos desenvolvidos com seres humanos foram considerados.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A pesquisa revelou predomínio do sexo masculino, que viviam com companheira, na faixa etária de 26 a 59 anos, procedentes do interior do Estado do Ceará, católicos, com escolaridade fundamental, trabalhadores e com renda de até um salário mínimo. Quanto ao adoecimento coronário, o diagnóstico clínico mais frequente foi o infarto agudo do miocárdio. Os principais problemas adaptativos referiram-se aos componentes oxigenação, nutrição e atividade/repouso, e ao sistema complexo sentido. Identificaram-se 27 diagnósticos de enfermagem, distribuídos em cinco componentes (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade/repouso e proteção) e dois dos quatro sistemas complexos (sentidos e neurológico). À medida que os enfermeiros investigam e coletam os dados sobre os indivíduos, identificam os sinais e sintomas ou as características definidoras dos conceitos dos diagnósticos de enfermagem. Os fatores ou variáveis que influenciam os diagnósticos são interligados à história, aos relatos e a outras evidências. Essas variáveis oferecem o contexto, os fatores relacionados, que são combinados com as características definidoras para compor os diagnósticos de enfermagem. Quando é necessário prevenir

**Trabalho 149 - 3/4**

um problema em potencial, os enfermeiros tratam os fatores relacionados de risco com intervenções para a prevenção ou redução do seu impacto<sup>(4)</sup>. Os diagnósticos de enfermagem encontrados nesta investigação tiveram frequência relativa variável de 0,4 a 100%. Estes foram divididos em dois grupos, conforme sua frequência de acontecimento. No primeiro grupo, constaram dez diagnósticos de enfermagem, todos com frequência superior a 30%. São eles: risco de infecção, risco de sangramento, comunicação verbal prejudicada, risco de intolerância a atividade, dor aguda, risco de perfusão tissular cardíaca diminuída, déficit no autocuidado para banho, ansiedade, dentição prejudicada e conforto prejudicado; no segundo grupo, incluíram-se dezessete diagnósticos de enfermagem, com frequência abaixo de 30%. Eis-los: risco de sofrimento espiritual, medo, integridade da pele prejudicada, intolerância a atividade, risco de integridade da pele prejudicada e padrão respiratório ineficaz; mobilidade física prejudicada, deambulação prejudicada, mucosa oral prejudicada, desesperança, memória prejudicada, risco de aspiração, náusea, fadiga, eliminação urinária prejudicada, diarreia e risco de choque. A associação dos diagnósticos de enfermagem identificados com os componentes e sistemas complexos do modo físico-fisiológico de Roy apontou maior número de diagnósticos nos componentes/sistemas complexos proteção e neurológico, cada um com seis: déficit no autocuidado para banho, dentição prejudicada, risco de infecção, integridade da pele prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada e mucosa oral prejudicada – para proteção; e ansiedade, desesperança, risco de sofrimento espiritual, medo, memória prejudicada e conforto prejudicado – para neurológico. Em seguida, identificaram-se cinco diagnósticos relacionados ao componente atividade e repouso: risco de intolerância a atividade, intolerância a atividade, deambulação prejudicada, mobilidade física prejudicada e fadiga; quatro diagnósticos relacionados ao sistema complexo eliminações: diarreia, eliminação urinária prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada e risco de sangramento; três diagnósticos relacionados ao componente nutrição: náusea, risco de aspiração e conforto prejudicado; três diagnósticos relacionados ao componente oxigenação, que foram: risco de perfusão tissular cardíaca diminuída, padrão respiratório ineficaz e risco de choque; e três diagnósticos relacionados ao sistema complexo sentidos: comunicação verbal prejudicada, dor aguda e deambulação prejudicada. Não foi possível inferir diagnóstico para o sistema complexo líquidos e eletrólitos. Note-se porém: um mesmo

**Trabalho 149 - 4/4**

diagnóstico de enfermagem esteve presente em mais de um componente/sistema complexo, como foi o caso do risco de integridade da pele prejudicada, presente no componente proteção e no sistema complexo eliminação; da deambulação prejudicada, presente no componente atividade e repouso e no sistema complexo sentidos; e do conforto prejudicado, presente no componente nutrição e no sistema complexo neurológico. Tal achado revela as áreas de maior vulnerabilidade a problemas adaptativos e demonstra a interligação entre os diferentes aspectos, pelos quais a adaptação dos pacientes diante do processo saúde-doença é analisada. Conforme se acredita, este último justifica-se pelo fato de um mesmo estímulo influenciador poder ter repercutir em diferentes dimensões do ser humano.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A identificação dos diagnósticos de enfermagem permitiu observar semelhança entre a denominação utilizada por Roy para descrever os problemas comuns de adaptação e os rótulos diagnósticos estabelecidos pela Taxonomia II da NANDA. Com o estudo, espera-se despertar reflexões futuras nos enfermeiros acerca do processo de adaptação dos pacientes com adoecimento coronário atendido em Laboratório de Hemodinâmica, alertando-os para a utilização das tecnologias próprias da enfermagem, como as Teorias de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com vistas à melhoria do cuidado oferecido.

**REFERÊNCIAS:**

- 1 Waldow VR. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, Vozes; 2004.
- 2 Roy C, Andrews HA. The Roy adaptation model: the definitive statement. 2<sup>nd</sup> edition. Norwalk, Connecticut: Appleton e Lange; 1999.
- 3 Roy C. The Roy adaptation model. 3<sup>rd</sup> edition. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson; 2009.
- 4 North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.

**Palavras-chave:** Cardiologia, Adaptação, Diagnósticos de Enfermagem.

**Trabalho 150 - 1/5**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM MÉTODO PARA EFETIVAÇÃO DA  
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

CARNEIRO, Márcia Simão<sup>1</sup>, FERREIRA, Elisângela da Silva<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** Considerando a Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em ambientes públicos e privados, foi realizado um diagnóstico situacional sobre a vigência da SAE em instituições de saúde do estado do Pará. Observou-se que a grande maioria das instituições não tem a SAE implantada, e as que já têm, encontram inúmeras dificuldades para sua efetivação. Neste sentido o Conselho Regional de Enfermagem do Pará (CORENPA) por meio da Câmara Técnica Assistencial (CTA) buscou desenvolver um projeto de assessoria e/ou consultoria para a utilização e implementação da SAE em instituições de saúde. A CTA propôs um método de trabalho pautado no Processo de Educação em Saúde, partindo das necessidades educativas de seu público alvo. A dinâmica do trabalho viabilizou a aquisição de novos conhecimentos para os facilitadores do processo por permitir o acesso às diferentes instituições, bem como aos profissionais de enfermagem. Através da vivência adquirida foi possível realizar uma análise crítica e construtiva, considerando os cenários de atuação e os perfis dos profissionais. **OBJETIVO:** Avaliar o processo educativo realizado pela CTA em instituições de saúde. **METODOLOGIA:** Estudo analítico na modalidade quanti-qualitativa. Foram utilizados questionários com questões abertas e fechadas. Os sujeitos de estudo foram enfermeiros e técnicos de enfermagem que participaram dos momentos educativos. A metodologia de trabalho da CTA baseou-se nas seguintes etapas: análise do perfil e problemas institucionais e de enfermagem; levantamento das necessidades educativas dos profissionais em relação a SAE; confecção de um plano de ação e plano educativo conforme a análise realizada; execução do plano de ação, que consistiu prioritariamente na realização da Educação em Saúde, contemplando teoria e prática; elaboração de propostas de impressos para a realização da SAE e utilização destes por meio de exercícios com os profissionais, viabilizando a construção coletiva; avaliação qualitativa e quantitativa da metodologia do trabalho através de instrumentos elaborados pela CTA e preenchidos pelos profissionais participantes. **RESULTADO E DISCUSSÃO:** Após solicitação ao CORENPA, cada Instituição recebeu a visita da CTA, com a finalidade de

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Professora Auxiliar da Universidade Federal do Pará. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Pará.

Endereço: Trav. Timbó, Conj. Crispim de Almeida casa 07, bairro Pedreira. Email: [marsimao@oi.com.br](mailto:marsimao@oi.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Residente em Enfermagem Oncológica do Hospital Ophir Loyola.

**Trabalho 150 - 2/5**

conhecer a realidade e formular um diagnóstico situacional. Desta forma, foi possível compreender os vários fatores que dificultam a utilização e/ou vigência da SAE, dentre eles, a necessidade de maior embasamento científico e metodológico por parte dos enfermeiros; necessidade de maior motivação para concretização do método; falta de instrumentos adequados para o registro das etapas da SAE; ausência de Programas de Educação em Saúde nas instituições de saúde; ausência ou ineficiência de Políticas Institucionais que sejam favoráveis à implantação da SAE; sobrecarga no serviço de enfermagem por excessos de burocracias; desvios de função; padrão de pessoal deficiente; dificuldade na escolha da metodologia adequada e na utilização de referencial bibliográfico compatível com o perfil da Instituição. Baseado nas necessidades educativas dos profissionais planejou-se a ação educativa com carga horária, data e horários condizentes com a realidade dos participantes. No momento educativo, antes das discussões foi aplicada uma prévia avaliação de conhecimento acerca do tema. Foi possível analisar por meio dos resultados, o déficit de conteúdos no que se refere ao amparo legal da SAE, suas etapas, vantagens e benefícios, envolvendo clientes, profissionais e instituições de saúde. Apesar da necessidade de maior embasamento teórico, observamos que todos os participantes reconheciam a importância da SAE e demonstraram motivação em participar do momento educativo. Ao final de cada encontro foi aplicado o mesmo teste, no qual foi possível observar uma maior assertividade nas respostas formuladas. No decorrer das atividades práticas observamos dificuldades no manuseio dos manuais de diagnósticos, na elaboração dos diagnósticos de enfermagem e na utilização dos impressos formulados. Após indagações e investigações sobre as dificuldades evidenciadas, detectamos que estas são as conseqüências do déficit de conhecimento da 1º etapa da SAE, que requer do profissional, habilidades cognitivas, afetivas e interpessoais, além da necessidade de aperfeiçoamento nas áreas de semiologia e semiotécnica. O conhecimento para o desenvolvimento da investigação, consiste como fator preponderante para a efetivação das outras fases da SAE. A elaboração do impresso Histórico de Enfermagem, que contemple o ser humano na dimensão Holística é um passo determinante para a formulação de um plano de cuidados que atenda efetivamente as necessidades do ser cuidado. Ressalta-se a necessidade de precaução na elaboração de impressos para utilização da SAE, no sentido de não seguir o modelo biomédico. Cabe a enfermagem

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Professora Auxiliar da Universidade Federal do Pará. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Pará.

Endereço: Trav. Timbó, Conj. Crispim de Almeida casa 07, bairro Pedreira. Email: [marsimao@oi.com.br](mailto:marsimao@oi.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Residente em Enfermagem Oncológica do Hospital Ophir Loyola.

**Trabalho 150 - 3/5**

contemplar em seu plano de cuidados o ser cuidado. No sentido de obter informações e registros quanto ao alcance dos objetivos da CTA na realização dos momentos educativos, além de contribuições para a melhoria do trabalho, ao final de cada evento, foi aplicado um instrumento de avaliação de reação, onde os participantes tiveram a oportunidade de avaliar o processo. Descrevemos aqui as avaliações quantitativas dos profissionais de quatro instituições distintas, dentre elas 03 públicas e 01 privada. Ao todo, foram preenchidas 62 avaliações e após a análise, obtivemos os seguintes resultados: 1. **Quanto aos aspectos gerais dos encontros educativos:** 37 participantes acharam EXCELENTE o cumprimento da programação; 41 conceituaram BOM a carga horária utilizada no curso; 38 atribuíram conceito EXCELENTE aos recursos áudio visuais e didáticos utilizados; todos os participantes avaliaram entre EXCELENTE E BOM as informações recebidas em relação as suas expectativas. 2. **Quanto aos facilitadores:** 38 profissionais acharam EXCELENTE a comunicação com os participantes; 47 conceituaram EXCELENTE o domínio do assunto e a clareza e objetividade na exposição. 3. **Quanto ao conteúdo:** Todos os participantes responderam SIM quando indagados se o assunto despertou seu interesse; e, a grande maioria (45 a 49 profissionais) responderam que o assunto está relacionado com as atividades desenvolvidas por eles, vão utilizá-los no seu dia a dia e que conseguirão repassar aos colegas de trabalho. Destacamos alguns comentários dos participantes: “é muito importante para nossos conhecimentos enquanto profissionais o COREN oferecer esses cursos”, “foi bastante proveitoso, espero que retornem para que possam nos mostrar coisas interessantes”, “no momento ainda não posso utilizar a SAE, por questões internas do serviço, após o termino da faculdade, pretendo trabalhar na docência e com certeza irei trabalhar com meus alunos para a implementação da SAE, e, com certeza, esse treinamento me ajudou muito”, “achei as palestras excelentes, esses cursos deveriam ser realizados em outros locais”. **CONCLUSÃO:** Há a necessidade latente de divulgar para os gestores de instituições de saúde, equipe multiprofissional e clientela atendida as vantagens e benefícios da SAE para todos os envolvidos. A maioria dos profissionais participantes atuavam no mercado em média há 5 anos, fator este que nos levou a inferir, que o enfoque na SAE, realizado nos órgãos de formação necessita de maior ênfase, tanto no estudo teórico, quanto na prática assistencial. A lacuna existente entre o ensino e a aprendizagem da SAE tem apontado para a necessidade das

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Professora Auxiliar da Universidade Federal do Pará. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Pará.

Endereço: Trav. Timbó, Conj. Crispim de Almeida casa 07, bairro Pedreira. Email: [marsimao@oi.com.br](mailto:marsimao@oi.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Residente em Enfermagem Oncológica do Hospital Ophir Loyola.

**Trabalho 150 - 4/5**

instituições de ensino buscarem novas estratégias metodológicas e/ou reformulações nos modelos curriculares. O processo educativo vivenciado pelos participantes trouxe contribuições para a aprendizagem e reflexões acerca de suas práticas, esse quesito foi possível realizar através da análise comparativa das avaliações de conhecimento aplicadas antes e após os encontros educativos. Afirmamos a importância do processo educativo de forma contínua, visto que o conhecimento não é estático e sim dinâmico e em constantes inovações; o profissional necessita acompanhar esses avanços com a mesma velocidade que eles acontecem. Quanto a adesão e participação dos profissionais, foi possível perceber a ausência de enfermeiros em algumas instituições; em se tratando de participação, os que aderiram e foram aos encontros, realmente estavam inclinados a aprender; no entanto alguns se mostravam incrédulos em utilizar a SAE no dia a dia em decorrência das dificuldades. Cabe destacar, que as instituições de saúde, através de seus gestores, precisam promover um clima interno favorável à implantação da SAE, para tal se faz necessário a divulgação, vantagens e benefícios; a disponibilização de recursos financeiros e pessoais se traduz na padronização de impressos de enfermagem; na reorganização dos serviços, através da elaboração de manuais de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem e no redimensionamento de enfermagem. A gestão da SAE nas instituições, através da utilização e avaliação de indicadores de qualidade é essencial para a sensibilização e conhecimento dos gestores, da equipe multiprofissional e da comunidade. Entendemos o Processo de Educação em Saúde como o caminho para as transformações das práticas em saúde e em especial na enfermagem, visto propiciar o conhecimento, a reflexão e a integração dos profissionais. O conhecimento técnico-científico é a ferramenta necessária para a utilização da SAE. Há ainda a necessidade da aprendizagem na área da gestão da SAE, no sentido de mobilizar gestores e autoridades em saúde, por meio da avaliação positiva, bem como seus impactos nos indicadores de saúde. Acreditamos não haver uma fórmula ou receita para utilização e/ou implementação da SAE, cada instituição é única em sua singularidade, cabe aos gestores de instituições o apoio e incentivo aos profissionais de enfermagem, e a estes, unir esforços para efetivar a SAE em instituições de saúde.

**Palavras chaves:** educação em saúde, sistematização da assistência de enfermagem, avaliação.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Professora Auxiliar da Universidade Federal do Pará. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Pará.

Endereço: Trav. Timbó, Conj. Crispim de Almeida casa 07, bairro Pedreira. Email: [marsimao@oi.com.br](mailto:marsimao@oi.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Residente em Enfermagem Oncológica do Hospital Ophir Loyola.

**Trabalho 150 - 5/5**

**Área Temática:** Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

**Referências Bibliográficas**

1. TANNURE, M.C. **SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2008.
2. JOHNSON, M. et al. **Ligações entre NANDA, NOC e NIC:** diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
3. BASTABLE, S.B. **O Enfermeiro como Educador:** princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Professora Auxiliar da Universidade Federal do Pará. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Pará.

Endereço: Trav. Timbó, Conj. Crispim de Almeida casa 07, bairro Pedreira. Email: [marsimao@oi.com.br](mailto:marsimao@oi.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Residente em Enfermagem Oncológica do Hospital Ophir Loyola.

Trabalho 151 - 1/3

**APLICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA  
TRIAGEM DE UM PRONTO SOCORRO: AGREGANDO  
QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Viviane Aparecida Fernandes, Debora Prudencio e Silva, Nilza Sandra Lasta, Luciane  
Vigo, Gustavo Sacramento, Renata Gonçalves Carrocini

**Introdução:** A enfermagem é uma ciência, e como tal está interessada em aprimorar-se. O planejamento da assistência de enfermagem deve ser feito a partir da avaliação das necessidades que o paciente apresenta no momento de seu atendimento. O enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem, e a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), possibilita que o enfermeiro desenvolva e aplique seus conhecimentos científicos visando uma assistência de qualidade. É uma forma de sistematizar e padronizar a assistência de enfermagem, permitindo sintetizar as informações essenciais em uma estrutura concisa, o que facilita uma avaliação mais clara das mudanças clínicas dos pacientes, possibilitando estabelecer metas e selecionar as intervenções de enfermagem de forma rápida e efetiva. A documentação destas informações por meio da SAE facilita a organização das ações e, conseqüentemente, do fluxo de trabalho <sup>(1,2)</sup>. A necessidade de se identificar, organizar e classificar os diagnósticos de enfermagem, com base em regras consistentes, e ainda, de criar uma Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem, fez surgir, nos Estados Unidos, a Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)<sup>(3)</sup>. O diagnóstico de enfermagem proposto pela NANDA tem como finalidade de fornecer embasamento científico à prática do cuidar. Entre os obstáculos para a implantação do diagnóstico, verifica-se a falta de conhecimento, a falta de interesse em se aprimorar e a dificuldade de aceitação por parte dos médicos e da própria equipe de enfermagem. Consideramos que existe uma motivação e a necessidade crescente na utilização do diagnóstico, porém, ainda existem vários desafios em direção ao raciocínio clínico, à precisão diagnóstica e ao refinamento dos diagnósticos já utilizados. Entretanto, a sua utilização torna o cuidado facilitado e direcionado às necessidades clínicas. Em unidades hospitalares, principalmente em pronto-socorro, a alta rotatividade dos pacientes exige de nossos profissionais uma assistência rápida e com resolutividade <sup>(3,4)</sup>. Sendo assim, a SAE pode proporcionar por meio de avaliação e planejamento da assistência de enfermagem, acompanhar a evolução dos pacientes, e identificar precocemente alterações clínicas. **Objetivo:** Identificar os Diagnósticos de Enfermagem (DE) segundo a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) mais observados em um pronto

### Trabalho 151 - 2/3

socorro de hospital privado da cidade de São Paulo. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de cunho exploratório, com abordagem quantitativa dos dados. Os dados foram coletados por enfermeiras por meio de um instrumento estruturado em prontuário eletrônico, no período de março a junho de 2010, durante os atendimentos dos pacientes na triagem do pronto socorro de um hospital privado de médio porte, especializado na área cardiológica na cidade de São Paulo. **Resultados:** Foram analisados 3754 atendimentos realizados na triagem do pronto socorro durante o período de março a junho de 2010. Entre os diagnósticos de enfermagem validados na instituição, os que tiveram maior incidência foi respectivamente, dor aguda 1817 (50,70%), ansiedade 999 (26,60%), padrão respiratório ineficaz 277 (7,25%), perfusão tissular ineficaz – cardiopulmonar 101 (2,69%), náusea 91 (2,42%), termorregulação ineficaz 89 (2,37%), diarreia 64 (1,70%), débito cardíaco diminuído 49 (1,30%), perfusão tissular ineficaz – cerebral 40 (1,07%), perfusão tissular ineficaz – gastrointestinal 40 (1,70%); eliminação urinária prejudicada 37 (0,99%), ventilação espontânea prejudicada 29 (0,77%), volume de líquidos excessivo 15 (0,40%), perfusão tissular ineficaz – renal 14 (0,37%); risco para infecção 3 (0,08%), intolerância a atividade 3 (0,08%), desobstrução ineficaz das vias aéreas 2 (0,05%), e, integridade da pele prejudicada, constipação e padrão do sono perturbado com uma ocorrência em cada diagnóstico, correspondendo a 0,03% cada. **Conclusão:** Ao implantar novas estratégias com o intuito de melhorar a qualidade do cuidado, o enfermeiro amplia o seu conhecimento através de leituras, pesquisas, bem como na elaboração de trabalhos que possam facilitar a excelência da assistência. A aplicação da SAE nas instituições apresenta como aspectos positivos, a segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, visibilidade e autonomia para o enfermeiro. A sistematização da assistência de enfermagem é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, que possibilita o desenvolvimento de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença dos pacientes. A sistematização do cuidado permite identificar as situações-problema, subsidiando as intervenções de enfermagem a cada paciente, conferindo cientificidade ao cuidado<sup>(1,2)</sup>. Ao avaliar os pacientes por meio de protocolos, consegue-se estabelecer intervenções de forma rápida e efetiva. O uso do diagnóstico de enfermagem na prática assistencial tem sido inovadora, porém ainda em experimento em algumas instituições hospitalares. Entretanto, poucos enfermeiros reconhecem a possibilidade de um cuidado colaborativo e organizado, revelados, essencialmente, pelos registros, evoluções de enfermagem. No entanto, apesar das dificuldades encontradas na implantação do diagnóstico de enfermagem na prática clínica, é necessário acreditar que tentativas deverão continuar

**Trabalho 151 - 3/3**

acontecendo para estimular novos profissionais, com o intuito de uniformizar a linguagem da enfermagem. A utilização de sistematização de enfermagem torna a manutenção de um paciente grave facilitada e fundamentada em conhecimentos científicos, direcionando o cuidado aos pacientes, conforme suas reais necessidades, por meio de uma linguagem padronizada, favorecendo o processo de comunicação entre as equipes<sup>(2,4)</sup>. Neste estudo, por ser um hospital com característica cardiovascular, os diagnósticos de enfermagem mais encontrados foram dor aguda e ansiedade, corroborando com o perfil de atendimento deste pronto-socorro de especialidade cardiológica, em que, geralmente, os pacientes apresentam síndromes coronarianas agudas. E com base nestes resultados, concluiu-se ser pertinente, acessível e necessário a aplicação da SAE para o enfermeiro de um pronto socorro cardiológico, onde é necessário domínio, agilidade, competência e resolutividade, para a identificação correta dos diagnósticos de enfermagem tornando-se um instrumento norteador para sua assistência de enfermagem. **Bibliografia:** 1- Truppel TC, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo SA, Crozeta K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Enfermagem. 2009; 62(2): 221-227. 2- Neves RS, Shimizu HE. Análise da Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Reabilitação. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010; 63(2): 222-229. 3- Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2009 - 2010. Porto Alegre: Artmed; 2009. 4- Bueno AB, Vieira JM, Jordelina LF, Espíndula MB. A Sistematização da Assistência de Enfermagem e o enfermeiro no serviço de emergência: um estudo bibliográfico. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [Internet].2007;1(1):1-16.Available from: <http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem em Emergência; Avaliação em Enfermagem.

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

Trabalho 152 - 1/5

## A CRIAÇÃO DA LIGA ACADÊMICA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (LASAE-EEAN): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fabiana Soares Neves<sup>1</sup>  
Fernanda Duarte da Silva<sup>2</sup>  
Marília Almeida Antunes<sup>3</sup>  
Ana Letícia Monteiro Gomes<sup>4</sup>  
Amanda Pontes Luiz Pina<sup>5</sup>  
Marcos Antonio Gomes Brandão<sup>6</sup>

**INTRODUÇÃO:** A Enfermagem por ser ciência-arte e prática envolve aspectos objetivos e subjetivos que valorizam a sensibilidade/emoção, a cognição, os comportamentos precisos e as condutas éticas do ser humano. De modo a desenvolver o cuidado de enfermagem, há que se coordenar os referidos aspectos por meio de ações sistematizadas. A resolução COFEN nº 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a Implementação do Processo de Enfermagem (PE), define a SAE como a organização do trabalho em relação ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem<sup>1</sup>. Desse modo, é apresentado o constructo que destaca a dimensão de organização dos métodos, processos e instrumentos que permitem o cuidar em enfermagem. Representando um núcleo operacional da SAE, o processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. Este deve ser realizado, de modo deliberativo e sistemático em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, incluindo as escolas.<sup>1</sup> Dado que a SAE e o processo de

<sup>1</sup> Acadêmica do sexto período do curso de graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN-UFRJ). Capacitadora de Recursos da Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem (LASAE). Rua Emilio Jacques de Moraes, nº 10, Realengo. Rio de Janeiro. CEP: 21765-160. E-mail: fabiana\_soares\_88@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do sexto período do curso de graduação EEAN-UFRJ. Presidente da LASAE. Bolsista de IC do CNPq. E-mail: fernanda23\_dasilva@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Acadêmica do sexto período do curso de graduação EEAN-UFRJ. Secretária de Comunicação da LASAE. E-mail: antunesmarilia@hotmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica do sexto período do curso de graduação EEAN-UFRJ. Secretária geral da LASAE. E-mail: analeticia-gomes@hotmail.com

<sup>5</sup> Acadêmica do sexto período do curso de graduação EEAN-UFRJ. Secretário de Evento Científico da LASAE. E-mail: binha\_bte@hotmail.com

<sup>6</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da EEAN-UFRJ. Orientador da LASAE. Líder de Pesquisa do TECCONSAE. E-mail: marcosagbrandao@yahoo.com.br

**Trabalho 152 - 2/5**

enfermagem são elementos vitais para o exercício profissional, entende-se que as mesmas devam ser discutidas nas instituições de ensino, e devam ser compreendidos como questões intrínsecas ao processo de formação do enfermeiro<sup>1</sup>. As Diretrizes Curriculares Nacionais ditam o perfil do formando egresso/profissional em enfermagem como um profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios técnicos éticos<sup>2</sup>. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Quanto ao o projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem as diretrizes curriculares nacionais referem que esta deve complementar atividades e as instituições de ensino superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante através de atividades como estudos complementares<sup>2</sup>. Partindo de tais premissas, estudantes de enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro criaram a primeira liga acadêmica de enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, a Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem (LASAE/EEAN). **OBJETIVO:** O objetivo do presente trabalho é relatar os principais aspectos da criação da LASAE/EEAN e caracterizar sua estrutura de organização. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência sobre a criação da LASAE. Os dados de relato constituem a expressão da experiência das fundadoras da Liga. A descrição conceitual e as bases para a organização estrutural da LASAE derivaram da consulta bibliográfica realizada em meio eletrônico no mês de novembro e dezembro de 2009 pelos termos liga acadêmica, liga acadêmica de enfermagem. Após a varredura na internet por ferramentas gerais de busca, o material encontrado foi discutido pelas autoras e constitui material de referência a ser discutido com o docente orientador da Liga. O relato de experiência se organiza apresentando: a data e sujeitos da criação da Liga, conceito de liga acadêmica, natureza e características da LASAE/EEAN. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A LASAE/EEAN foi fundada em 17 de Dezembro de 2009 como uma entidade de natureza autônoma, civil, laica, não vinculada a partidos políticos e sem fins lucrativos e de duração ilimitada. Desde então, conformou-se em uma oportunidade extra-classe de caráter singular, voltada para educação em enfermagem contribuindo para o desenvolvimento técnico científico e aprimoramento da formação do enfermeiro. Sua atuação está direcionada a discussão relacionada a Sistematização da Assistência de

**Trabalho 152 - 3/5**

Enfermagem no âmbito de instituições de saúde em cenários hospitalares e/ou extra hospitalares. A primeira direção da LASAE foi constituída por acadêmicas de enfermagem do sexto período do curso de graduação da Escola de Enfermagem (2010/1) da Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que são fundadoras. No que concerne ao entendimento conceitual, uma liga acadêmica é uma rede de estudantes que desejam criar oportunidades de trabalhos científicos dentro do espaço acadêmico, estabelecer um espaço para colocar em prática o idealizado sobre o tema escolhido pela Liga e uma rede de estudantes com orientação docente<sup>3</sup>. Assim, uma liga não é estritamente um grupo de estudo sobre determinado tema, ou teste vocacional para futura especialização, nem antecipação de oportunidades práticas perante a turma curricular, muito menos a super-especialização precoce ou algo que vem a suprir falhas do currículo<sup>3</sup>. No caso específico da LASAE/EEAN o conceito de rede de colaboração é meta a ser amplamente explorado, visto seu caráter abrangente de inclusão dos estudantes e sua planejada articulação a grupos de pesquisa em SAE. A LASAE é regida por um estatuto, que foi elaborado pela diretoria fundadora (autores deste trabalho), no qual constam as normas e diretrizes que regem o funcionamento da LASAE, assim como os princípios que norteiam os atos da Liga. No que concerne a estrutura de organização, os estudantes são divididos em duas categorias: os estudantes que compõem a diretoria da LASAE e os estudantes que participam dos encontros organizados pela diretoria, denominados membros agentes. Os encontros da LASAE acontecem semanalmente, duram cerca de uma hora e seu funcionamento ocorre no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ. A dinâmica dos encontros se dá por meio de discussão científica sobre assuntos correlatos a SAE e processo de enfermagem. Docentes com linhas de pesquisa e experiência e/ou produção científica no tema são convidados para orientar as discussões científicas e contribuir com o aprendizado dos discentes. A LASAE congrega 60 acadêmicos de enfermagem de diversos períodos, são esses estudantes do 1º, 3º, 4º, 5º, 6º e 8º período do curso de graduação em enfermagem. A maioria dos filiados são estudantes do 5º e 6º período (46 alunos), que nessa fase do curso de graduação realizam atividades práticas em instituições hospitalares. Nesta fase de implantação da LASAE a primeira diretoria da LASAE tem privilegiado a realização de reuniões científicas que envolvem a apresentação dialogada de um tema por enfermeiro-docente e a realização de debate

**Trabalho 152 - 4/5**

para encaminhamento de questionamentos e de reflexões sobre a prática e o ensino pelos alunos de períodos diferentes. A LASAE se constitui em uma atividade extracurricular, não obrigatória oferecida por discentes para discentes, permitindo assim que seja compartilhado o enriquecimento e a construção científica sobre a SAE em instituições públicas e privadas de ensino no Rio de Janeiro. A LASAE tem como principal alicerce contribuir com uma formação de qualidade e eficiência na enfermagem. **CONCLUSÃO:** Acredita-se que movimentos como esse podem despertar o surgimento de outras Ligas abordando diversos temas relevantes na enfermagem para a formação do enfermeiro, assim como despertar o interesse de outras escolas de enfermagem, sejam essas públicas ou privadas a participarem de tal movimento, contribuindo assim para o papel do estudante com a percepção crítica e reflexiva sobre a sua formação, o compromisso com a enfermagem refletindo sobre qual é o seu papel como estudante. Tais atitudes visam ainda o estabelecimento de parcerias e o fortalecimento da classe estudantil na enfermagem através da discussão sobre o conhecimento científico primordial para a prestação da assistência de qualidade a clientela seja no âmbito hospitalar ou extra-hospitalar. Alcançando – se assim a prestação de um cuidado ético, legal e moral pela enfermagem. Ético porque ocorre o respeito à dignidade do outro que recebe o cuidado assim como o profissional de enfermagem que se utiliza de meios científicos pautados pelo seu exercício profissional ofertando um cuidado digno, respeitando assim os princípios que regem a sua profissão, legal porque se embasa em atos norteados por Leis que regem a nossa profissão e moral porque respeita os valores necessários ao ato de cuidar, eixo norteador das práticas da enfermagem. Concluímos assim que a Enfermagem possui um delineamento intelectual que trilha suas ações, pois ao utilizar a SAE e o processo de Enfermagem, raciocinamos de acordo com o que é definido e proposto por nossa classe científica, portanto, os estudantes, escola e a profissão crescem juntos.

Referências

1. Conselho Federal de Enfermagem. [site da internet]. Resolução Cofen 358/2009. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=10113&sectionID=34>

**Trabalho 152 - 5/5**

2. Conselho Nacional de Educação. Câmara da educação Superior. Resolução CNE/CNS Nº3 de 7 de Novembro de 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

3. Sociedade de Terapia intensiva do Estado do Rio de Janeiro. [site da internet]. Associação de Medicina Intensiva Brasileira Comitê das Ligas Acadêmicas de Medicina Intensiva. Disponível em: <http://www.sotierj.org.br/academicos/ligami.asp#dir2>

**Palavras-chave:** Sistematização da Assistência de Enfermagem. Educação em Enfermagem. Liga Acadêmica

**Área temática:** Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

**Delineamento do trabalho:** Relato de Experiência

Trabalho 153 - 1/4

## **O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RELACIONADO AO PROCESSO DE ENSINO: UM ESTADO DA ARTE**

Fabiana Soares Neves<sup>1</sup>  
Fernanda Duarte da Silva<sup>2</sup>  
Marília Almeida Antunes<sup>3</sup>  
Amanda Pontes Luiz Pina<sup>4</sup>  
Ana Letícia Monteiro Gomes<sup>5</sup>  
Marcos Antonio Gomes Brandão<sup>6</sup>

**INTRODUÇÃO:** A Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) desenvolveu um sistema de classificação de diagnósticos que propõe a universalização dos problemas encontrados nos pacientes pelos enfermeiros e diante das várias definições surgidas na literatura afirma que o diagnóstico de enfermagem é “*um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona seleção das intervenções de enfermagem visando o alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável*”<sup>1</sup>. O diagnóstico de enfermagem (DE) é considerado uma etapa de suma importância no processo de enfermagem, pois é necessário que o enfermeiro faça julgamentos e interpretações sobre os sinais e sintomas de cada cliente. Este têm sido definido por alguns autores como: julgamento clínico, raciocínio diagnóstico, raciocínio ou julgamento crítico e pode ser entendido como a forma de pensar do enfermeiro, estando diretamente vinculado ao seu fazer e com a qualidade do cuidado dispensado<sup>2</sup>. De acordo com a resolução COFEN 358/2009 o Diagnóstico de Enfermagem é um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos

<sup>1</sup> Acadêmica do sexto período do curso de graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN-UFRJ). Capacitadora de Recursos da Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem (LASAE). Rua Emílio Jacques de Moraes, nº 10, Realengo. Rio de Janeiro. CEP: 21765-160. E-mail: fabiana\_soares\_88@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do sexto período do curso de graduação EEAN-UFRJ. Presidente da LASAE. Bolsista de IC do PIBIC/CNPq. E-mail: fernanda23\_dasilva@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Acadêmica do sexto período do curso de graduação EEAN-UFRJ. Secretária de Comunicação da LASAE. E-mail: antunesmarilia@hotmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica do sexto período do curso de graduação EEAN- UFRJ. Secretária de Evento Científico da LASAE. E-mail: binha\_bte@hotmail.com

<sup>5</sup> Acadêmica do sexto período do curso de graduação EEAN – UFRJ. Secretário Geral da LASAE. E-mail: analeticia-gomes@hotmail.com

<sup>6</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da EEAN – UFRJ. Orientador da LASAE. Líder de pesquisa do TECCONSAE. E-mail: marcosagbrandao@yahoo.com.br

**Trabalho 153 - 2/4**

diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas das pessoas, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados<sup>3</sup>. No entanto, para o recorte deste trabalho, delimitou-se como objeto o diagnóstico de enfermagem no processo de formação em enfermagem, visto que o desenvolvimento do raciocínio clínico diagnóstico seja o aspecto mais desafiador para os acadêmicos, porque exige a correlação de diversas disciplinas e do conhecimento adquirido na teoria para a aplicação do raciocínio na prática. A investigação deste objeto foi norteadas pelas seguintes questões: Qual caracterização da produção científica sobre o diagnóstico de enfermagem relacionado ao processo de formação do enfermeiro? Com que enfoque este tema vem sendo tratado? Qual o comportamento temporal da produção encontrada? **OBJETIVOS:** Os objetivos desta pesquisa são: Identificar as publicações sobre o tema diagnóstico de enfermagem relacionada ao processo de formação do enfermeiro; Analisar o conhecimento produzido e descrever os resultados encontrados. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo de revisão bibliográfica sistemática de natureza quantitativa. A revisão sistemática desenvolve-se ao longo de seis etapas: construção do protocolo, definição da pergunta, busca dos estudos, seleção dos estudos, avaliação crítica dos resultados, coleta de dados, síntese dos dados. A busca das informações foi realizada durante o mês de julho de 2010, desenvolvida a partir de um levantamento da literatura no Banco de Dados Virtual LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e no Banco de dados BDENF - Base de dados de Enfermagem. Como descritores foram utilizados: [diagnóstico de enfermagem] e [educação em enfermagem]. O operador booleano utilizado foi *and*, e os descritores foram utilizados para restrição da amostra. Na base de dados LILACS quando pesquisado diagnóstico de enfermagem *and* educação em enfermagem, o resultado obtido foi igual a 13 (treze) artigos. Na base de dados BDENF, o resultado obtido foi igual a 19 (dezenove) artigos. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados on-line que contemplassem o tema de estudo e idioma português. Foram excluídos todos os artigos em duplicidade, e os artigos que embora apresentassem as palavras chaves diagnóstico de enfermagem e educação em enfermagem não abordassem diretamente a temática. Ao se aplicarem os critérios de inclusão e exclusão, do total de 32 (trinta e dois) artigos captados nas duas

**Trabalho 153 - 3/4**

bases de dados mencionadas, foram excluídos 24 (vinte e quatro). Portanto, após o levantamento nas bases de dados, os foram utilizados 08 (oito) artigos, organizados de acordo com: ano de publicação do periódico, revista de publicação dos periódicos, área da temática, categoria profissional dos autores, estado onde foi realizado o estudo, tipo de estudo, sujeitos do estudo, temas abordados e objetivos do estudo. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A análise dos dados se deu através da construção de tabelas e quadros com abordagem quantitativa, onde foi feita a fundamentação teórica das mesmas. O recorte temporal desse estudo foi de 1988 a 2010. No total de oito artigos pesquisados nas bases de dados, três artigos (37,5%) foram publicados na Revista Escola de Enfermagem da USP, nos anos 1992, 1996 e 1997. Outros três (37,5%) foram publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem nos anos de 1993, 1995 e 1998. As revistas: Brasileira de Enfermagem e Gaúcha de Enfermagem publicaram apenas um (01) artigo abordando a temática nos anos 2002 e 1988 respectivamente. Todos os oito artigos utilizaram a taxonomia NANDA para classificar os diagnósticos de enfermagem em suas pesquisas. A NANDA é a classificação mais conhecida por ser a primeira a ser traduzida para o português<sup>4</sup>. Então, a partir disso pode-se explicar a maior utilização da classificação de NANDA, observada pela quantidade de estudos realizados com essa taxonomia. Sete (87,5%) dos artigos tiveram como enfoque o ensino-aprendizagem do acadêmico de enfermagem e um artigo (12,5%) focou em realizar uma síntese da evolução do conceito de processo de enfermagem e apresentar exemplos de estudos voltados para a prática profissional. Além disso, os oito artigos (100%) foram escritos por Docentes de Enfermagem. **CONCLUSÃO:** Pôde-se concluir que todos os artigos selecionados foram escritos até o ano de 2002. Portanto, faltaram publicações mais recentes sobre a temática, de pelo menos os últimos cinco anos. Nenhuma publicação encontrada utilizou outro sistema de classificação diferente do NANDA- I, percebendo-se assim uma limitação dos estudos de diagnósticos de enfermagem que estão sendo realizados pelos professores que estudam a temática na relação de ensino. Com relação à autoria e o enfoque dos estudos, todos foram escritos por docentes e a maioria focou a área de ensino e aprendizagem. Ressalta-se nesse ínterim, a relevância de mais estudos que abordem a temática e que se desenvolvam estudos cuja autoria seja de discentes para que assim possa ser compreendida outra ótica

**Trabalho 153 - 4/4**

sobre o processo de ensino na percepção do aluno referente ao diagnóstico de enfermagem.

**Referências**

1. Marilyn E, Moorhouse MF, Murr AC. Diagnósticos de Enfermagem: intervenções, prioridades, fundamentos. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara koogan; 2009.
2. Nóbrega MMLN, Silva KL. (organizadoras). Fundamentos do Cuidar em Enfermagem. 2º ed. Belo Horizonte: ABEn; 2009.
3. Conselho Federal de Enfermagem. [site da internet]. Resolução Cofen 358/2009. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=10113&sectionID=34>
4. Marin HF. Vocabulário: Recurso para construção de bases de dados em enfermagem. Acta Paul Enferm. São Paulo, 13(1): [citado em 2 jul 2010]; Jan-Abril de 2000.[aprox. 3 telas]. Disponível em:< [http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13\\_1/pdf/art9.pdf](http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_1/pdf/art9.pdf)>

**Palavras-chave:** Enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Educação de enfermagem,

**Área temática:** Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação.

**Delimitação do trabalho:** Revisão de Literatura

**Trabalho 154 - 1/6****ESCALA DE ACURÁCIA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: VERSÃO 2**Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos<sup>1</sup>Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz<sup>2</sup>Erika de Souza Guedes<sup>3</sup>Caroline Maier Predebon<sup>4</sup>Eneida Rejane Rabelo<sup>5</sup>Miriam de Abreu Almeida<sup>6</sup>**Resumo**

**Introdução:** A acurácia dos diagnósticos de enfermagem é importante para orientar a seleção de intervenções apropriadas para o alcance dos melhores resultados para os pacientes. A avaliação da acurácia dos diagnósticos feitos pelas enfermeiras é, portanto, um assunto relevante. No ano de 2005 começou a ser desenvolvida por Matos e Cruz (2009) uma escala para avaliar a acurácia de diagnósticos de enfermagem registrados em prontuários. Esse instrumento, denominado Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem – EADE, permite, indicar o grau de acurácia do diagnóstico de enfermagem enunciado pela enfermeira que avaliou o paciente, por meio da análise dos registros em prontuário (MATOS, CRUZ 2009). A definição conceitual de acurácia do diagnóstico de enfermagem assumida para desenvolver os itens da EADE foi baseada no pressuposto de que há ampla variedade de diagnósticos possíveis nas situações

<sup>1</sup> Enfermeira. Professora Assistente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda da Escola de Enfermagem da USP. Endereço: Avenida Raimundo Pereira de Magalhães, 2730, Ap 31 Bl 03, Jd Íris, São Paulo – SP, CEP: 05145-100. E-mail: [guedes\\_erika@hotmail.com](mailto:guedes_erika@hotmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeira. Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Aluna de Mestrado do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>5</sup> Enfermeira. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS. Doutora em Ciências Biológicas: Fisiologia .

<sup>6</sup> Enfermeira. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS. Doutora em Educação.

**Trabalho 154 - 2/6**

clínicas, além dos que são altamente acurados (LUNNEY, 1990). Isto é, além de um diagnóstico altamente acurado, outros diagnósticos são possíveis com base nos dados existentes. Assim, a acurácia de um diagnóstico não é uma qualidade dicotômica, mas sim um *continuum* (LUNNEY, 1990). A acurácia de um diagnóstico depende do conjunto de dados clínicos do paciente. O conjunto de dados deve apresentar “pistas” para o diagnóstico. Estas pistas podem variar em grau de “relevância” e “especificidade” com relação ao diagnóstico e em grau de “coerência” em relação ao diagnóstico e ao conjunto das informações disponíveis. Em outras palavras, pode-se definir que a acurácia de um diagnóstico consiste no grau de relevância, especificidade e coerência das pistas existentes para o diagnóstico (MATOS, CRUZ 2009). Os conceitos que envolvem os itens da EADE são altamente abstratos e complexos. Desde a sua criação, a EADE não mostrou estimativas de confiabilidade muito satisfatórias. O interesse comum na importância da acurácia dos diagnósticos feitos pelas enfermeiras motivou o trabalho conjunto entre pesquisadores e alunos de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) na tentativa de refinar a EADE e aumentar as estimativas de confiabilidade da mesma. **Objetivo:** Verificar se um programa de treinamento melhora a confiabilidade da EADE, com posterior refinamento da mesma. **Método:** Trata-se de estudo que descreve um programa de treinamento de uso da EADE realizado em parceria com pesquisadores e alunos de pós-graduação da EEUSP e da UFRGS para orientar a aplicação da EADE e favorecer o seu refinamento. Participaram do programa nove enfermeiras, responsáveis ou colaboradoras em projetos de pesquisas que envolvem a acurácia dos diagnósticos. O programa constou de duas etapas: atividade de leitura individual sobre a EADE e encontro presencial em que os participantes

**Trabalho 154 - 3/6**

aplicaram a EADE a estudos de casos escritos e discutiram as suas impressões. Foi fornecido a cada participante, na semana que antecedeu o encontro, material específico sobre a EADE. A leitura prévia do mesmo era requisito para a participação nas atividades presenciais em que se aplicaria a referida escala. As atividades presenciais tiveram 08 horas de duração sob coordenação das autoras da escala. Os objetivos do treinamento eram: 1) discorrer sobre o conceito de acurácia diagnóstica em que a escala se fundamenta; 2) descrever os itens da EADE (presença de pista, relevância da pista, especificidade da pista e coerência da pista) e discutir sobre as definições dos mesmos; e 3) aplicar a EADE a casos escritos (caderno de exercícios). Após o preenchimento do formulário de informações pessoais e, antes de qualquer discussão, cada participante aplicou a escala em dois casos clínicos escritos, denominados “pré treinamento”. Ao final da avaliação da acurácia dos diagnósticos desses dois casos escritos por meio da EADE, cada participante respondeu um questionário sobre o grau de dificuldade e habilidade para aplicar a EADE. Na seqüência, iniciaram-se as discussões sobre a escala, sobre os conceitos de acurácia e sobre os itens da EADE: presença de pistas, relevância das pistas presentes nos dados escritos para o diagnóstico, especificidade das pistas para o diagnóstico e coerência das pistas com o conjunto dos dados e com o diagnóstico. Um caderno de exercícios foi entregue para cada participante. Esse caderno continha 10 casos clínicos escritos desenvolvidos para as atividades práticas do dia. Após a aplicação da EADE em cada caso escrito, eram discutidas as dúvidas e as impressões dos participantes sobre a aplicação da escala. Todas as considerações foram registradas para fundamentar o refinamento da EADE. Finalizadas as atividades de discussão, cada participante aplicou novamente a escala nos mesmos dois casos clínicos escritos que haviam sido aplicados no início dos trabalhos, agora denominados “pós

**Trabalho 154 - 4/6**

treinamento”. Ao final da avaliação desses dois casos escritos os participantes responderam novamente o questionário sobre a dificuldade e habilidade na aplicação da EADE. Foram estimadas as concordâncias entre os avaliadores na aplicação da EADE e calculadas as diferenças de facilidades/dificuldades antes e depois do treinamento. As sugestões de refinamento da EADE foram analisadas pelas autoras da escala e incorporadas à mesma quando pertinentes, o que produziu a EADE – Versão 2.

**Resultados e Discussões:** A concordância simples entre avaliadores no início do treinamento foi de 0,78 para o Caso 1 e 0,81 para o Caso 2. Ao final do treinamento a concordância foi de 0,81 para o Caso 1 e também 0,81 para o Caso 2. Esses resultados mostram que a concordância inter-avaliadores teve discreta melhora ou não se alterou depois do programa de treinamento. Diante desse dado é possível inferir que a intervenção realizada (treinamento) não influenciou na aplicação da EADE. Como houve discreta melhora em um dos casos, talvez um aumento nas atividades de treinamento tenha efeito detectável. Contribuem para essa interpretação os resultados da auto-avaliação que os participantes fizeram quanto a dificuldade e habilidade para aplicar a EADE antes e depois do treinamento. A consolidação das respostas, segundo os itens de dificuldade, indicou que depois do treinamento houve melhora na aplicação dos itens de “especificidade da pista”, de “coerência da pista” e na “habilidade de aplicar a EADE”. Foi observado que não houve alteração quanto o grau de “dificuldade para aplicar a EADE” de forma geral e quanto o grau de dificuldade para aplicar o item de “relevância de pista”. Foi observado piora apenas na aplicação do item sobre a “existência de pista” para o diagnóstico. Esses resultados sugerem que, talvez, o treinamento tenha tido uma ‘dose’ suficiente apenas para levantar questionamentos sobre a aplicação da escala uma vez que gerou sugestões importantes para facilitar a sua

**Trabalho 154 - 5/6**

aplicação. Como resultado dessas discussões, foram incorporadas as seguintes alterações na EADE - versão 2 : a) ajuste dos enunciados das definições de pista, relevância e especificidade. Tais modificações não alteraram o significado dos itens, mas melhoram a expressão dos mesmos e foram propostas para minimizar a possibilidade de compreensão equivocada do significado de cada item da EADE; b) inserção das definições de cada item como nota de rodapé da EADE; c) eliminação do termo 'nula' das categorias de respostas aos itens. A modificação das categorias de resposta de cada item de "Alta/Moderada" e "Baixa/Nula" para "Alta/Moderada" e "Baixa" permitiu minimizar a idéia de "tudo ou nada"; d) atribuição de escore ao item "presença de pista". A pontuação do item "presença de pista" diferencia a pontuação final do diagnóstico que não tem pista do diagnóstico que tem pista com baixa relevância, baixa especificidade e baixa coerência; e) criação de mais uma categoria de acurácia, a de "baixa acurácia". **Conclusão:** As atividades desenvolvidas em conjunto com pesquisadoras e alunas de pós-graduação da EEUSP e da UFRGS possibilitaram a melhor compreensão dos limites e das possibilidades da EADE. As modificações na EADE não alteraram a essência da escala. Não houve sugestão de novos itens, nem eliminação dos já existentes. As alterações foram incorporadas para obter o melhor entendimento das definições dos itens da escala, para diferenciar os diagnósticos que não tem pistas dos que têm pistas com baixa relevância, baixa especificidade e baixa coerência, e para gerar a categoria de baixa acurácia. Tais alterações foram incorporadas na EADE, que passou a chamar-se EADE - versão 2.

**Trabalho 154 - 6/6**

**Referencias:**

Cruz DALM, Fontes CMB, Braga CG, Volpato MP, Azevedo SL. Adaptação para a língua portuguesa e validação do Lunney Scoring Method for Rating Accuracy of Nursing Diagnoses. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):127-34.

Lunney M. Accuracy of nursing diagnosis: Concept development. Nursing Diagnosis. 1990; 1:12-17.

Matos F.G.O.A., Cruz D.A.L.M. Construção de instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. Rev Esc Enferm USP. 2009; Número especial (on-line). [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000500013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

**Palavras chave:** Diagnóstico de enfermagem, acurácia, instrumento de medida

**Área temática:** 2

**Trabalho 155 - 1/3**

**ENSINO INTEGRATIVO DO EXAME FÍSICO COM O PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO WANDA HORTA: DESENVOLVENDO RACIOCÍNIO CRÍTICO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

A presente pesquisa tem por objeto o ensino do exame físico no curso de graduação em enfermagem e sua articulação ao Processo de Enfermagem segundo Wanda Horta. Foi desenvolvida durante as consultas de enfermagem em um ambulatório de atendimento a clientes diabéticos em um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro. O exame físico realizado pelo enfermeiro tem o intuito de evidenciar informações úteis ao delineamento dos problemas de enfermagem e, por conseguinte, direcionar a assistência prestada ao cliente.<sup>1</sup> Destarte, é recomendada a prática do exame físico incorporada como primeiro passo de uma assistência sistematizada, e o seu aprimoramento se torna cada vez mais necessário no conteúdo de ensino a ser ministrado nos diferentes níveis de formação, sobretudo na graduação, afim de que sejam desenvolvidas as habilidades para a sua execução, num nível compatível com a segurança dos clientes.<sup>2</sup> A Sistematização da Assistência de enfermagem é empregada na prática pelos enfermeiros através de um método científico ou método de resolução de problemas que auxilia no planejamento do cuidado. Esta metodologia é conhecida como o Processo de Enfermagem.<sup>3</sup> Wanda de Aguiar Horta, importante enfermeira teórica brasileira, buscou ao longo de sua trajetória criar e transmitir um conceito de Enfermagem que englobasse os aspectos, muitas vezes conflitantes, de arte humanitária, ciência e profissão. O Processo de Enfermagem segundo Wanda Horta é, ainda hoje, uma ferramenta para execução, organização e gerenciamento do trabalho de enfermagem. A Teoria das Necessidades Humanas básicas de Horta está estruturada no trabalho do psicólogo Abraham Maslow. Ambos pensadores postulam que todos os seres humanos compartilham de necessidades básicas (falta de algo desejado), ordenadas de forma hierárquica. As necessidades de nível inferior seriam aquelas ligadas à sobrevivência, e precisam ser atendidas para que a vida e a espécie humana continuem. As necessidades de nível mais alto começam com as de segurança e proteção, e continuam até valores mais elevados. O Processo de Enfermagem organizado por Horta compreende as fases Histórico de Enfermagem, Diagnóstico, Plano de Cuidados, Evolução e Prognóstico. **O exame físico integra a primeira fase, tomando a forma de um quebra-cabeça: a partir dele, coletam-se os dados (as peças) que servirão para a montagem do todo (a assistência de enfermagem).** Estudos afirmam<sup>23</sup> que o processo de enfermagem é uma atividade desenvolvida quase que exclusivamente por acadêmicos de enfermagem, que

**Trabalho 155 - 2/3**

a fazem de forma mecânica, despersonalizada e desarticulada com os profissionais dos serviços, cumprindo tão-somente uma tarefa ou atividade do curso, com fins de obter um ritual de avaliação. Tal evento desestimula os enfermeiros da prática, pois passam a desacreditar e refletir o processo como algo trabalhoso, enfadonho e, ainda, sem vislumbrar caminhos para sua implementação nos serviços. Baseada nesta problemática, a pesquisa visou estudar a avaliação que graduandos de enfermagem realizam acerca do exame físico articulado ao Processo de Enfermagem segundo Wanda Horta durante a consulta de enfermagem. Assim, definem-se os seguintes objetivos: descrever a relação/articulação existente entre o exame físico e o Processo de Enfermagem segundo Wanda Horta na visão de graduandos de enfermagem; e discutir esta relação, destacando sua relevância no ensino de graduação em enfermagem e sua aplicabilidade na prática profissional. O método empregado foi a pesquisa qualitativa, de cunho descritivo e exploratório, que utilizou-se da observação e da entrevista semiestruturada como instrumentos para a coleta de dados. Participaram da pesquisa 20 graduandos de enfermagem, 16 do sexo feminino e 4 do masculino, com idades entre 20 e 27 anos, cursando o quarto período da graduação, momento em que tem seus primeiros contatos com os clientes durante o bloco teórico-prático da disciplina de Fundamentos de Enfermagem. O campo compreendeu o ambulatório de um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro, onde os graduandos realizaram consultas com clientes diabéticos adultos e idosos, supervisionados pelos professores, monitores e enfermeiros preceptores. Foram realizadas ao todo 48 horas de observação, delimitada por um instrumento norteador e posterior documentação em diário de campo. A entrevista semiestruturada questionou a respeito da realização do exame pelos graduandos, a relação com a metodologia do Processo de Enfermagem e os artifícios necessários ao seu desenvolvimento. Os depoimentos foram gravados em aparelho de tecnologia *Mp3* e transcritos na íntegra pelos pesquisadores em um hipertexto. A leitura exaustiva deste produto possibilitou o agrupamento dos resultados em categorias temáticas, através da Análise de Conteúdo, técnica analítica das comunicações que se baseia em procedimentos sistemáticos para descrição do conteúdo das mensagens. A pesquisa tem parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, com o N° 01260258000-07 e obedece aos preceitos da Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Nesta primeira categoria temática, “o exame físico e as etapas do Processo de Enfermagem segundo Wanda Horta”, os graduandos destacam o aspecto encadeado e organizacional

**Trabalho 155 - 3/3**

do Processo de Enfermagem, relacionando o exame físico a este como ponto inicial para uma assistência direcionada. As falas dos depoentes exaltam o aspecto investigativo do exame físico, bem como a interpretação dos achados na formulação de diagnósticos de enfermagem. A linguagem diagnóstica obedece a uma padronização que visa o entendimento entre enfermeiros de todo o mundo: os sistemas de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA), Classificação das Intervenções de enfermagem (Nursing Interventions Classification - NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification – NOC. Logo, para a utilização destes sistemas corretamente, é necessária a realização acurada do exame físico. A articulação das etapas do Processo de Enfermagem segundo Wanda Horta se dá exatamente pela influência da execução associada à interpretação, o julgamento crítico, que proporcionará o norte à assistência tendo em vista a coerência das conclusões alcançadas em cada etapa durante todo o processo. A segunda categoria, “as técnicas e tecnologias relacionadas ao exame e ao Processo”, os graduandos destacam que, intrínsecos à trajetória processual, há instrumentos facilitadores que permitem não somente a descoberta e interpretação dos achados durante o exame físico, como também o desenvolvimento do Processo de Enfermagem. Os alunos indicam, assim como Wanda Horta, o conjunto de conhecimento e habilidades fundamentais para o exercício das atividades profissionais: comunicação, planejamento, avaliação, método científico ou de problema, observação, trabalho em equipe, destreza manual e criatividade.

Trabalho 156 - 1/5

## ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DE NOVATOS, INTERMEDIÁRIOS E FORMANDOS EM SITUAÇÕES DE ENSINO CLÍNICO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Shimmenes kamacael Pereira <sup>1</sup>

Rosimere Ferreira Santana<sup>2</sup>

O ensino clínico é um método de aprendizagem, que tem por objetivo o crescimento pessoal e a preparação profissional para aspectos complexos e relacionais à saúde humana, aperfeiçoando habilidades e competências essenciais a tal construção por exercícios de situações reais de casos clínicos. Partindo desta premissa delimitamos como *objetivos*: Identificar e Comparar os Diagnósticos de enfermagem apontados por alunos Novatos, Intermediários e Formandos em situações de ensino clínico. **Método**: Estudo de abordagem quantitativa do tipo descritivo-exploratória, tendo como cenário o curso de graduação da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso, da Universidade Federal Fluminense cujo currículo conta com 9 períodos de formação. Tivemos como critério de seleção alunos cursando 2º, 5º e 8º no primeiro semestre de 2010, tal escolha busca atender o objetivo de comparar a forma de raciocínio dos discentes em diferentes períodos da formação. Portanto foram selecionados 23 alunos novatos, 2º período; 73 alunos de 5º período, intermediário; e 37 alunos de 8º período, formandos; totalizando 132 discentes. Cabe ressaltar que o trabalho possui aprovação no comitê de ética em pesquisa sob número de protocolo CAAE-0048.0.258.000-10. Os dados foram coletados em pequenos grupos de seis ou sete alunos, no intuito de promover a discussão e reflexão no processo de ensino clínico, para isto utilizou-se de 2 estudos de casos clínicos, denominado caso clínico 1 e 2, baseados em casos reais de situações clínicas cirúrgicas, tendo validado gabarito os seus gabaritos por *experts* da área de diagnóstico

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Grupo de Pesquisa em Fundamentos de Enfermagem-UFF. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense - GESAE-UFF. Bolsista PIBIC/CNPq do projeto 'Validação do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada'. E-mail: [shimmeneskp@gmail.com](mailto:shimmeneskp@gmail.com)

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Vice-líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Gerontológica - NEPEG. Líder do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense - GESAE-UFF. E-mail: [rosifesa@gmail.com](mailto:rosifesa@gmail.com)

### Trabalho 156 - 2/5

de enfermagem, enfermagem cirúrgica e enfermagem dermatológica. O caso clínico 1 possuía como gabarito: *Integridade da pele prejudicada, Risco de infecção, Risco de constipação, Risco para volume de líquidos deficiente, Risco para baixo auto-estima situacional e Disposição para o aumento do autocuidado*. E o caso clínico 2: *Recuperação Cirúrgica Retardada*. **Resultados: Grupo Novato, 2º período:** Obtivemos 10 sujeitos respondentes ao Caso 1, desses 4 (40%) titularam o diagnóstico de enfermagem *Risco de Infecção*. Dentre os diagnósticos de enfermagem identificados pelo grupo temos que 50% deles relacionam-se com os propostos no gabarito, ou seja, *Constipação percebida; Constipação; Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais; Contaminação; Déficit no autocuidado para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se*, possui alguma relação com esses diagnósticos, quer seja pela similaridade dos significados, quer seja pela própria dificuldade de distinção entre os mesmos. No Caso clínico 2 que continha 13 alunos, somente 1 (7,7%) identificou o diagnóstico correto, entretanto 7 (53,8%) alunos enumeraram diagnósticos de enfermagem relacionados como: *Risco de infecção, Integridade da pele prejudicada, Ansiedade, Risco de contaminação e Risco de sangramento*. **Grupo Intermediário, 5º período**, composto por um total de 73 (100%) alunos, sendo que 33 (45,2%) responderam ao caso clínico 1 e 40 (54,8%) ao caso clínico 2. Apresentando a peculiaridade de estarem divididos em 14 pequenos grupos, produzindo 14 casos clínicos respondidos, produto da discussão interna dos mesmos, sendo 6 referentes ao CC1 e 8 ao CC2. No Caso Clínico 1 temos a observância de apenas dois diagnósticos de enfermagem corretos, sendo eles “*Risco de infecção*” e “*Integridade da pele prejudicada*”. Onde os grupos **A, B** e **N** listaram apenas o diagnóstico de “*Risco de infecção*”, representando uma acurácia de 16,6%. Os grupos **K, L** e **M** identificaram dois diagnósticos, ou seja, além do “*Risco de infecção*” perceberam no paciente cirúrgico a “*Integridade da pele prejudicada*” como um problema a ser resolvido pela enfermagem. No Caso Clínico 2, os sujeitos foram distribuídos em 8 (100%) grupos no qual somente 2 (25%) identificaram o diagnóstico correto, entretanto faz-se necessário ressaltar que os grupos identificaram diagnósticos relacionados à recuperação cirúrgica retardada, como “*Dor aguda*”, “*Risco de infecção*”, “*Ansiedade*”, “*Integridade da pele prejudicada*”, “*Risco para baixo autoestima situacional*”, “*Déficit para o autocuidado*” e “*Deambulação prejudicada*”. **Grupo Veteranos, 8º período**, no caso

Trabalho 156 - 3/5

clínico 1 tivemos a participação de 16 alunos, 10 (62,5%) identificaram um diagnóstico correto, *Risco de infecção*, indicando 16,6% de acerto, 1 (6,25%) caso clínico apresentou 2 (33,3%) acertos com a identificação dos diagnósticos de Enfermagem *Integridade da pele prejudicada e Risco de infecção*. Houve ainda 1 (6,25%) sujeito listando 2 (33,3%) diagnósticos corretos, sendo estes *Risco de infecção e Disposição para o aumento do autocuidado*. O caso clínico 2 composto por 21 alunos, apresentou 9 (42,8%) casos clínicos com o diagnóstico correto. **Discussão:** Numa análise geral o grupo de alunos que apresentou melhor Rendimento foi dos alunos Intermediários, com 25% do Rendimento esperado. Quando avaliamos os grupos de maneira pareada, podemos inferir que não há diferença entre o Rendimento dos Intermediários e Formandos uma vez que o p-valor do teste  $\chi^2$  para esta comparação é de 0,709. Entretanto existe uma diferença significativa no número de julgamentos corretos entre os alunos Novatos e Intermediários (p-valor=0,06), a razão de chances para estes grupos mostra-se igual a 4,5 com intervalo de confiança ao nível de 95%, igual a (1,46;14,12), indicando que a chance de um aluno Intermediário identificar corretamente os diagnósticos de enfermagem é maior em 4,5 vezes quando comparado ao aluno Novato. Com relação ao Caso Clínico 1, isoladamente, podemos concluir que o grupo de alunos Intermediário apresentou o maior grau de Rendimento em relação ao esperado e o grupo dos Novatos o menor Rendimento. Há diferenças significativas entre os Rendimentos dos três grupos (p-valor=0,041), embora não haja diferença significativa entre Rendimento de alunos Intermediários e Formandos (p-valor=0,348). Então, na avaliação do Caso Clínico 1, há diferença significativa no número de julgamentos clínicos corretos dos alunos Intermediários e Novatos (p-valor=0,014 do teste exato de Fisher); a razão de chances igual a 4,67 com intervalo de confiança ao nível de 95% igual a (1,32;16,52) e neste caso a razão entre eles indica que a chance de um aluno Intermediário ter raciocínio clínico correto é 4,67 vezes maior que Novatos. Ao avaliamos o número de outros diagnósticos relacionados apontados por avaliação do Caso Clínico 1 observou-se que não houve diferença entre o número de diagnósticos relacionados entre os três períodos participantes deste estudo, o p-valor do teste Kruskal Wallis foi igual a 0,145. No Caso Clínico 2, isoladamente, não houve diferença significativa estando ao nível de 5% na frequência de acertos esperados nos grupos de alunos, mas deve-se salientar que esta diferença é significativa ao nível de 10%, o que é

**Trabalho 156 - 4/5**

relevante pois observa-se grande diferença numérica entre os Rendimentos dos três grupos. Quando avaliado os apontamentos de diagnósticos relacionados e não relacionados, observou-se diferença significativa entre o número de diagnósticos identificados nos grupos ( $p$ -valor=0,02 para o número de diagnósticos relacionados e  $p$ -valor=0,024 para o número de diagnósticos não relacionados), sendo que o grupo dos alunos Novatos se diferencia dos demais. Convém salientarmos que nos Formandos a atribuição média de diagnósticos não relacionados foi maior do que o das avaliações dos alunos pertencentes aos outros períodos. Além de que os alunos Novatos não apontaram diagnósticos equivocados para o Caso Clínico 2, assim como na identificação apontamento de diagnósticos relacionados, a média apresentada foi de 1,38 diagnósticos relacionados por avaliação. Por fim confirmamos a associação existente entre exposição de conhecimentos clínicos nas diversas áreas da enfermagem com um aumento na relação dos diagnósticos identificados, indo além do dado concreto relatado no caso clínico, se antepondo a possíveis e eventuais complicações clínicas oriundas do estado de saúde-doença em que o paciente se encontra, com o avançar dos períodos de graduação. **Conclusão:** Pontuamos que apesar de adotarmos um método quantitativo e prescritivo para analisarmos o ensino clínico em enfermagem, percebemos que tal metodologia de ensino propôs um comprometimento ativo e entusiasta nos sujeitos, tornando o conhecimento teórico em enfermagem capaz de desencadear um agir consciente, crítico-reflexivo e criativo. Concluímos que a graduação de enfermagem deve estar alicerçada no desenvolvimento do raciocínio clínico e da acurácia diagnóstica, devendo ser trabalhada nos diferentes momentos de ensino clínico para permitir a promoção de um cuidado em enfermagem baseado em evidências.

**Referências:**

*Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação.* 2009-2011/North American Nursing Diagnosis Association internacional; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Dell'Acqua MCQ. Miyadahira AMK. Ide CAC. *Planejamento de ensino em enfermagem: intenções educativas e as competências clínicas.* Rev. esc. enferm. USP [online]. 2009; vol.43, n.2, pp. 264-271.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. *Maneiras de Cuidar: a enfermagem entre escola e a prática profissional.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

**Trabalho 156 - 5/5**

ESPÍRITO SANTO, F. H.; PORTO, I. P. *Cuidado de Enfermagem: saberes e fazeres de enfermeiras novatas e veteranas no cenário hospitalar*. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 2006. 190p.

**Descritores:** Diagnóstico em ensino de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Educação em enfermagem

**Área temática:** Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino e pós-graduação.

Trabalho 157 - 1/4

RISCO PARA TRAUMA VASCULAR EM TRANSPLANTE DE  
MEDULA ÓSSEA

Angélica Mônica Andrade<sup>1</sup>

Kelli dos Santos Borges<sup>2</sup>

Cristina Arreguy-Sena<sup>3</sup>

**Introdução:** O uso dos vasos sanguíneos para fins terapêuticos, farmacológicos, diagnóstico e hemoterápicos constitui numa prática na qual a atuação da Enfermagem adquiriu novo contorno e dimensão a partir da criação do diagnóstico de enfermagem na taxonomia da NANDA intitulado “Risco para trauma vascular”. Na área da hematologia o Enfermeiro vivencia peculiaridades com o processo de punção de vasos sanguíneos, de manutenção, de manuseio e de remoção dos cateteres no seu interior que variam com a própria condição de morbidade até as características genotípicas e fenotípicas. O transplante de medula óssea (TMO), também denominado de transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH), é um procedimento terapêutico que consiste na infusão de células tronco da medula óssea obtidas a partir do sangue periférico ou do sangue do cordão umbilical<sup>3</sup>. No transplante autólogo é utilizadas células progenitoras do próprio indivíduo coletadas previamente, sendo que o transplante consiste na infusão de células tronco hematopoéticas (CTH) com a finalidade de restabelecer a função normal da medula óssea. É indicado quando a doença envolve a medula óssea ou quando a toxicidade hematopoética é fator limitante para um tratamento mais agressivo. A implantação de um cateter venoso central (CVC) é componente fundamental para viabilizar um acesso venoso por longo período de tempo, recebendo periodicamente manuseios para aspiração sanguínea e administração de medicamentos. Os avanços

---

1<sup>1</sup> Enfermeira, Residente R2 do Programa de Residência Saúde do Adulto da FACENF-UFJF.

2<sup>2</sup> Enfermeira, Especialista em Transplante e Mestre em saúde Coletiva atuam no Serviço de TMO do Hospital Universitário da UFJF.

3<sup>3</sup> Enfermeira, PhD Doutora e Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da UFJF.

#### Trabalho 157 - 2/4

tecnológicos contribuem para manter o acesso vascular por tempo mais prolongado e com maior frequência de uso, propiciando um aumento de infecções relacionadas ao procedimento <sup>4</sup>. Ademais, o uso de CVC é um importante fator predisponente para infecções sanguíneas e aumento da morbidade de usuários em decorrência de tal dispositivo <sup>5</sup>. Diante do exposto, buscamos identificar algumas variáveis intervenientes sobre o processo de uso dos vasos sanguíneos centrais em transplante de medula óssea (TMO). Tal fato justifica pela necessidade da temática ser redimensionada à luz das inovações tecnológicas e dos saberes que envolvem a atuação de Enfermeiros nesta área de conhecimento. **Objetivo:** analisar ocorrência de infecção em sítio de inserção de cateteres intravasculares centrais instalados em pessoas submetidas a transplante de medula óssea, enquanto um trauma vascular desencadeado por fator de origem biológica. **Métodos e Técnicas:** Pesquisa do tipo série histórica realizada em prontuários de pessoas internadas no Setor de Transplante de Medula óssea de uma instituição de ensino pública federal do interior de Minas Gerais. O período de abrangência foi de outubro de 2006 a outubro 2009. População completa composta de 68 prontuários, sendo utilizado instrumento contendo variáveis de interesse para subsidiar o levantamento de dados. Incluímos todos os prontuários nos quais as pessoas foram submetidas a transplante autólogo; de ambos os gêneros; maiores de 18 anos de idade; provenientes da região de abrangência e influência da Instituição e que tiveram seus vasos sanguíneos centrais puncionados para fins de quimioterapia pré-transplante, tratamento farmacológico e transplante propriamente dito. Elaboramos um instrumento de coleta de dados para nortear a busca de variáveis de interesse. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da instituição, sendo atendidas todas as recomendações éticas e legais previstas na legislação brasileira para investigação envolvendo seres humanos. **Resultados e Discussões:** Participaram 68 prontuários, sendo que as pessoas submetidas a transplante de medula óssea ficaram assim caracterizadas: 51,5% eram mulheres; a idade média 44,54 anos (mediana 49 e moda de 24 anos); 90% eram brancas ou pardas; a renda mensal teve média de 4salários mínimos (variabilidade de 1 a 15 salários); 97% eram provenientes da região sudeste, sendo o estado de Minas Gerais com 73,5% dos integrantes. A existência de pessoas de outros estados pode ser explicada pela Instituição ser pólo de referência para estados fronteiros. Os diagnósticos médicos de admissão foram: mieloma múltiplo; 31% linfoma de Hodgkin; 14,8%

**Trabalho 157 - 3/4**

linforma não Hodgkin e 1,5% neuroblastoma. As veias puncionadas ficaram assim caracterizadas: 54,4% subclávia direita; 25% subclávia esquerda; 13,2% jugular interna direita e 5,9% veia jugular interna esquerda e 0,6% não havia registro do local puncionado no prontuário. Foram identificadas intercorrências no processo de instalação do cateter intravascular em 28% dos casos, cujas causas foram: 68% múltiplas punções; 22% hematomas; 5% queixa de dor e 5% punção arterial. Os sítios de inserção dos cateteres foram ocluídos por dois tipos de curativos, de três maneiras distintas, a saber: 21% por curativo convencional (usando gaze estéril e esparadrapo), 51% por curativo de filme transparente de poliuretano e 28% pela intercalação entre o uso de filme e gaze estéril. O tempo médio de permanência do cateter intravascular com um mesmo curativo foi categorizado em: 1) curativos do tipo filme- 85% permaneceram de um a sete dias com um mesmo curativo e 15% permaneceram mais de sete dias e 2) curativos de gaze e esparadrapo- 43% permaneceram de 24 a 48 horas com a mesma cobertura. Foram 85% os cateteres intravasculares centrais que apresentarem complicações, dentre as quais destacamos: 51% sangramento e 17% com secreção. As análises microbiológicas permitiram identificar ausência de complicações em 57,5% dos cateteres; presente de colonização nos cateteres em 22% e presença de infecção em 20,5%. Os métodos utilizados para definir ocorrência de infecção foram: 1) detecção de um mesmo microrganismo em culturas de sangue e cultura de ponta de cateter; 2) quando a susceptibilidade do microrganismo foi a mesma e 3) quando a cultura houve maior número de unidades formadoras de colônias no cateter quando comparado ao sangue periférico. Para definirmos a ocorrência de colonização utilizamos os seguintes critérios: 1) quando o microrganismo foi detectado na superfície do cateter e não esteve presente na cultura do sangue periférico; 2) na presença de cultura da ponta do cateter deu positiva mas no sangue periférico negativou. A infecção no local da inserção do cateter foi estabelecida baseada na presença de pelo menos três sinais: endurecido, vermelhidão e sensibilidade no sítio de inserção do cateter ou próximo a ele. No caso de cultura de ponta de cateter com crescimento de mais de 15 UFC (unidades formadoras de colônia) foi interpretado como infecção relacionado ao cateter. A população de cateteres investigados tem como peculiaridade o fato de os seus portadores terem ficado de quatro a 25 dias em estado de imunossupressão, o que constitui numa situação de vulnerabilidade prevista e peculiar a situação de morbidade do grupo investigado.

**Trabalho 157 - 4/4**

Calculamos o risco relativo para ocorrência de trauma vascular segundo o tipo de curativo utilizado, a doença de base e o tipo de veia puncionada. **Conclusões:** As pessoas submetidas a transplante de medula óssea vivenciam peculiaridades no processo de tratamento (necessidade de vaso puncionado para fins terapêuticos e diagnósticos) e nas condições de saúde (imunidade alterada) que as tornam vulneráveis à infecção ou colonização dos cateteres vasculares, fazendo com que a investigação da ocorrência do diagnóstico “Risco para trauma vascular” seja de fundamental importância no planejamento de intervenções de caráter preventivo.

**Referências**

1. NANDA INTERNATIONAL. *Nursing diagnoses: definitions and classification 2009-2011* Iowa (EUA): Wileyblackwell 2009.
2. Arreguy-Sena C. A trajetória de construção e validação dos diagnósticos de enfermagem “Trauma Vascular” e “Risco para Trauma Vascular”. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP, (Tese de Doutorado) 2002.
3. Bonassa EMA et al. Transplante de Medula óssea e de células-tronco hematopoéticas. In: *Enfermagem em terapêutica oncológica* 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, 241-268.
4. Phillips LD. *Manual de terapia intravenosa*. Trad de Mavilde Pedreira 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
5. CDC. Center Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing opportunistic infections among hematopoietic stem cell transplant recipients: recommendations of the CDC The infectious diseases Society of American and the American Society Blood and Marrow Transplantation, 2010.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem, Cateteres de demora.

**Área Temática:** Sistematização da assistência de enfermagem na Atenção à Saúde do indivíduo nas diferentes fases da vida.

Trabalho 158 - 1/3

ESTRATÉGIAS FACILITADORAS NO PLANEJAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Marise Dutra Souto<sup>1</sup>  
Maria de Fátima Rodrigues<sup>2</sup>  
Maria Cristina R. Goulart Caldas<sup>3</sup>  
Láisa F. F. Lós de Alcântara<sup>4</sup>

**Introdução:** O Hospital do Câncer III constitui uma das cinco unidades do Instituto Nacional de Câncer e é especializado no tratamento e controle do câncer de mama. Desde 2006, a Divisão de Enfermagem vem trabalhando na implantação da Sistematização da Assistência e neste processo o Serviço de Educação Continuada desenvolve importante papel. Em abril de 2009, algumas estratégias facilitadoras foram implementadas na rotina assistencial das unidades de internação clínica e cirúrgica. Dentre estas, um impresso que consta de ‘*Plano de Cuidados de Enfermagem*’ e ‘*Controle e Avaliação de Estado Clínico*’ do paciente internado, foi elaborado com vistas a assegurar o registro claro, objetivo e fidedigno das anotações e planejamento de cuidados de enfermagem. Outra estratégia utilizada foi a organização de conteúdo específico necessário para realizar as avaliações diárias do paciente e facilitar o preenchimento dos impressos acima mencionados, estando graficamente disponibilizado em quadros coloridos dispostos em uma prancheta, utilizada como guia para consulta rápida pelos enfermeiros.

**Objetivo:** Relatar a construção do impresso ‘Plano de Cuidados de Enfermagem’ e ‘Controle e Avaliação do Estado Clínico’ e do guia para consulta rápida, a ‘Prancheta’.

**Metodologia:** Relato de experiência sobre a construção de dois recursos facilitadores para o desenvolvimento das atividades assistenciais de enfermagem. Com base em bibliografias de referência e nas demandas das práticas assistenciais próprias do serviço de mastologia oncológica, a Divisão de Enfermagem e Educação Continuada elaboraram a primeira versão do impresso ‘Plano de Cuidados de Enfermagem’ e ‘Controle e Avaliação de Estado Clínico’. Para a confecção da planilha original, inicialmente foram considerados dados técnico-científicos relevantes e necessários que caracterizavam individualmente o planejamento da assistência de enfermagem e conferiam um perfil detalhado do estado clínico do paciente. À ocasião, também se atendeu às exigências dos novos protocolos assistenciais requeridos pelo processo de Acreditação Hospitalar, a saber: manejo da dor, prevenção de quedas e prevenção de úlcera por pressão. Sucederam-se diversas modificações no impresso, mediante sugestões fornecidas pelas equipes e captadas através de busca ativa e reuniões formais com o Grupo de Estudos para Sistematização da Assistência de Enfermagem (Geisae), e hoje atingiu-se a 3ª versão. A idéia de reunir informações para facilitar o trabalho do enfermeiro foi concretizada numa ferramenta leve, prática e de fácil manuseio: a prancheta.

<sup>1</sup> Enfermeira do Serviço de Educação Continuada do Hospital do Câncer III / Instituto Nacional de Câncer. Doutoranda em Enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro.

<sup>2</sup> Enfermeira Substituta da Divisão de Enfermagem do HIII / INCA.

<sup>3</sup> Enfermeira Chefe da Divisão de Enfermagem do HC III / INCA.

<sup>4</sup> Doutora Enfermeira do Serviço de Educação Continuada do HC III / INCA.

Trabalho 158 - 2/3

**Resultados:** A partir do processo de Acreditação Hospitalar em desenvolvimento na instituição, emergiu a necessidade de aprimorar o registro da prática realizada. Desta forma, a gestão de serviço propôs um planejamento sistemático e de fácil manuseio na forma de impresso e uma ferramenta de auxílio na avaliação do paciente. Na concepção do ‘Plano de Cuidados de Enfermagem’, foram enunciados dados de identificação pessoal (nome, matrícula e idade), além de data, hora, enfermaria / leito, diagnósticos de enfermagem do paciente de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE); assim como carimbo e rubrica do profissional. Um grande quadro dividido em três colunas ocupa todo o restante da folha. Quanto aos cuidados de enfermagem, foram considerados os que contemplam as esferas de higiene, conforto e segurança do paciente, além de outros específicos à mastologia oncológica clínica e cirúrgica, como por exemplo ‘higienizar com clorexidina degermante’ e ‘descrever aspecto e volume de drenagens’. Esses cuidados estão dispostos ordenadamente em 22 itens na primeira coluna, sendo preservado espaço para acréscimo de outros que devem ser manuscritos, conforme necessidade; a segunda coluna refere-se ao aprazamento da prescrição e a terceira à anotação do técnico de enfermagem. No verso, encontra-se o ‘Controle e Avaliação do Estado Clínico’, onde estão dispostos cinco quadros, todos com espaço para hora e rubrica. O primeiro e maior deles refere-se aos dados vitais, com registro de temperatura, pulso, respiração, pressão arterial, dor e sua localização. Há também lacuna para registrar decúbito, assim como volume de líquidos infundidos e eliminados. Um pequeno quadro abaixo e à esquerda resume o cálculo do controle hídrico. Em outro imediatamente abaixo, é apresentada a glicemia capilar, com resultado em mg/dl, dosagem de insulina em UI e local de aplicação com um respectivo siglário. As avaliações de riscos e condições de acesso venoso ocupam a área central inferior da página. O risco para queda é avaliado a cada 24 horas, sendo sinalizado como mínimo ou aumentado, apontando também as respectivas condutas (padrão ou específica). Quanto à úlcera por pressão, é indicado o valor segundo a escala de Braden a cada 12 horas nos casos de risco moderado ou elevado. Para o risco mínimo, a avaliação se dá a cada 24 horas. O quadro de acesso venoso discrimina o tipo de acesso (periférico, profundo ou cateter venoso central), o local, data de punção e de troca. Considerando as inovações no processo de cuidar frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem associado à Acreditação Hospitalar, um grande volume de informações passaram a ser requeridas, o que alterou a rotina de serviço. Neste contexto, foi elaborada uma ferramenta com vistas a auxiliar o enfermeiro assistencial no cuidado com os pacientes hospitalizados, no dia a dia das unidades clínica e cirúrgica. Uma prancheta escolar comum foi adaptada com a fixação de informações que subsidiariam as avaliações diárias, planejamento e registro da assistência, sem descaracterizar sua função primeira de apoio e fixação de folhas de papel. Tais informações foram selecionadas segundo demandas específicas evidenciadas na matologia oncológica. Na parte anterior da prancheta, é apresentada a escala de Braden que identifica o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, cujos parâmetros de avaliação estão preenchidos com cores diferentes. No lado posterior da prancheta, há oito quadros coloridos, com informações específicas sobre: graus de mucosite, escala de performance status (PS), escala de odor de feridas, estadiamento de úlcera por pressão, fatores de risco para quedas, cálculo de neutrófilos e classificação de neutropenia, critérios para rastreamento de germes multirresistentes (MRSA) e escala visual analógica para dor (EVA).

**Conclusão:** O impresso vem sendo amplamente utilizado nas unidades de internação clínica e cirúrgica, embora apresente pequenas falhas quanto ao seu preenchimento. A

**Trabalho 158 - 3/3**

atitude indiferente de poucos profissionais quanto à aderência ao mesmo não prejudicou a efetivação do processo de cuidar. Porém, é incansável o esforço para sensibilizar estes profissionais na busca do reconhecimento da verdadeira importância deste impresso para a sistematização da assistência. No que tange à utilização da prancheta, nota-se total aceitação e aproveitamento das informações nela contidas.

**Bibliografia:** (1) Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde-Rio de Janeiro:CBA. Manual internacional de padrões de certificação hospitalar, 2008. (2) Marin HF, Bourie P, Safran C. Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. Rev. Latino-americana Enfermagem. Ribeirão Preto, v.8, n.3, p.27-32, julho 2000. (3) Silva MSML. Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes hospitalizados. 1998. Tese de dissertação de mestrado em Enfermagem. Área de concentração em Enfermagem de Saúde Pública. Universidade Federal da Paraíba. Disponível em <<http://www.feridologo.com.br/teseUPescalas.htm>>. Acesso em: 26 fev 2009. (4) Ladeira EM. Avaliação da dor no paciente com câncer: o papel da enfermagem na implementação sistemática das escalas de avaliação. Monografia apresentada no Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2001. (5) Lopes RAM, Macedo DD, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma unidade de internação de oncologia. Rev. Latino-Am Enferm 1997, vol.5, nº 4, p.35-41.

Trabalho 159 - 1/5

AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELO ENFERMEIRO NA  
IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Damiana Guedes da Silva<sup>1</sup>; Vera Lúcia de Souza Alves<sup>2</sup>

Uma forma de reorganizar as práticas de Enfermagem vem sendo conduzida por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A partir de 1986 o planejamento da assistência de enfermagem é uma imposição legal. De acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498, art. 11, alínea c, “O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: 1) Privativamente:...” c) planejamento, organização coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem”. Reforçando a importância e necessidade de se planejar a assistência de enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução 272/2002 revogada pela 358/2009, define que a SAE deve ser realizada em toda instituição de saúde, seja ela, pública ou privada e que todas as etapas deste processo sejam registradas minuciosamente no prontuário do cliente/paciente. A SAE é privativa e prioritária do enfermeiro, cabendo-lhe elaborar, executar e avaliar os planos da assistência, de forma a individualizar o cuidado conforme as características de cada paciente, administrando e assumindo o papel de líder da equipe de enfermagem. A implantação da SAE poderá ser potencializada por medidas institucionais de uma gestão participativa, na qual as pessoas se constituem enquanto sujeitos no processo, onde os enfermeiros or meio da SAE, têm a possibilidade de compreender o que fazem, de construir ou reconstruir o seu trabalho em parceria com os gestores, modificando as relações de poder e sistematizando o cuidar em enfermagem. Este estudo teve como objetivo levantar as dificuldades encontradas pelo enfermeiro para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, com base nas variáveis: ano, local e categorização dos temas. O presente resumo é baseado no trabalho de conclusão do curso da pós

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Gestão em Enfermagem/UNIFESP. Mestranda em Genética e Toxicologia Aplicada (PGTA) da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Docente em Enfermagem no Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná/RO. Endereço: Av. Eng.º Manoel Barata Almeida da Fonseca, 762, Bairro Jardim Aurélio Bernardi - Caixa Postal 271 - CEP 76.907-438 - Ji-Paraná/RO, damiguedes@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda, Professora orientadora e assessora da Coordenação de Curso de Pós-Graduação em Gestão em Enfermagem, Modalidade à Distância pela UAB e UNIFESP. Endereço: Rua Botucatu, 740 CEP 04023-900 – São Paulo/SP, vera.vencer@yahoo.com.br

**Trabalho 159 - 2/5**

graduação em Especialização em Gestão em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Universidade Aberta do Brasil (UAB), apresentado e aprovado pela banca julgadora em junho de 2010. Tratou-se de uma revisão da literatura, realizada em Bases de dados on line, considerando-se periódicos, dissertações, através do portal da Bireme; sendo utilizadas LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo-Brasil (Scientific Electronic Library Online), RevEnf (Portal de Revistas de Enfermagem) e em dois livros do acervo da Biblioteca Martinho Lutero do Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná (CEULJI/ULBRA – Rondônia). O delineamento do estudo foi de janeiro de 1986 a março de 2010 (24 anos) uma vez que publicações sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem aparecem nas bases de dados a partir de 1986. A coleta de dados foi executada no período de outubro de 2009 a maio de 2010. Os critérios de inclusão para revisão de literatura foram utilizados no período de 2005 a 2010, disponíveis na língua portuguesa, dentro da temática abordada e com as palavras chave: administração do serviço em saúde, enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem. Já os critérios de exclusão de revisão de literatura foram os artigos em língua estrangeira, não coerentes com a temática pesquisada e artigos que não compreendem o período da pesquisa. Foram encontrados no total 63 artigos e sendo utilizados 23 artigos (88%) em periódicos de enfermagem nacionais, dois (8%) em livros e uma tese de doutorado (4%). Os artigos foram agrupados em três categorias: Sistematização da Assistência de Enfermagem, o gerenciamento assistencial do enfermeiro e as dificuldades dos enfermeiros para a implantação da SAE. A análise dos dados permite verificar que os 23 trabalhos (88%), relacionam-se a artigos publicados em periódicos de enfermagem nacional, uma tese de doutorado (4%) e dois livros (8%). O maior predomínio de divulgação ocorreu entre 2004-2006 com nove periódicos de revistas nacionais (35%). Ao categorizar as referências teve-se: sete trabalhos (26%) sobre sistematização da assistência de enfermagem, nove (34%) reflexões sobre gerenciamento assistencial e 10 publicações (40%) discorrendo as dificuldades encontradas pelo enfermeiro para implantação da sistematização da assistência de enfermagem. Dos 26 trabalhos que avaliaram a SAE (100%) fazem referência a Teoria de Wanda de Aguiar Horta – Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Na segunda metade dos anos 1960, Wanda de Aguiar Horta, primeira enfermeira brasileira a abordar teoria no campo profissional, embasou-se na Teoria da

**Trabalho 159 - 3/5**

Motivação Humana de Abraham Maslow e na Teoria de João Mohana para elaborar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas(NHB). Ela propôs então às enfermeiras brasileiras uma assistência de enfermagem sistematizada que fez surgir no Brasil uma nova visão de enfermagem. Das nove (34%) reflexões sobre gerenciamento assistencial, seis (66%) enfatizam a necessidade de o gerenciamento estar correlacionado com a assistência, dois (22%) defendem que ao realizar o gerenciamento o enfermeiro não consegue realizar a prática assistencial, devido à demanda de serviço e um (12%) caracterizam o gerenciamento e a assistência como práticas independentes. Para uma efetiva implantação da SAE, se faz necessário haver primeiro um comprometimento da chefia de enfermagem com a proposta, promovendo reuniões e elaborando um plano de ação que incluía: a sensibilização da equipe para a importância dessa metodologia; o desenvolvimento de um estudo aprofundado do tema com o envolvimento de toda a equipe; e a construção coletiva dos meios para viabilizar a execução do processo. O gerenciamento do cuidado é, tratado como a expressão mais clara da boa prática de enfermagem, momento no qual há articulação entre as dimensões gerencial e assistencial para atender às necessidades de cuidado dos pacientes e ao mesmo tempo da equipe de enfermagem e da instituição. Dos 10 (40%) trabalhos sobre as dificuldades da implementação da SAE, 100% deles discorrem sobre algum tipo de dificuldades, dentre elas destacam-se: modelo teórico a ser utilizado (8%); falta de prática ou desconhecimento por parte dos enfermeiros sobre SAE (12%); falta de tempo para operacionalizar a SAE (16%); falta de apoio institucional para implantar (18%); excesso de atividades atribuídas ao enfermeiro (20%); carência de enfermeiros nas instituições(26%). A operacionalização da proposta da SAE por meio do processo de enfermagem tem esbarrado em muitas dificuldades, prevalecendo na prática clínica à organização do cuidado centrado em tarefas, ou seja, o que importa é a realização da ação. Outro fator é a maneira como a SAE tem sido operacionalizado nos serviços - uma imposição da chefia de enfermagem que valoriza mais a documentação à implementação dessa metodologia de forma efetiva na prática.É possível identificar que são muitos os fatores de ordem Pessoal/Profissional que prejudicam a implementação da SAE, com destaque, o preparo inadequado na graduação/despreparo do pessoal, presentes em 12% dos trabalhos pesquisados. Observa-se que muitos dos fatores que prejudicam a implementação da SAE apontados nos estudos desta revisão se

**Trabalho 159 - 4/5**

apresentam, no âmbito da organização, destacando-se a carência de pessoal de enfermagem/enfermeiros. Conclui-se que as instituições têm como responsabilidade propiciar condições necessárias ao enfermeiro para executar de forma efetiva o planejamento da assistência, pois, não basta fazer, é preciso fazê-lo bem; não basta exigir, é preciso oferecer condições. Além disso, o enfermeiro também precisa entender a importância da SAE para a visibilidade e valorização da profissão, pois é a única ação que somente o enfermeiro pode executar. Nesse sentido, para o sucesso da SAE deve haver uma parceria com a educação continuada a fim de suprir as dificuldades reais dos profissionais, com enfermeiros responsáveis/competentes, que tenham referenciais teóricos, objetivos assistenciais e avaliem constantemente essas práticas. Além disso, a necessidade de se promover uma ampla discussão sobre o assunto nas Escolas de Enfermagem, a fim de determinar o referencial teórico que embasará a SAE e definir a metodologia a ser empregada no ensino da mesma.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Gestão, Sistematização da Assistência de Enfermagem.

**ÁREA TEMÁTICA DE INTERESSE – 3: GERENCIAMENTO E REGISTRO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM;**

**REFERÊNCIAS**

1. Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. Texto contexto - enferm. 2009; 18(2): 280-289.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): COFEN; 2000.
3. Hausmann MPM. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Texto contexto - enferm. 2009; 18(2): 258-265.
4. Felli VEAF, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo (SP): Guanabara Koogan; 2005; p.1-13.

**Trabalho 159 - 5/5**

5. Peres, AM. Competências gerenciais do enfermeiro: relação entre as expectativas da instituição formadora e do mercado de trabalho. Tese de Doutorado USP. 2006

Trabalho 160 - 1/5

**PROPOSTA DE INSTRUMENTOS PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO: AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Rudval Souza da Silva<sup>1</sup>  
Aldacy Gonçalves Ribeiro<sup>2</sup>  
Andressa de França Guimarães<sup>3</sup>  
Carina Martins da Silva Marinho<sup>4</sup>  
Hortência Santana Souza<sup>5</sup>  
Ieda Carvalho<sup>6</sup>  
Rogério Ribeiro<sup>7</sup>

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem sendo utilizada em algumas instituições de saúde como um método para desenvolver o cuidado profissional de Enfermagem através do Processo de Enfermagem. Este compreende a aplicação de uma Teoria de Enfermagem na prática do cuidado ao paciente. O processo de enfermagem segundo Horta<sup>1</sup> reproduz a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, dirigidas para uma assistência ao paciente, executada de forma dinâmica. Desse modo, a SAE torna-se uma possibilidade para o desenvolvimento das atividades da equipe de Enfermagem e passa a ser vista como norteadora do cuidado profissional de enfermagem em todo âmbito de ação da equipe de enfermagem. Ela está intrinsecamente relacionada ao desenvolvimento da prática do cuidar, objetivando contribuir para a autonomia e cientificidade da profissão, e os instrumentos utilizados para o registro do processo de enfermagem são vistos como facilitadores para o desenvolvimento das ações e avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente de maneira individualizada<sup>2,3</sup>. Pensando na proposta dos impressos, tomamos por definição do Histórico de Enfermagem como um guia sistematizado para a identificação dos dados do paciente, que permite coletar os dados necessários para o estabelecimento dos **Diagnósticos de Enfermagem** e subsidiar o planejamento do cuidado de enfermagem – **Prescrição de Enfermagem**, com as metas a serem alcançadas e

<sup>1</sup> Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem pela Escola Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Membro do Grupo de Trabalho em SAE do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS).

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela EEUFBA. Diretora Adjunta de Ensino e Pesquisa em Enfermagem do HGRS.

<sup>3</sup> Enfermeira, Residente em Enfermagem em Terapia Intensiva do HGRS.

<sup>4</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela EEUFBA. Membro do GTSAE do HGRS.

<sup>5</sup> Enfermeira, Residente em Enfermagem em Terapia Intensiva do HGRS.

<sup>6</sup> Enfermeiro, Membro do GTSAE do HGRS.

<sup>7</sup> Enfermeira, Membro do GTSAE do HGRS.

**Trabalho 160 - 2/5**

intervenções a serem realizadas pela equipe de enfermagem e o paciente <sup>4,5</sup>. Segundo Cianciarullo<sup>3</sup> a **Evolução de Enfermagem** é o registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Consiste num relato diário ou periódico, das mudanças sucessivas que ocorrem no paciente, enquanto estiver sob os cuidados profissionais da enfermagem. Compreende basicamente três elementos: observação, comunicação e registro. É por meio da evolução diária do paciente que o enfermeiro pode acrescentar diagnósticos de enfermagem ou excluí-los e elaborar novas prescrições de enfermagem ou modificar as já existentes em benefício do paciente. Utiliza-se como base, as evoluções da equipe multiprofissional, prescrição de enfermagem e médica, passagem de plantão, os registros de enfermagem utilizando também os dados obtidos na anamnese e exame físico <sup>4</sup>. Deve contemplar a anamnese, o exame físico completo, buscando identificar as necessidades humanas básicas afetadas, e um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prestados, como parte da avaliação clínica do enfermeiro <sup>3,4,5</sup>. A **Prescrição de Enfermagem** para Wanda Horta <sup>1</sup> se caracteriza por um roteiro diário, visando coordenar as ações dos cuidados prestados pela equipe de Enfermagem em busca do atendimento das necessidades básicas afetadas no ser humano. Segundo Alfaro-LeFevre <sup>2</sup>, a sua elaboração por escrito é importante por promover a comunicação entre os membros da equipe, direcionar e documentar as ações do cuidado profissional de Enfermagem e criar um registro de dados que servirá para avaliação da qualidade da assistência, auditorias, fontes de pesquisa e em situações de cunho legal. A prescrição de enfermagem deve ser redigida na forma de um objetivo operacional, usando-se o verbo no infinitivo, que possa traduzir o cuidado de Enfermagem a ser implementado. Optou-se pelo uso do mnemônico FAOSE proposto por Wanda Horta <sup>1</sup>, que traduz os verbos Fazer, Ajudar, Observar, Supervisionar e Encaminhar. O enfermeiro deve ter em mente que está prescrevendo, na maioria das vezes, para outro membro da equipe que irá executá-la, assim sendo, deverá ser claro, objetivo, detalhado, usar linguagem acessível e expressar a ação que responda a situação de cuidado a ser implementado <sup>5</sup>. Além de completos e bem redigidos, os cuidados prescritos devem causarem impacto na assistência prestada e despertar o interesse da equipe de enfermagem por lê-los, e por realizá-los. Assim sendo, definiu-se como prioridade pelo Grupo de Trabalho em Sistematização da Assistência de Enfermagem – **G TSAE** de um hospital público de ensino da cidade de Salvador-BA, a construção dos instrumentos a

**Trabalho 160 - 3/5**

serem utilizados para implementação da SAE no cuidado ao paciente crítico. Um grupo de enfermeiros, com experiência acerca do Processo de Enfermagem e na práxis do cuidado ao paciente crítico, trabalhou para a formulação dos impressos, *a priori*, histórico de enfermagem, evolução de enfermagem e prescrição de enfermagem, considerando-se a dificuldade existe no desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem, ainda esta sendo realizados estudos para essa fase. O GTSAE realizou reuniões, momentos de discussões, atividades educativas com palestras sobre o Cuidado Profissional de Enfermagem, Teorias da Enfermagem e as fases do Processo de Enfermagem, o que culminou na produção dos impressos como passo inicial à Sistematização da Assistência de Enfermagem no serviço. E para avaliar os impressos por aqueles que atuam na assistência, desenvolveu-se este estudo, o qual tem por objetivo relatar a avaliação da equipe de enfermagem acerca dos instrumentos propostos para o registro da SAE no cuidado ao paciente crítico. O processo teve como norteador a teoria das Necessidades Humanas Básicas proposta por Wanda Horta<sup>1</sup>. Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa simples. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionários desenvolvidos com questões objetivas, tendo como alternativas de respostas adjetivos positivos e negativos, relativas a cada impresso (histórico de enfermagem, evolução, prescrição de enfermagem). Foram distribuídos 73 questionários com três questões referentes a cada impresso para os enfermeiros e 33 questionários com uma questão referente ao impresso prescrição de enfermagem para os técnicos de enfermagem, avaliado cada um dos impressos. Participaram do estudo 20 enfermeiras e 44 técnicos de enfermagem, os quais espontaneamente, responderam e devolveram os questionários. Cada questão solicitava que profissional avaliasse se o impresso é significativo ou não significativo; facilitador ou dificultador; compatível com a prática ou não compatível com a prática; realista ou não realista; rotineiro ou criativo; relevante ou irrelevante; fácil ou difícil; importante ou sem importância; informações necessárias ou informações não necessárias. Para os técnicos de enfermagem ainda foi perguntado se a checagem dos cuidados prescritos era realizada após os cuidados ou no final do plantão. Em relação ao Histórico de Enfermagem observou-se que 94% das enfermeiras consideraram-no como significativo, contudo apenas 56% consideram facilitador para a prática assistencial; cerca de 70% consideram como não compatível com a prática e 67% como

**Trabalho 160 - 4/5**

não realista; 94% apontaram como rotineiro e 87 % relevante; 77% de fácil preenchimento e 87% acreditam que é um instrumento importante, contudo, 56% responderam que são desnecessárias. Em relação ao impresso Evolução de Enfermagem, 88% das enfermeiras responderam que é um instrumento significativo, e 77% consideram facilitador para a prática assistencial; cerca de 69% consideram como compatível com a prática e 79% como realista; 88% apontaram como rotineiro e 81 % relevante; 100% acham de fácil preenchimento o que e 94% acreditam que é importante o seu preenchimento, levando a considera por parte de 81% como necessário. Foi perguntada também qual a melhor maneira de realizar a evolução, 53% consideraram na forma de check-list e os demais na forma de texto. O impresso da prescrição de enfermagem foi avaliado tanto por enfermeiros quanto por técnicos de enfermagem. Na visão das enfermeiras, o impresso é significativo para 69% destas; 59% consideram como dificultador para a prática assistencial; o que levou a 64% a consideram como não compatível com a prática e 71% como não realista; 88% apontaram como rotineiro e 62 % relevante; 57% consideram de fácil preenchimento e 92% acreditam que é importante o seu preenchimento, no entanto 54% consideram como desnecessário. Os técnicos de enfermagem consideram que o impresso é significativo para 91% destes; 89% consideram como facilitador para a prática assistencial; 58% consideram como compatível com a prática e 67% como realista; 77% apontaram como rotineiro e 89% relevante; 85% consideram de fácil preenchimento e 97% acreditam que é importante o seu preenchimento e 81% consideram como necessário. A checagem dos cuidados prestados é realizara após a sua efetivação por 64% deles. Pode-se concluir que apesar das divergências das respostas mais de 90% dos respondedores atribuem à SAE um papel importante para o desenvolvimento do cuidado profissional de enfermagem e consideram relevante o preenchimento dos impressos produzidos para este serviço.

**Descritores:** Processos de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva.

**Área Temática:**

Gerenciamento e Registro dos cuidados de enfermagem

**Trabalho 160 - 5/5**

**Referências**

1. HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
2. ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
3. CIANCIARULLO, T. I. et. al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências.** 3 ed. São Paulo: Ícone Editora, 2001. 301p.
4. TANNURE, M. C. e GONÇALVES, A. M. P. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
5. NÓBREGA, M. M. L. da e SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem.** Belo Horizonte: Aben, 2008.

Trabalho 161 - 1/3

## A INTERFACE DA SAE COM O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA INSTITUIÇÃO ONCOLÓGICA

**Introdução:** Os avanços tecnológicos trouxeram modificações importantes nas mais diversas atividades desempenhadas pelo homem. Na saúde, e na Enfermagem não é diferente. A demanda se apresenta e é preciso rever os processos assistenciais, gerenciais e de ensino para agregar o conhecimento científico disponível com vistas a atender as necessidades trazidas pela clientela. A Acreditação Hospitalar emerge então, como um conjunto de tecnologias gerenciais que possibilitam a melhoria da assistência oferecida, pois propõe uma avaliação sistemática para determinar o cumprimento de uma série de requisitos (padrões) criados para aperfeiçoar a segurança e a qualidade do cuidado em saúde. Propicia assim um compromisso institucional, segurança e qualidade do cuidado ao paciente, garantia de um ambiente seguro e um maior envolvimento dos profissionais em aprimorar seus processos assistenciais no dia a dia de serviços de saúde. A Acreditação Hospitalar pode ser considerada uma ferramenta eficaz de avaliação e de gestão da qualidade em saúde. Quanto à assistência de enfermagem, esta se insere neste contexto a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que se apresenta como um processo organizacional no qual o enfermeiro gerencia e otimiza a assistência de enfermagem de forma organizada, segura, dinâmica e competente. Para tal, lança mão de um conhecimento específico e de uma reflexão crítica acerca da organização e da filosofia do trabalho de enfermagem, determinando sua área específica de atuação. Deste modo, refletir sobre a interface da SAE e os processos de acreditação em uma instituição oncológica, traz possibilidades de melhoria na qualidade do cuidado oferecido aos pacientes com câncer, bem como motivação para atualizar procedimentos e práticas diárias no dia a dia profissional no campo da oncologia. **Objetivos:** Descrever os processos gerenciais integrantes da implementação da SAE em uma instituição oncológica. Relacionar a implementação da SAE com a Acreditação Hospitalar. **Metodologia:** Relato de experiência acerca da implementação da SAE. O cenário do presente estudo é uma instituição pública oncológica de referência nacional para o controle do câncer situada no Rio de Janeiro. Esta instituição é composta de cinco unidades assistenciais localizadas em pontos geográficos distintos e com diversas subespecialidades oncológicas, a saber: ginecologia, mastologia, transplante de células tronco-hematopoiéticas, cuidados paliativos, oncologia clínica, hematologia, tecido ósseo-conectivo, neurocirurgia, cirurgia torácica, oncopediatria, cirurgia abdominal, urologia, cabeça e pescoço, cirurgia plástica e reparadora. Além dessas especialidades clínicas, a instituição também conta com um suporte terapêutico e diagnóstico que inclui: quimioterapia, radioterapia, radiodiagnóstico e medicina nuclear. Atualmente o corpo de enfermagem é composto por 420 enfermeiros e 750 técnicos de enfermagem, com vínculos empregatícios distintos caracterizados por profissionais contratados em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas e pelo Regime Jurídico Único pelo Ministério da Saúde. A consubstanciação dos dados foi possível através das experiências vivenciadas pelo grupo de enfermeiros envolvidos neste processo bem como a consulta de documentos relacionados a SAE, com enfoque nos aspectos gerenciais. Foi utilizado também como fonte de consulta o Manual de Acreditação Hospitalar da *Joint Commission International*. **Resultados:** A primeira etapa do processo de implementação da SAE se deu a partir da necessidade constatada pelos enfermeiros das Educações Continuadas de cada unidade junto as suas respectivas gerências, no sentido de capacitar os

Trabalho 161 - 2/3

enfermeiros assistenciais para a aplicação do processo de enfermagem. Coube a gerência de enfermagem de cada unidade hospitalar a elaboração de um projeto contendo metas, indicadores e cronograma orçamentário, sendo incluído no sistema de planejamento institucional. Após a aprovação deste projeto, tornou-se possível a programação de vários cursos de atualização em SAE, Exame Físico e de Resultados e Intervenções de Enfermagem (NIC e NOC), bem como uma consultoria permanente para avaliação da aplicabilidade do processo. Nesta fase, os enfermeiros assistenciais sentiram-se motivados a participarem de eventos externos sobre SAE bem como, foi promovido na própria instituição um evento sobre o tema. Paralelamente foram realizados grupos de estudo sobre teorias de enfermagem e oficinas de trabalho para identificação de diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nos pacientes oncológicos. A partir deste movimento sentiu-se a necessidade da criação de uma comissão institucional para facilitar a implementação e o intercâmbio das experiências entre as unidades. Esta comissão foi constituída pelos enfermeiros das Educações Continuadas, enfermeiros assistenciais e representantes das gerências das unidades e da residência de enfermagem. A primeira tarefa proposta para esta comissão foi a consolidação de um instrumento de avaliação inicial de enfermagem em um módulo informatizado para ser utilizado em todas as unidades hospitalares, que foi baseado em um formulário impresso já existente. Este instrumento foi adaptado na perspectiva teórica de Wanda Horta com aplicação da taxonomia da NANDA. Tal tarefa se tornou possível mediante suporte da Tecnologia da Informação do instituto. Neste mesmo momento, realizou-se um workshop de avaliação do processo de implementação da SAE nos vários cenários assistenciais com a participação da consultoria, que realizou ajustes para adequação e continuidade do processo. O módulo informatizado foi implantado em abril deste ano, estando em fase de teste para eventuais ajustes. A partir da utilização desta ferramenta, sentiu-se a necessidade da realização de encontros de capacitação para utilização das escalas avaliativas existentes no instrumento e uma discussão mais aprofundada sobre a fadiga relacionada ao câncer. Para facilitar o manuseio deste instrumento pelos enfermeiros assistenciais foi construído um manual de instruções que consiste numa descrição “passo a passo”, desde a entrada no sistema informatizado até o registro dos dados coletados. Para adequar a SAE ao processo normativo da Acreditação Hospitalar foi elaborado documento sob forma de instrução de serviço detalhando os objetivos, a abrangência, os conceitos, as diretrizes, as competências, os procedimentos e anexos. Este documento foi aprovado pela gestão de assistência do instituto para balizar a implementação da SAE em todas as unidades. Os próximos passos deste processo consistem na disseminação e aplicação do instrumento informatizado para todos os pacientes matriculados na instituição e o desenvolvimento das etapas subseqüentes do processo de enfermagem compreendendo a inclusão dos resultados e das intervenções de enfermagem. Contemplando todas as etapas acima descritas, verificamos que existe uma estreita relação entre a implementação da SAE com alguns padrões requeridos pela Acreditação Hospitalar, no que concerne ao foco no paciente e na administração dos serviços. Dentre esses padrões podemos citar: acesso e continuidade do cuidado, avaliação dos pacientes, cuidados aos pacientes, gerenciamento e uso de medicamentos, educação de pacientes e familiares, melhoria da qualidade e segurança do paciente, prevenção e controle de infecções, educação e qualificação dos profissionais e gerenciamento da comunicação e da informação. **Conclusão:** Para o sucesso da implementação da SAE, são vários os fatores requeridos, dentre eles: adequação de recursos físicos, humanos, orçamentários, assim como a capacitação técnico-científica da equipe de enfermagem. Cabe a gerência de

**Trabalho 161 - 3/3**

enfermagem a responsabilidade de favorecer este ambiente, fomentando uma visão e uma missão institucional de enfermagem, visando dar o devido suporte para que os enfermeiros tenham condições de aplicar a SAE em todas as suas fases. Além disso, também compete a sensibilização e formalização institucional junto à gestão superior no sentido viabilizar as condições organizacionais e orçamentárias para aplicação deste processo. Considerando o movimento de qualidade instaurado nas instituições de saúde em nível internacional através da Acreditação Hospitalar, identificamos que uma instituição que tenha uma SAE aplicada corretamente, certamente estará em conformidade com as metas internacionais de segurança do paciente e contemplará a maioria dos padrões internacionais preconizados pelas agências certificadoras. Finalizando, afirmamos que o papel do enfermeiro gerente e suas ações são elementos fundamentais para consolidar uma prática de enfermagem científica pautada nos preceitos da segurança e da qualidade do cuidado.

**Referências:**

Joint Commission International e Consórcio Brasileiro de Acreditação. Manual da Acreditação Hospitalar, 3ª edição, 2008.

Backes et al., Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. Acta Sci. Health Sci., Maringá, v. 27, n. 1, p. 25-29, 2005.

Leão, ER. Silva, CPR; Alvarenga, DC. Mendonça, SHF. Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão organizadora. Eliseth Ribeiro Leão et al. São Caetano do Sul, SP.: Yendis Editora, 2008.

Rosseti, AC. Carqui, L.M. Implantação de Sistema Informatizado para planejamento, gerenciamento e otimização das escalas de enfermagem. Acta Paul Enferm. São Paulo, 2009; 22(1): 83-8.

Manzo, BF. O Processo de Acreditação Hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

Trabalho 162 - 1/4

REGISTRO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA CIRÚRGICA

Kelly Barros Marques<sup>1</sup>

Simone de Sousa Paiva

Lia Maristela da Silva Jacob

Joselany Áfio Caetano

Marli Terezinha Gimeniz Galvão

INTRODUÇÃO: Ao longo dos anos, o desenvolvimento de ferramentas e processos nas práticas assistenciais vem se tornando fator importante para identificação de problemas nas diferentes áreas da Enfermagem, principalmente no ambiente hospitalar. Portanto, deve-se constituir lugar favorável para a elaboração de estratégias para melhor atender cada indivíduo em todos os aspectos do cuidar. Em algumas situações, no ambiente hospitalar, opta-se pelo procedimento cirúrgico como melhor resolução clínica. Este é um momento delicado, causador de medos e angústias, em que muitas vezes o paciente fica sem saber ao certo qual procedimento cirúrgico será realizado<sup>1</sup>. O profissional de enfermagem é responsável por ofertar um cuidado pré, trans e pós-operatório holístico ao indivíduo. Para este fim, informações em tempo real, por um sistema eficiente de documentação de dados clínicos faz-se necessário para o desempenho de intervenções. O propósito fundamental dessa documentação é tornar a assistência mais eficaz, evitar informações repetitivas e otimizar o acesso a informações para a equipe multiprofissional. Também se pretende uma maior aproximação entre enfermeiro e paciente<sup>2</sup>. O Conselho Federal de Enfermagem, através de leis e resoluções, respalda, legaliza e orienta sobre o registro da assistência ao paciente de forma fidedigna e adequada<sup>3</sup>. Um instrumento de coleta de dados para melhor direcionar nosso cuidado constitui-se primeiro passo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Sua implantação e implementação dentro da prática das instituições em saúde intenciona a eficácia da nossa atenção em saúde, com olhar amplo e não somente voltado para patologia clínica. Apesar das leis e resoluções que respaldam a todas as etapas da SAE estarem em vigor há alguns anos em vigor, muitas instituições ainda precisam se adaptar e criar SAE baseando-se na realidade da

---

<sup>1</sup> Enfermeira Chefe do Bloco Cirúrgico da Santa Casa de Misericórdia. Endereço: Rua Gonçalves Ledo, 660 – Apto. 1602 – Praia de Iracema. Fortaleza-Ceará. E-mail: kbarros\_br@yahoo.com.br

#### Trabalho 162 - 2/4

clientela assistida. A ausência de documentações específicas ao cuidado fragiliza as ações do enfermeiro, principalmente em algumas áreas especializadas em que não se evidencia a existência de uma equipe de enfermagem, como por exemplo, a prática em centro cirúrgico, por ser um setor fechado, de acesso restrito e confinado. A SAE perioperatória vem preencher essa lacuna na prática cirúrgica, objetivando reduzir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente cirúrgico e sala de recuperação pós-anestésica e diminuir a ansiedade do paciente e familiares, sendo um instrumento próprio e adequado às diversas fases perioperatórias<sup>4</sup>. OBJETIVOS: Relatar a elaboração e implantação de formulário próprio da assistência prestada no centro cirúrgico e sala de recuperação da Santa Casa de Fortaleza. e Descrever a qualidade dos registros realizados no formulário elaborado durante o processo de sua implantação. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência sobre a elaboração e implantação de um instrumento de coleta de dados de enfermagem, objetivando otimizar o cuidado prestado ao paciente cirúrgico. O formulário foi desenvolvido no Bloco cirúrgico da Santa Casa de Misericórdia da cidade de Fortaleza, Ceará, durante o ano de 2009. Nesta instituição são realizadas em torno de 7.000 cirurgias/ano, em sua maioria de média complexidade. A construção desse instrumento foi pauta importante da reunião para o planejamento estratégico de 2009 da Santa Casa. A intenção foi contemplar o prontuário do paciente com dados essenciais para uma melhor assistência de Enfermagem no Bloco Cirúrgico, tendo em vista que, o prontuário tinha apenas documentações do ato anestésico-cirúrgico e o papel da Enfermagem era apenas de notificar os gastos medico-hospitalares. Durante os meses de Janeiro a Fevereiro de 2009, com base nas práticas recomendadas da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) construiu-se o formulário proposto e foi dividido em: Admissão no Centro Cirúrgico, Trans-operatório e Pós Operatório. Em fevereiro/09 foi realizado treinamento com a equipe de Enfermagem do Bloco Cirúrgico para preenchimento correto do instrumento a ser implantado. Em março do mesmo ano foi realizado um pré-teste, com todos os pacientes admitidos para cirurgia durante oito dias, totalizando 213 impressos. Após isso, foi feita análise da qualidade de 30% dos registros, um total de 64 fichas. Optou-se por uma seleção aleatória dos mesmos, selecionando os formulários cuja ordem numerada era múltipla de quatro. Baseando nesta análise,

**Trabalho 162 - 3/4**

pode-se encontrar as dificuldades para implantação do formulário e realizar as devidas intervenções para sua melhoria. RESULTADOS: Foi analisado um total de 64 formulários. Os dados estão apresentados em Período Transoperatório e Pós-operatório. A primeira fase compreende desde o momento em que o paciente é recebido no centro cirúrgico até a sua saída da sala de operação<sup>2</sup>. A segunda fase corresponde a Recuperação Anestésica e Pós operatório imediato. No referente aos dados da admissão do paciente, quanto à sua identificação, a maioria dos impressos (98%) apresentava identificação do usuário com o nome completo. Também na maior parte dos impressos (81%) descrevia o tipo de cirurgia a que o paciente iria ser submetido, em apenas metade constava a descrição da equipe completa. Sobre os exames pré-operatórios, em 45% destes, a informação estava completa e devidamente preenchida, em 34% estava incompleta e em 21% não foi registrada. Um dado importante para um procedimento cirúrgico é a notificação das alergias do paciente. Em 82% houve preenchimento dessa informação, no entanto, dos sete pacientes que referiram alergia a medicamentos, apenas em quatro casos foi descrita a droga. Quanto ao preparo do paciente para cirurgia, em 90% dos formulários os dados foram corretamente descritos, nos demais a informação estava ausente. No referente ao estado do paciente, foram avaliados nível de consciência e tipo de ventilação. Quanto ao nível de consciência, na maioria dos impressos (75%) os dados estavam corretamente dispostos. No referente ao tipo de ventilação, em somente 62% o dado estava informado. No item Informações Transoperatórias, na maior parte dos formulários (83%) não foi especificado o início e o término do procedimento. Também na maioria dos formulários (79%) não se informou realização de exames ou coleta de material para análise durante o ato anestésico-cirúrgico. Em 86% não foi informado alguma possível intercorrência. No Pós-operatório imediato, o controle dos sinais vitais devem ser realizados na primeira hora, a cada 15 minutos e registrado presença de drenos e/ou sondas<sup>4</sup>. No entanto, na maior parte dos formulários analisados (93%), não seguiram a recomendação quanto a verificação dos sinais vitais, em 55% não foi informado presença/ausência de drenos e em 61% não havia o dado quanto a sondas. Quanto a evolução de enfermagem, orientase que conste: avaliação do estado geral, problemas novos identificados e resumo das intervenções<sup>3</sup>. Em apenas 78% dos impressos verificava-se a existência da evolução, destes nenhum seguia as orientações recomendadas. Quanto a identificação do

**Trabalho 162 - 4/4**

profissional de enfermagem, em apenas 43% constava a identificação completa (nome e número do conselho). **CONCLUSÃO:** O estudo foi importante para se identificar quais as dificuldades encontradas pela equipe para utilização do formulário e direcionar o treinamento dos mesmos, bem como reformular o questionário confeccionado. Com vistas a implantação da SAE na Santa Casa de Misericórdia, faz necessário que a primeira etapa da sistematização, a coleta de dados, seja devidamente assimilada e adotada como prática inerente do cuidar por todos que compõem o corpo da enfermagem no Bloco Cirúrgico.

**REFERÊNCIAS:**

1. Carraro TE. Enfermagem e assistência: Resgatando Florence Nightingale. Goiânia: AB editora, 2001.
2. Kurcgnant P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-272 de 27 de agosto de 2002 (BR). Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 2002.
4. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. São Paulo: SOBECC, 2009.

Palavras-chave: Intervenção cirúrgica, Enfermagem Perioperatória, Avaliação em Enfermagem

Área temática: Gerenciamento e Registro dos Cuidados de enfermagem.

Trabalho 163 - 1/5

**A IMPLEMENTAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM INFORMATIZADO EM UMA INSTITUIÇÃO ONCOLÓGICA: UM DESAFIO NA CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS**

Ana Maria Gualberto dos Santos<sup>1</sup>

Cristiane Sanchotene Vaucher<sup>2</sup>

Laísa Figueiredo F. Lós de Alcântara<sup>3</sup>

Rosenice Perkins Dias da Silva Clemente<sup>4</sup>

Valéria Pereira de Macedo<sup>5</sup>

**Introdução** O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano.<sup>1</sup> Tanto na prática assistencial quanto na perspectiva da educação continuada, especialistas apontam que a implementação do processo de enfermagem viabiliza e fundamenta o pensamento crítico necessário ao exercício do cuidado de forma segura e eficiente. Horta apresentou um modelo de processo de enfermagem contendo as seguintes etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e o prognóstico de enfermagem. Tal modelo foi amplamente adotado pela enfermagem brasileira, direcionando o cuidado, individualizando a assistência prestada, enfim, sistematizando a assistência de enfermagem nos diversos espaços de atenção à saúde, sendo importante ressaltar que uma etapa irá fundamentar as subseqüentes no raciocínio clínico do enfermeiro. Assim, torna-se imprescindível que as informações coletadas sejam precisas e fidedignas e que possibilite traçar um perfil individualizado deste doente. Para realizar

<sup>1</sup> Especialista em Oncologia pela SBEO. Enfermeira da Educação Continuada CEMO/INCA. Membro da Comissão de Implantação da SAE / INCA. Rua Professor Gabizo, 301/203. Maracanã. Rio de Janeiro/RJ. gualberto13@terra.com.br

<sup>2</sup> Especialista em Oncologia pela SBEO. Enfermeira Líder da Seção de Abdômen, Urologia e Plástica INCA/HCI. Membro da Comissão de Implantação da SAE / INCA.

<sup>3</sup> Enfermeira da Educação Continuada do INCA/HCI. Membro da Comissão de Implantação da SAE / INCA. Doutora em Enfermagem pela EEAN / UFRJ.

<sup>4</sup> Enfermeira da Educação Continuada do INCA/HC IV. Membro da Comissão de Implantação da SAE / INCA.

<sup>5</sup> Enfermeira da Educação Continuada do INCA/ HCII. Membro da Comissão de Implantação da SAE / INCA. Mestre em Enfermagem pela UERJ.

**Trabalho 163 - 2/5**

uma investigação sistemática e ordenada, o enfermeiro deve seguir cinco passos <sup>2</sup>: 1) Coleta de dados: realizada de forma direta ou indireta. Os dados diretos são aqueles informados diretamente pelo cliente, por meio da anamnese e do exame físico. Os dados indiretos são aqueles obtidos por outras fontes como: familiares ou amigos, prontuário de saúde, registros de outros profissionais da equipe multidisciplinar, resultados de exames laboratoriais, aplicação de escalas entre outros. Os dados são classificados em duas categorias: objetivos (observáveis) e subjetivos (relatados pela pessoa). Esses dados são indicativos e viabilizam uma inferência sobre a existência ou não de um problema. 2) Validação dos dados: o enfermeiro deverá comprovar se os dados coletados estão corretos comparando-os com valores normais ou padrões, no sentido de evitar erros na identificação de problemas ou deixar de coletar dados importantes. 3) Agrupamento dos dados: os dados da situação de saúde do cliente devem ser agrupados em conjuntos de informações relacionadas, reforçando o pensamento crítico do enfermeiro e a realização de julgamento baseado em evidências. 4) Identificação de padrões: o enfermeiro deverá identificar impressões iniciais dos padrões de funcionamento humano e decidir sobre o que é relevante, direcionando a investigação para aquisição de mais informações na tentativa de identificar um padrão. 5) Comunicação e registro de dados: os dados significativos (ou anormais) devem ser comunicados, assegurando assim que a informação seja socializada na equipe multidisciplinar, o que subsidiará a detecção precoce de problemas identificados. O registro dos dados viabiliza a continuidade da assistência de enfermagem, a exatidão das anotações e o pensamento crítico na análise dos dados coletados e o aprimoramento dos conhecimentos do enfermeiro. Atualmente existem duas formas de coletar dados de maneira estruturada: a forma manuscrita ou impressa e a informatizada, que é acessada por meio eletrônico. Esta forma de coleta de dados possibilita um cadastro do doente e um banco de dados, para posterior reavaliação com a possibilidade de inserção de alterações apresentadas pelo doente e fomentos para pesquisa. Assim para implementar esta forma de coletada de dados informatizada foi necessário estabelecer um módulo informatizado que contemplasse a primeira fase do processo de enfermagem - o histórico, que foi nomeado como Avaliação Inicial de Enfermagem (AI), esta fase corresponde à primeira etapa da implementação de todo o processo. Para desenvolver este trabalho, foi constituído o Comitê

**Trabalho 163 - 3/5**

de Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (CISAE), composto por enfermeiros líderes, gestores e assistenciais e das Educações Continuadas de uma instituição pública especializada em oncologia, composta por cinco unidades específicas assistenciais. Essa comissão se reunia uma vez por semana e, junto com o departamento de Tecnologia da Informação (TI) processava e estabelecia os elementos que construiria o módulo informatizado da primeira fase do processo de enfermagem. Durante esses encontros percebeu-se a necessidade de aprimoramento de conhecimentos específicos como fadiga em paciente oncológico e a utilização de alguns instrumentos avaliativos, importantes em oncologia. Em abril de 2010, iniciou-se o processo de capacitação de enfermeiros que consistiu na apresentação e demonstração da forma de preenchimento da AI. A partir da utilização desta ferramenta, observou-se a necessidade de facilitar o manuseio desta pelos enfermeiros assistenciais, sendo construído um manual de instruções que consiste numa descrição do “passo a passo”, desde a entrada no sistema informatizado até o registro dos dados coletados e o cadastramento. Durante a disseminação desta implementação nas cinco unidades comprovamos alguns fatores facilitadores e dificultadores. Os facilitadores podem dizer que o próprio comitê, as gerentes de enfermagem de cada unidade, o departamento de Tecnologia da Informação (TI) e a direção geral da instituição foram importantes para a sedimentação do processo. E os fatores dificultadores apresentaram-se na falta de acesso ao módulo (de alguns enfermeiros), cadastramento incorreto de dados, falhas no aplicativo, além de recursos físicos insuficientes; bem como, recursos humanos resistentes às inovações tecnológicas.

**Objetivos:** Descrever o processo de implementação da primeira etapa do processo de enfermagem informatizado em uma instituição oncológica. Identificar procedimentos facilitadores/dificultadores para disseminação do módulo informatizado na prática assistencial dos serviços. **Metodologia:** O cenário do estudo foi uma instituição oncológica, composta por cinco unidades, direcionadas ao atendimento de pacientes nas diversas subespecialidades oncológicas. O módulo informatizado contempla a primeira fase do processo de enfermagem, o histórico, nomeado como Avaliação Inicial de Enfermagem (AI), esta fase corresponde à primeira etapa da implementação. Para desenvolver este trabalho, foi constituído o Comitê de Implementação da Sistematização da Assistência de

Trabalho 163 - 4/5

Enfermagem composta por enfermeiros líderes, gestores e assistenciais e das Educações Continuadas de cada unidade. Em abril de 2010, iniciou-se o processo de capacitação de enfermeiros que consistiu na apresentação e demonstração da forma de preenchimento da AI. A partir da utilização desta ferramenta, observou-se a necessidade de facilitar o manuseio desta pelos enfermeiros assistenciais, sendo construído um manual de instruções que consiste numa descrição do “passo a passo”, desde a entrada no sistema informatizado até o registro dos dados coletados. Em um segundo momento, se fez necessário também à realização de encontros de capacitação para utilização das escalas avaliativas existentes no instrumento e uma discussão mais aprofundada sobre a fadiga relacionada ao câncer.

**Resultados:** O caminho percorrido para implementação do módulo informatizado de avaliação inicial de enfermagem teve alguns obstáculos a serem superados como: falta de acesso ao módulo (de alguns enfermeiros), cadastramento incorreto de dados, falhas no aplicativo, além de recursos físicos insuficientes; bem como, recursos humanos resistentes as inovações tecnológicas. Estes fatores contribuíram para criação de alguns critérios para o preenchimento, visto que ainda não é possível realizar o preenchimento informatizado da AI de todos os pacientes admitidos. A falta de uma unidade móvel para viabilizar o preenchimento da AI junto ao leito dos pacientes restritos a este, também configurou como outro problema para implementação deste instrumento. Tais obstáculos se mostraram um desafio para equipe responsável pela implementação, pois houve necessidade de estímulo da equipe para que os enfermeiros não deixassem de preencher, através do módulo informatizado, no mínimo uma das admissões diárias durante seu plantão. Outras dificuldades encontradas foram: falhas do aplicativo e das máquinas, no cadastramento da AI com necessidade de redigitação.

**Conclusão:** Os dados encontrados no processo de implementação do módulo informatizado, AI, apontam que há necessidade de um trabalho conjunto e contínuo da equipe de enfermagem com a equipe da TI a fim de otimizar e manter o processo. Em relação aos procedimentos facilitadores podemos destacar a atuação da comissão SAE na instituição estudada, o apoio dos gestores e da TI. Como dificultadores pontuamos adesão parcial dos enfermeiros no preenchimento do módulo informatizado e a inadequação de recursos de informática disponíveis para o atendimento do paciente. Consideramos que estes insumos e a continuidade da capacitação da equipe são de suma

**Trabalho 163 - 5/5**

importância na consolidação do processo de implementação do módulo informatizado nesta instituição.

**Área temática:** Gerenciamento e Registro dos cuidados de enfermagem

**Palavras chave:** Capacitação, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Processo de Enfermagem Informatizado.

**Referências:**

1. Horta, V. A. e Castellanos, B. E. P. Processo de Enfermagem. São Paulo : EPU, 1979.
2. Tannure, MC. SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2008.
3. Alfaro-Lefevre, R. Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Artmed, 5ed, Porto Alegre, 2005.
4. Carpenito-Moyet, L. Compreensão do processo de enfermagem: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes. Artmed, Porto Alegre, 2007.
5. BACKES et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. Acta Sci. Health Sci., Maringá, v. 27, n. 1, p. 25-29, 2005.

**Trabalho 164 - 1/4**

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM:  
GERENCIAMENTO PARA APRENDIZADO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO

Carolina Garcia Bonotto\*

Gabriela Marchiori Carmo Azzolin\*\*

Gabriela Costa Cardillo\*

Mariele Santana da Silva\*

Rafaela Reiche André\*

Tânia Framiele Calixto\*

**INTRODUÇÃO:** A proposta do trabalho é relatar a experiência de graduandos do último ano da Faculdade de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, bem como a percepção destes em relação aos objetivos da disciplina de Enfermagem: Gerenciamento. A disciplina tem como objetivo geral desenvolver no aluno habilidades e competências com relação a instrumentos do processo de trabalho gerencial do enfermeiro. Esta disciplina possui enfoque teórico e prático o que viabiliza a compreensão dos alunos em relação aos instrumentos gerenciais e assistenciais, além da articulação destes, elaborando o diagnóstico situacional da unidade onde estão inseridos e a partir desta estratégia realizam sugestões de propostas de intervenção. Sabe-se que o Processo de Trabalho Gerencial da Enfermagem subdivide-se em assistência e gerência, o qual é composto por quatro dimensões sendo elas: a dimensão técnica, comunicativa política e de desenvolvimento da cidadania<sup>1</sup>. Neste momento os alunos estão no início das atividades da disciplina e, passam por dezessete dias de prática clínica conforme a proposta do Projeto Político Pedagógico da Faculdade de Enfermagem, sendo esta uma estratégia que consideraram pertinente na reforma curricular para que o aluno compreendesse os objetivos da disciplina. A prática clínica permitiu aos acadêmicos contato com a prática profissional do enfermeiro, compreendendo que o Processo de Trabalho Gerencial do Enfermeiro, está envolvido diretamente na assistência quando visualizamos administração de recursos materiais, humanos, controle, planejamento da assistência e aplicação dos instrumentos gerenciais. Durante todo o processo de graduação conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) é estimulado nos alunos o desenvolvimento de competências e habilidades tais

#### Trabalho 164 - 2/4

como: tomada de decisão, comunicação, atenção a saúde, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Dentre estas observamos que a maioria são competências gerenciais<sup>1</sup>. Para que os acadêmicos compreendam esta dinâmica, existe um cronograma proposto pelos docentes dessa disciplina que é acumulativo, ou seja, os alunos iniciam reconhecendo o Processo de Trabalho da Equipe de enfermagem, aplicam o instrumento processo de enfermagem, realizam visita clínica, aplicam o grau de complexidade da assistência e a avaliação de risco, e ao término das atividades realizam em grupo discussões das vivências. Esta última etapa permite rico aprendizado aos acadêmicos possibilitando compartilhar as situações e práticas vivenciadas com os colegas do grupo e com os docentes, discutindo os sentimentos e dificuldades enfrentados por cada um, bem como sugestões de resolução para os conflitos vivenciados nas diversas situações. Ao final dos dezessete dias o aluno terá que desenvolver as competências e habilidades para compreender a articulação dos instrumentos e a importância dos mesmos para o Processo de Trabalho Gerencial do enfermeiro bem como as dimensões deste de maneira articulada. **OBJETIVO:** Relatar as estratégias utilizadas pelos docentes da disciplina Enfermagem: Gerenciamento, para o desenvolvimento de competências e habilidades de futuros profissionais enfermeiros para formação do raciocínio clínico. Descrever os sentimentos vivenciados pelas acadêmicas do último ano de graduação de Enfermagem durante a prática clínica da disciplina de Enfermagem: Gerenciamento. **METODOLOGIA:** Relato de experiência. **RESULTADOS:** A disciplina Enfermagem: Gerenciamento proporcionou aos acadêmicos no decorrer da prática clínica o desenvolvimento de competências e habilidades gerenciais com fundamento teórico e prático que ocorreu durante as discussões realizadas a partir da necessidade da prática clínica, de ações de planejamento, execução, avaliação, habilidade no uso de conhecimentos científicos, atitudes e experiências adquiridas para desempenhar as funções sociais referindo um contexto mais amplo no desenvolvimento de competências éticas, políticas e técnicas. Essas competências possibilitaram que o acadêmico desenvolvesse na prática seu papel como agente de transformação social, tendo a capacidade de empregar seu conhecimento para atingir o objetivo de articular o conhecimento teórico com julgamento crítico e o raciocínio clínico para obtenção de resultados satisfatórios. A formação de enfermeiros implica uma articulação entre os referenciais teóricos, visando

#### Trabalho 164 - 3/4

uma vertente pedagógica que passe pelo construtivismo e por competências, sendo essa apresentada como uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles<sup>2</sup>. Outro aspecto considerado relevante é a organização curricular centrada em disciplinas com modalidades que partem do genérico para o específico, mantendo lógicas internas aparentemente refratárias às organizações somativas<sup>2</sup>. A divisão por conteúdos voltados para determinada disciplina, pode dificultar tanto a integração dos conceitos e práticas voltada à capacitação clínica quanto a sua transferência para novas situações de aprendizagem<sup>2</sup>. Na área de trabalho em saúde a dimensão do saber ter extrema importância, considerando que trabalhamos sempre com o raciocínio reflexivo<sup>3</sup>. Este exercício não é apenas uma aplicação de saberes, ele também engloba uma parcela de raciocínio, antecipação, julgamento, criando síntese e risco<sup>2</sup>. Proporcionando desta forma o exercício de competências, estimulando hábitos e, sobretudo esquemas de percepção, pensamentos, mobilização dos conteúdos e informações que memorizamos, exigindo situações de formação mais criativas e mais complexas que as alternâncias entre aulas e exercícios<sup>2</sup>. O trabalho de enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se em cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar/ensinar, assim compreendemos que esta disciplina possibilitou a articulação desses processos na prática clínica<sup>1</sup>. Os instrumentos adotados na disciplina são diálogo reflexivo, exposição em recursos audiovisuais e quadro, aula dialogada, leitura de artigos, exercícios práticos, trabalho em grupo, dinâmica de grupo e elaboração de portfólio e relatório. Iniciamos o semestre com o sentimento de curiosidade em conhecer os instrumentos e a prática gerencial do enfermeiro além de articular a assistência direta com a gerência, ao mesmo tempo sentíamos insegurança pela responsabilidade frente às atividades a serem assumidas, a receptividade da equipe de enfermagem, a interação com a equipe multiprofissional e serviços de apoio. No decorrer da prática desenvolvemos a confiança e aprendemos a utilizar as estratégias de liderança, gerenciamento de conflitos, propostas de intervenção e raciocínio clínico o que proporcionou visualizarmos as dificuldades e os desafios que enfrentaremos na profissão e como poderemos agir para modificar uma realidade visando uma inserção no contexto da saúde consistente, sustentada, responsável e ética. Após a vivência dos dezessete dias de estágio no campo prático conseguimos realizar o diagnóstico

#### Trabalho 164 - 4/4

situacional de cada unidade onde passamos, algo que no início julgávamos ser uma tarefa complexa, porém após visualizarmos o projeto com as propostas de intervenções prontas para serem apresentadas a instituição, entendemos que realmente conseguimos desenvolver o raciocínio crítico e reflexivo, colocando em prática nosso papel enquanto agentes de transformação social. **CONCLUSÕES:** Desenvolver a competência clínica pressupõe, portanto, construir tanto o problema quanto a solução, refletir, observar os dados em todos os sentidos, dar-lhes consistência, esboçar hipóteses e analisá-las detalhadamente por meio do pensamento<sup>2</sup>. Durante essa vivência conseguimos aprimorar as habilidades em relação ao saber reconhecer, como fazer, como ser e como lidar, gerando sentimentos de segurança pelo embasamento vivenciado na prática acadêmica, no entanto permanece a certeza frente aos desafios que serão encontrados no cotidiano da profissão da aplicação dos preceitos identificados por Florence Nightingale como norteadores da prática de Enfermagem que, além de seu caráter social também requer para o seu exercício a responsabilidade social.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Educação; Organização e Administração.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PERES, Aida Maris and CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2006, vol.15, n.3, pp. 492-499. ISSN 0104-0707. doi: 10.1590/S0104-07072006000300015.
2. DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz; MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue; IDE, Cilene Aparecida Costardi. Planejamento de ensino em enfermagem: intenções educativas e as competências clínicas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** n.43, v.2, p.264-271, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200002)>. Acesso em: 6 jul 2010.
3. ANSELMINI, M. L.; PEDUZZI, M. O processo de trabalho em enfermagem. A cisão entre o planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 55, n. 4 jul./ago. 2002.

Trabalho 165 - 1/4

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INDICADORES DOS RESULTADOS  
DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO RISCO DE INFECÇÃO

Miriam de Abreu Almeida<sup>1</sup>, Deborah Hein Seganfredo<sup>2</sup>, Luciana Nabinger Menna Barreto<sup>3</sup>, Amália de Fátima Lucena<sup>4</sup>

**Introdução:** A excelência da qualidade da assistência em saúde pode ser verificada por meio da avaliação dos resultados dos serviços oferecidos<sup>(1)</sup>. Há décadas os enfermeiros procuram mensurar os resultados da sua prática profissional. Assim, em 1991 foi iniciada a construção da *Nursing Outcomes Classification* (NOC)<sup>(2)</sup>, que é uma classificação para avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. A metodologia do Processo de Enfermagem (PE), cuja quinta e última etapa consiste na avaliação dos resultados, é utilizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) desde a década de 1970. Os diagnósticos de enfermagem (DE) foram inseridos no prontuário eletrônico do paciente em 2000, utilizando-se a terminologia da NANDA Internacional (NANDA-I)<sup>(3)</sup> em união ao modelo de Wanda Horta, que fundamenta na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow. A partir de 2005 a *Nursing Interventions Classification* (NIC) tem servido de base para os cuidados de enfermagem contidos no sistema informatizado. Contudo, ainda não é empregada uma classificação de enfermagem com elementos capazes de mensurar os resultados deste processo. Nos Serviços de Enfermagem Cirúrgica, Clínica e em Terapia Intensiva do HCPA o DE Risco de Infecção foi o prevalente na prática das enfermeiras<sup>(4)</sup>. O objetivo deste estudo é validar os indicadores dos Resultados de Enfermagem da NOC para o DE Risco de Infecção. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo, do tipo descritivo transversal, consistindo em um estudo de validação de conteúdo, desenvolvida no HCPA. A população do estudo compreendeu a totalidade de enfermeiros que trabalham nos serviços de enfermagem cirúrgica (58), clínica (45) e em terapia intensiva (54) com pacientes adultos. A amostra foi constituída por 12 enfermeiros considerados peritos que atenderam a critérios de inclusão. A coleta de dados foi realizada utilizando-se instrumento elaborado para este fim pelas

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutora em Educação, Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Coordenadora do Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: miriam.abreu2@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem/UFRGS, Residente da Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRGS, bolsista de iniciação científica PIBIC/CNPq/UFRGS

<sup>4</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências, Professora Adjunto da Escola de Enfermagem/UFRGS

#### Trabalho 165 - 2/4

pesquisadoras, contendo todos os resultados de enfermagem NOC propostos na quarta edição para o diagnóstico Risco de Infecção<sup>(2)</sup>. Utilizou-se estatística descritiva para análise dos dados, calculando-se a média aritmética ponderada das notas atribuídas pelos enfermeiros para cada resultado, considerando-se: 1 = 0; 2 = 0,25; 3 = 0,50; 4 = 0,75; 5 = 1<sup>(5)</sup>. Definiu-se o ponto de corte em 0,80. O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pelo Comitê de Ética em Saúde do HCPA. **Resultados:** Oito Resultados de Enfermagem (REs) propostos pela NOC na quarta edição foram validados para o DE Risco de Infecção com escore maior ou igual a 0,80. Para estes, também se validou os indicadores que foram: o RE Conhecimento: Controle de Infecção possui nove indicadores, dos quais quatro (44,44%) receberam médias acima de 0,80. Estes foram: Descrição das práticas que reduzem a transmissão (0,95), Descrição do modo de transmissão (0,91), Descrição dos fatores que contribuem para a transmissão (0,89) e Descrição de sinais e sintomas (0,83). O RE Controle de Riscos: Processo Infeccioso possui 24 indicadores, dos quais oito (33,33%) receberam médias acima de 0,80. Estes foram: Prática a higienização das mãos (0,97), Identifica sinais e sintomas pessoais que indicam risco potencial (0,89), Utiliza precauções universais (0,89), Prática estratégias de controle de infecção (0,89), Identifica risco de infecção nas situações diárias (0,87), Mantém o ambiente limpo (0,87), Identifica estratégias para proteger a si mesmo de outros com infecção (0,83) e Obtém imunizações recomendadas (0,81). O RE Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção possui 18 indicadores, dos quais 10 (55,55%) receberam médias iguais ou superiores de 0,80. Estes foram: Tecido de granulação (0,95), Odor proveniente da ferida (0,93), Diminuição da tamanho da ferida (0,91), Formação de tecido cicatricial (0,89), Drenagem purulenta (0,87), Eritema em torno da ferida (0,87), Inflamação da ferida (0,87), Edema em torno da ferida (0,85), Necrose (0,85) e Formação de túnel (0,83). O RE Cicatrização de Feridas: Primeira Intenção possui 14 indicadores, dos quais nove (64,28%) receberam médias iguais ou superiores a 0,80. Estes foram: Aproximação das bordas da ferida (0,87), Formação de tecido cicatricial (0,87), Odor proveniente da ferida (0,87), Elevação da temperatura da pele (0,85), Aproximação da pele (0,85), Drenagem purulenta (0,83), Eritema em torno da ferida (0,83), Lesão de pele em torno da ferida (0,81) e Edema em torno da ferida (0,81). O RE Conhecimento: Procedimento(s) de Tratamentos possui 10 indicadores,

**Trabalho 165 - 3/4**

dos quais seis (60,0%) atingiram escores superiores a 0,80. Estes foram: Explicação do propósito do(s) procedimento(s) (0,87), Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento (0,85), Descrição dos efeitos colaterais potenciais (0,83), Descrição das restrições relacionadas ao(s) procedimento(s) (0,81), Descrição da ação adequada em caso de complicações (0,81) e Descrição de contra-indicações para o(s) procedimento(s) (0,81). O RE Estado Imunológico possui 19 indicadores, dos quais sete (36,84%) receberam médias superiores a 0,80. Estes foram: Temperatura corporal (0,87), Imunizações atualizadas (0,85), Valores absolutos do leucograma (0,85), Valores do diferencial do leucograma (0,85), Infecções recorrentes (0,85), Integridade da pele (0,81) e Tumores (0,81). O RE Integridade Tissular: Pele e Mucosas possui 21 indicadores, dos quais seis (28,57%) receberam médias superiores a 0,80. Estes foram : Integridade da pele (0,93), Lesões na pele (0,91), Necrose (0,91), Lesões nas mucosas (0,87), Câncer de pele (0,85) e Eritema (0,81). O RE Controle de Riscos: Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) possui 17 indicadores, sendo todos validados pelos peritos. **Conclusão:** Oito resultados de Enfermagem da NOC foram validados para o DE Risco de Infecção; entre os seus indicadores, validou-se o conteúdo de 67, o que corresponde a 51% do total. Levando-se em conta a trajetória do HCPA na utilização das classificações de enfermagem, espera-se que estes achados possam subsidiar a implantação da NOC no Processo de Enfermagem informatizado da instituição. Embora ainda recente em nosso meio, conclui-se que o uso da classificação NOC é uma alternativa viável para avaliar e identificar as melhores práticas de cuidado de enfermagem.

**Referências**

1. Moura GMSS, Juchem BC, Falk MLR, Magalhães AMM, Suzuki LM. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. Rev. Gaucha Enferm. Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):136-40.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Nursing Outcomes Classification NOC. 4 ed. New York: Elsevier; 2008.
3. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

**Trabalho 165 - 4/4**

4. Seganfredo DH. Validação de Resultados de Enfermagem segundo a Nursing Outcomes Classification (NOC) na prática de enfermagem cirúrgica, clínica e em terapia intensiva em um hospital universitário [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Enfermagem; 2010.
5. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. Heart Lung. 1987 Nov;16(6 Pt 1):625-9.

**Palavras-Chave:** Processos de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; resultados.

**Área temática:** 3 - Gerenciamento e Registro dos cuidados de enfermagem

Trabalho 166 - 1/5

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES ADULTOS QUE SOFRERAM QUEDAS DO LEITO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA REGIÃO SUL

Samara Greice Röpke Faria da Costa<sup>1</sup>, Miriam de Abreu Almeida<sup>2</sup>, Vera Lúcia Mendes Dias<sup>3</sup>, Aline Tsuma Gaedke Nomura<sup>4</sup>, Melissa Prade Hemesath<sup>5</sup>, Daiane da Rosa Monteiro<sup>6</sup>.

INTRODUÇÃO: A melhoria da qualidade e segurança do paciente em instituições de saúde vem sendo proposta por diversas entidades, entre elas a Organização Mundial da Saúde (OMS). Para alcançar a melhoria na assistência prestada é indispensável e importante a aplicação de instrumentos que avaliem e controlem a qualidade desta prática<sup>1</sup>. Segundo a OMS a avaliação da qualidade pode ser realizada através da implantação de indicadores que mensuram o desempenho atual de componentes de estrutura, de processo ou de resultado, e compará-los a padrões desejados<sup>2</sup>. Um indicador pode ser definido como “a medida utilizada para determinar, através do tempo, o desempenho de funções, processos e resultados de uma instituição”<sup>3</sup>. Um indicador relacionado ao processo assistencial, ligado aos serviços de enfermagem e utilizado como indicador de qualidade em enfermagem é a *Incidência de Quedas*, que vem sendo mensurado por diversas instituições. As quedas em pacientes hospitalizados podem acarretar inúmeras e graves conseqüências para os indivíduos que a sofrem, podendo ser conseqüências imediatas ao pacientes (lesões, abrasões, fraturas,...), demandando maior custo assistencial e tempo de internação, e conseqüências para a equipe de enfermagem (perda de confiança e/ou dúvidas em relação a qualidade da equipe que presta os cuidados). Objetivando qualificar a assistência prestada e aumentar a segurança do paciente assistido, o Grupo de Enfermagem de um Hospital Universitário da região sul implantou, em janeiro de 2007, e vem acompanhando o desempenho de quatro indicadores de qualidade assistencial em enfermagem, sendo

<sup>1</sup> Aluna do 9º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Educação, Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da UFRGS. Rua Vicente da Fontoura, 3008/202, Porto Alegre, RS, 90460-002. E-mail miriam.abreu2@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira, Especialista em Gestão e Informática em Saúde, Assessora de Informática em Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

<sup>4</sup> Aluna do 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS.

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS.

**Trabalho 166 - 2/5**

eles: *Incidência de Quedas do Leito*, Incidência de Úlcera de Pressão, Índice de Prescrição de Enfermagem e Índice do Tempo de Respostas das Consultorias de Enfermagem. Embora o indicador *Incidência de Quedas do Leito* seja mensurado há mais de três anos neste hospital, a análise de causas destas quedas não havia sido sistematizada. Um dado conhecido é que desde a implantação deste indicador o número absoluto das notificações de quedas vem decaindo a cada ano, não sendo possível afirmar o real motivo. Entendendo de maneira positiva, a redução do número de quedas decorreria do fato de que os pacientes estariam sendo avaliados quanto a presença de fatores de riscos e sendo implementadas medidas preventivas a partir do estabelecimento do Diagnóstico de Enfermagem *Risco de Quedas*<sup>4</sup>, que foi implementado a partir de 17 de abril de 2008. Objetivando analisar as causas das quedas do leito sofridas pelo pacientes e avaliar a presença de alguns fatores de risco descritos no Diagnóstico de Enfermagem Risco para Quedas da NANDA-I, um grupo de enfermeiras vem investigando, desde dezembro de 2009, os pacientes que sofreram quedas a partir das notificações pelo sistema informatizado, das unidades de internação. Neste contexto, este estudo se propôs a conhecer as características dos pacientes que sofreram quedas do leito com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de instrumentos que possam auxiliar na identificação de fatores preditivos (de riscos) e na consequente prevenção de tais acontecimentos. OBJETIVOS: Caracterizar os pacientes que sofreram quedas do leito, notificados durante a hospitalização no período de dezembro de 2009 à maio de 2010, quanto ao perfil epidemiológico e fatores de risco, e identificar os Diagnósticos de Enfermagem apresentados por estes pacientes. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, realizado em um hospital universitário, nas unidades de internação de pacientes adultos. Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento contendo os dados de identificação do paciente (sexo, idade, turno da queda, unidade de internação, grau de severidade do dano causado pela queda), fatores de risco a partir da Taxonomia II da NANDA-I, medicações, diagnósticos médicos e diagnósticos de enfermagem. Os dados foram coletados pelas enfermeiras da pesquisa, após recebimento da notificação da queda via sistema informatizado. A população foi constituída de todos os pacientes adultos notificados com a ocorrência de quedas do leito (maca e cama), no período de dezembro de 2009 a maio de 2010. Foram excluídos os instrumentos com preenchimento incompleto. Para a análise dos dados

**Trabalho 166 - 3/5**

realizou-se estatística descritiva por meio do programa Sturz 1.4 for Win32 by MukaTec, construído para este projeto. O mesmo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Comitê de Ética das instituições envolvidas (HCPA protocolo 100018).

**RESULTADOS:** Dos 58 pacientes adultos notificados no período, 05 instrumentos foram excluídos por apresentarem dados incompletos, sendo a amostra representada por 53 instrumentos. Destes 27 (51%) quedas foram referentes ao sexo masculino. A média de idade apresentada foi de  $61,11 \pm 14,6$  anos sendo que 57% dos pacientes que sofreram queda apresentaram idade igual ou superior a 60 anos. Maior frequência de quedas foi verificada no período noturno (56%), seguido da tarde e manhã. Em relação ao serviço de internação, 31 (58%) quedas foram registradas na Internação Clínica, 15 (28%) Internação Cirúrgica, 3 (6%) Emergência Adulto, 2 (4%) UTI, e 2 (4%) Internação Psiquiátrica. Quanto ao uso de medicamentos o estudo revelou uma média de  $7,3 \pm 3,37$  medicamentos por paciente. Os medicamentos foram agrupados segundo o fator de risco *Medicamentos* do DE Risco de Quedas da NANDA-I, que compreende 9 tipos, os medicamentos não pertencentes a essas classes foi contabilizado como *Outros*. Em 32 (60,37%) quedas os pacientes apresentavam prescrito o medicamento Heparina, 13 (24,52%) Captopril, 11 (20,75%) Metoprolol, e 10 (18,86%) Furosemida. Os danos decorrentes das quedas foram classificados em 5 graus de dano: grau 0 (sem dano) registrado em 23 (43,4%) casos; grau 1 (contusão, abrasão, pequeno dano na pele ou laceração, envolvendo pouco ou nenhum cuidado) com 22 (41,51%); grau 2 (distensão, laceração grande ou profunda, lesão de pele ou contusões que necessitem intervenção) 3 (5,66%); grau 3 (fratura, perda da consciência, mudança no estado físico ou mental, requerendo intervenção maior) 3 (5,66%); grau 4 (óbito) 0%; e não informado 2 (3,77%). Os Diagnósticos Médicos encontrados registraram um total de 108 registros. Os mesmos foram agrupados em 12 categorias, sendo que a Função Cardio e Circulatória obteve o maior número de diagnósticos médicos relacionados com 63 (28,77%) do total de diagnósticos, seguido da Função Metabólica e Endócrina 38 (17,35%), Função Respiratória com 30 (13,7%), Função Neurológica 18 (8,22%) e Função Urinária e Renal 12 (5,48%). Dentre os diagnósticos referentes a Função Cardio e Circulatória os mais prevalentes foram: 14 (26,41%) HAS, 9 (16,98%) ICC, e 7 (13,20%) Cardiopatia Isquêmica. Quanto os DEs apresentados, foram evidenciados um total de 35 tipos, com uma média de 2,3 DEs por paciente. Dentre eles os que

#### Trabalho 166 - 4/5

apresentaram maior frequência foram: Déficit no Autocuidado 19 (35,84%); Risco de Infecção 17 (32,07%); Padrão Respiratório Ineficaz 11 (20,75%); Síndrome do Déficit do Autocuidado 11 (20,75%); Nutrição Desequilibrada 11 (20,75%); Integridade Tissular Prejudicada 8 (15,09%); Dor Aguda 7 (13,20%); e Risco de Quedas 7 (13,20%). Todas as quedas que apresentaram o DE Risco de Quedas pertenciam a Internação Clínica. Dentre os fatores de risco foram analisados as categorias *Ambientais* (Ambientes com móveis e objetos em excesso, Ausência de material antiderrapante, Quarto não familiar, Ausência de cuidador, Imobilização e Grades no leitos), *Cognitivos* (Estado mental rebaixado), *Em adultos* (História de quedas, Uso de cadeira de rodas, Uso de dispositivos auxiliares, e idade acima de 65 anos), e *Fisiológicos* (Condições pós-operatórias, Dificuldades visuais, Doença vascular, Equilíbrio prejudicado, Alterações do sono, Hipotensão ortostática, Incontinência, Mobilidade Física Prejudicada, Presença de doença aguda, Problema nos pés ). Das 53 ocorrências de quedas, 47 (88,67%) apresentavam mobilidade física prejudicada, 45 (84,9%) presença de doença aguda, 44 (83,01%) equilíbrio prejudicado, 43 (81,13%) estado mental diminuído. CONCLUSÕES: A maioria das quedas foi registrada em pacientes do sexo masculino com idade igual ou superior a 60 anos, no turno da noite, durante internação clínica, sem dano ou dano que envolveu pouco ou nenhum cuidado. A polifarmácia foi evidenciada sendo o medicamento Heparina o mais prevalente, seguido de Anti-hipertensivos. Os pacientes que sofreram quedas não registravam, em sua maioria, o DE Risco de Quedas apesar de apresentarem uma média de 10 fatores de risco para o mesmo. Os fatores de risco encontrados devem ser levados em consideração na admissão dos pacientes para a escolha do DE Risco de Quedas, e para a prescrição de medidas preventivas com vistas à segurança dos pacientes. O desenvolvimento de um programa para processamento e análise dos dados permitiu agilidade, confiança e ampla visualização dos resultados.

#### Referências

1. Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP 2009; 43(2): 429-437.
2. World Health Organization. Quality improvement in primary health care: a practical guide. Cairo: WHO Regional Publications; 2004.

**Trabalho 166 - 5/5**

3. Joint Commission International. Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. 3 ed. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação; 2008.

4. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2010. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Palavras-Chave: Diagnóstico de Enfermagem, Acidentes por Quedas, Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

Área Temática: Gerenciamento e Registro dos cuidados de enfermagem

Trabalho 167 - 1/5

## A APLICABILIDADE DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO INSERIDAS NO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL INFORMATIZADO

Carmen Lucia de Paula<sup>1</sup>

Maria da Glória dos Santos Nunes<sup>2</sup>

Andréa Cristina Fortuna Oliveira<sup>3</sup>

Mônica de Fátima Bolzan<sup>4</sup>

**Introdução:** A avaliação inicial (AI) corresponde a primeira etapa do Processo de Enfermagem (PE) que é o histórico. O PE restaura para enfermagem seu primeiro compromisso que é o de cuidar das pessoas numa base personalizada, humana e técnica<sup>(1)</sup>. O PE foi introduzido no Brasil em 1979, por meio da proposta da “Teoria das Necessidades Humanas Básicas” e inclui seis fases: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem. <sup>(2)</sup> <sup>1</sup>Enquanto enfermeiras atuando nas áreas de educação, assistência e gerência de uma instituição pública que presta serviços ao paciente oncológico, acredita-se que a implementação da AI informatizada aumenta os benefícios ao paciente e a equipe na medida em que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) proporciona melhoria na qualidade dos serviços otimizando e dando visibilidade a equipe enquanto profissionais. Desta forma identifica-se a necessidade de uma construção coletiva do módulo informatizado para realizar a AI dos pacientes admitidos na instituição. Para padronização da avaliação de alguns parâmetros são utilizadas internacionalmente escalas avaliativas que foram incluídas no instrumento de avaliação inicial. No cenário oncológico várias Escalas são utilizadas diariamente pela

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Enfermeira da Educação Continuada do Instituto Nacional de Câncer/Hospital do Câncer II. Rua Equador, 831/5º andar, Santo Cristo-Rio de Janeiro. E-mail: educont.hc2@inca.gov.br

Trabalho 167 - 2/5

equipe de enfermagem, principalmente no momento em que se dá a admissão do paciente. A utilização de escalas facilita a avaliação do padrão e o planejamento dos cuidados de enfermagem. De forma geral as escalas são graduadas do menor para o maior grau de severidade, em relação ao parâmetro a ser avaliado tendo uma representação gráfica, numérica, cores e símbolos. A identificação acontece através do relato do paciente ao observar a escala. E da observação e interpretação do enfermeiro sendo norteador por um instrumento. O resultado possibilita a obtenção de uma investigação cuidadosa dos sinais e sintomas relacionados ao parâmetro, bem como o planejamento assistencial. A reutilização das escalas no seguimento configura-se no monitoramento do parâmetro e da conduta utilizada, pois em vários momentos do cuidado o paciente precisa ser avaliado e reavaliado.

**Objetivos:** Descrever as Escalas de Avaliação inseridas no instrumento de Avaliação Inicial informatizado. **Metodologia:** Considerou-se descrever as Escalas de Avaliação inseridas no instrumento de AI, a partir dos pressupostos apresentados na literatura que descrevem aspectos fundamentais relacionados ao cuidado. A transformação das práticas no cuidado de enfermagem ao paciente e o enfrentamento do câncer de forma integral, configura-se em desafio. Objetivando atender a demanda de sinais e sintomas que acompanham os pacientes oncológicos, entende-se que a aplicação das Escalas de Avaliação favorece e otimiza o cuidado. Neste contexto foram inseridas as escalas de avaliação de auto relato, de avaliação profissional e a combinação das duas modalidades validadas internacionalmente e que se aplicam ao perfil da clientela: Escala Visual Analógica, Escala de Rass, Escala de Mucosite, Escala de Fadiga, Escala de Odor, Escala de Bristol. Escala de KPS. As escalas por auto relato e interpretação profissional incluídas na AI foram: as escalas de avaliação da dor, Escala Visual Analógica(EVA), que consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente. É um instrumento utilizado para verificação da evolução do paciente durante o tratamento e no seguimento de maneira fidedigna. É útil para analisar a efetividade do tratamento. Para utilizar a EVA o profissional deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pelo paciente. Sistematizar a avaliação e registrar os dados é fundamental para a detecção de queixa algica. A dor não identificada e descrita não é tratada <sup>(4)</sup> a Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS) foi desenvolvida para avaliar pacientes em

**Trabalho 167 - 3/5**

Unidades de Terapia Intensiva que façam uso de medicamentos sedativos, sua graduação varia de +4 a -5 e avalia os seguintes parâmetros: +4 Agressivo: Violento; perigoso. +3 Muito agitado: Conduta agressiva; remoção de tubos ou cateteres. +2 Agitado: Movimentos sem coordenação frequentes. +1 Inquieto Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos, 0 Alerta, calmo -1 Sonolento Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (> 10 seg). -2 Sedação leve: Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (<10 seg). -3 Sedação moderada: Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual). -4 Sedação profunda: Não responde ao som da voz, mas movimentada ou abre os olhos com estimulação física. Para avaliação e graduação da mucosite bucal foi utilizado o critério de toxicidade aguda da World Health Organization – WHO, onde o grau de severidade varia de grau 0 a 4. Na escala grau 0 significa sem evidência de mucosite, grau 1 equivale a eritema: com lesões pouco sintomáticas, grau 2 igual a eritema:com úlceras; podendo ingerir sólidos, grau 3 correspondendo a eritema:com úlceras; só podendo ingerir líquido e grau 4 significando úlceras confluentes sem possibilidade de alimentar-se por via oral. No caso da fadiga a avaliação é feita a partir do auto-relato onde a escala de fadiga <sup>(4)</sup> tem como objetivo estabelecer um padrão para medição e a caracterização das manifestações clínicas e subjetivas da fadiga, traduzindo-as em informações objetivas e quantitativas. Utiliza-se no instrumento de AI uma escala graduada onde o grau de severidade varia de 0 a dez. na escala 0 corresponde a sem evidência e grau 10 representando fadiga grave, se corresponder a graduação máxima. Sendo o odor uma característica da ferida tumoral para avaliá-lo utiliza-se a Escala de Avaliação de Odor, onde grau I equivale ao odor sentido ao abrir o curativo, grau II, odor sentido ao aproximar-se do paciente sem abrir o curativo e grau III é sentido no ambiente sem abrir o curativo. grau III é caracteristicamente forte e/ou nauseante. Para avaliação das alterações funcionais do intestino utiliza-se a Escala de Bristol que permite a classificação visual das fezes em sete tipos distintos: • Tipo 1: Bolinhas, duras, difíceis de passar. • Tipo 2: Moldadas, mas embotadas. • Tipo 3: Moldadas, com rachaduras na superfície. • Tipo 4: Moldadas, lisas e macias. • Tipo 5: Pedacos macios com bordas definidas e fáceis de passar. Constipação Intestinal no Câncer Avançado 17 • Tipo 6: Fezes pastosas, amolecidas. • Tipo 7: Completamente líquidas. (Os

**Trabalho 167 - 4/5**

tipos das fezes são conseqüências direta do tempo de permanência das mesmas em contato com a mucosa do intestino grosso, pois quanto maior o tempo, maior se dá a absorção de água. Portanto, no tempo de trânsito intestinal lentificado, as fezes são semelhantes às do tipo 1, mais duras e de difícil eliminação. Já no trânsito mais acelerado, representadas pelo tipo 7, as fezes são completamente líquidas. As fezes do tipo 4 são representativas do tempo de trânsito intermediário ou normal. As escalas de avaliação do profissional, a partir de dados colhidos na AI foram as Escalas: KPS de performance status (PS), ou seja, escalas que avaliam a capacidade funcional do paciente, atribuindo para PS 0 – Atividade Normal - 100 – Nenhuma queixa: ausência de evidência de doença 90 – Capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintomas da doença. PS 1 – Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia normal - 80 – Alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço 70 – Capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo. PS 2 – Fora do leito mais de 50% do - tempo 60 – Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades 50 – Requer assistência considerável e cuidados médicos freqüentes. PS 3 – No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos - 40 – Incapaz; requer cuidados especiais e assistência 30– Muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo 20, 10 – Moribundo processos letais progredindo rapidamente– Muito incapaz; indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente. PS 4 – Preso ao leito. **Resultados:** Até o momento os resultados apontam que a aplicação do instrumento com as escalas inseridas configura-se em grande desafio para a equipe, uma vez que falta conhecimento e habilidade para o manejo de todas. Dentro deste contexto vale ressaltar participação das enfermeiras das educações continuadas do instituto que permanecem atentas monitorando a utilização do instrumento e dando o suporte necessário para que seja possível a utilização do mesmo. **Conclusão:** Conclui-se que a avaliação dos sinais e sintomas começa com o que o paciente considera, e esse é o eixo norteador de toda abordagem terapêutica. O sucesso do manejo depende da avaliação adequada, do conhecimento e da identificação de fatores que contribuem para a ocorrência do quadro e de medidas de controle apropriadas para cada situação <sup>(4)</sup> Sendo assim, a aplicabilidade das escalas inseridas no instrumento de Avaliação Inicial informatizado, de forma efetiva oportuniza a equipe vivenciar mais uma

**Trabalho 167 - 5/5**

possibilidade de aprendizado e crescimento ao que se refere ao cuidar de enfermagem em oncologia fomentando as discussões, estudos e produções científicas em relação à implantação da SAE.

**Palavras – Chave:** Enfermagem, Oncologia, Escalas de Avaliação.

**Sub-temas:** Gerenciamento e registro dos cuidados de enfermagem

Referências:

- (1). Leopardi. M T. 1999 . Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC: Florianópolis:Editora Papa – livros, 1999.228 p.
- (2). Vigo. K O; Pace. A E ; Rossi. L, A; Hayashida. M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP vol.35 nº.4 São Paulo Dec. 2001
- (3). BRASIL. Tratamento e Controle de Feridas Tumorais e Úlceras por Pressão no Câncer Avançado. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Série Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro-RJ, 2009, 44 pág.
- (4).Pimenta, C.A.M. Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia.Barueri, SP: Editora Manole, 2006.498 p.

Trabalho 168 - 1/5

**PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM  
UMA UNIDADE BASICA DE SAUDE NUM  
MUNICIPIO DO SERTÃO DO MOXOTÓ- PE**

ARAÚJO, Romina Pessoa Silva de<sup>1</sup>

CARVALHO, Valdirene Pereira da Silva<sup>2</sup>

GONÇALVES, Cláudia Fabiane Gomes<sup>3</sup>

SÁ, Ana karine Laranjeira de<sup>4</sup>

SILVA, Gilcele Marília da<sup>5</sup>

**Introdução:** A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome que afeta milhões de pessoas em todo o mundo e contribui, de maneira expressiva, para um grande número de mortes anuais devido as complicações dela decorrentes. Sendo a HAS uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos, apresenta um elevado custo médico-social, principalmente por sua participação em complicações como doenças cérebro vascular, doença arterial coronária, insuficiência renal crônica, doença vascular periférica. Suas complicações são responsáveis principalmente pela alta

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Docente da Faculdade de Belo Jardim – FAEB e do Curso Técnico de Enfermagem do IFPE- Belo Jardim – PE.

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Docente do Curso Técnico de Enfermagem do IFPE-Pesqueira – PE.

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Docente do Curso Técnico de Enfermagem do IFPE- Pesqueira – PE. Rua: Leonardo Pacheco Duque, N° 407, CEP: 56.510- 090 Bairro: São Miguel. Cidade: Arcoverde. Estado: Pernambuco. [cfabianegg@hotmail.com](mailto:cfabianegg@hotmail.com).

<sup>4</sup> Enfermeira. Especialista em Pneumologia. Docente do Curso Técnico de Enfermagem da IFPE- Pesqueira – PE.

<sup>5</sup> Nutricionista. Especialista em Saúde Pública. Nutricionista do Núcleo de Apoio de Saúde da Família de Pedra - PE

**Trabalho 168 - 2/5**

freqüência, permanência e internações hospitalares <sup>(1)</sup>. Embora complexa, a HAS é considerada uma enfermidade silenciosa, de magnitude, fácil diagnóstico e tratamento simples, porém de difícil controle, a ser estabelecido mediante medidas de saúde pública, atingindo 22% da população brasileira acima de 20 anos, e aumentando a prevalência em até 65% na população idosa, devido às reações orgânico-fisiológicas de resistência arterial periférica, decorrentes do envelhecimento <sup>(2)</sup>. São várias as definições de atenção primária à saúde (APS). Starfield <sup>(3)</sup> refere como estratégia organizativa da atenção à saúde, assentada nos princípios de atenção generalizada, acessível, integrada e continuada, mediante trabalho em equipe; atenção centrada na pessoa e orientada à família e à comunidade; atenção coordenada incluindo o acompanhamento do usuário nos outros níveis de atenção e apoio constante aos usuários nos aspectos relacionados à saúde e bem estar. No Brasil, a operacionalização dos princípios da APS tem como estratégia o Programa de Saúde da Família (PSF) que foi concebido para ser a porta de entrada do sistema local de saúde e desenvolver ações básicas de forma integral e resolutiva, proporcionando além de extensão de cobertura e ampliação do acesso, a substituição das práticas tradicionais, contribuindo para a reestruturação do sistema de saúde <sup>(4)</sup>. É de extrema importância que o portador de HAS tão logo tenha diagnóstico instituído, seja acompanhado por uma equipe de saúde multidisciplinar, uma vez que é indiscutível que suas complicações possam ser minimizadas com a instituição de medidas de controle e tratamento adequados, pois desta forma é notório o impacto positivo no que tange à morbi-mortalidade da HAS. Intervenções não-farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Deste modo, a intervenção não farmacológica presta-se

Trabalho 168 - 3/5

ao controle dos fatores de risco e as modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou detectar a evolução da HAS. Apesar de consolidada a relação entre HAS e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os seus mecanismos de atuação. São conhecidos, no entanto, os efeitos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobres em gordura) sobre os níveis pressóricos. A intervenção medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos colaterais motivando o abandono do tratamento <sup>(2)</sup>. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo conhecer a prevalência da HAS em uma unidade básica de saúde num município do sertão do Moxotó - PE, bem como investigar as práticas adotadas e o conhecimento da população adulta e idosa quanto às opções de tratamento anti-hipertensivo instituída pelo serviço de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo corte transversal, de cunho quantitativo. Para a coleta de dados foram entrevistados 254 pacientes, usuários do serviço, portadores de HAS, mediante entrevista estruturada. Os dados foram agrupados e interpretados, para posterior análise. É oportuno salientar que se manteve a identidade dos participantes em anonimato a fim de salvaguardar sua privacidade, em respeito à resolução 196/96, que orienta os preceitos éticos e legais na pesquisa envolvendo seres humanos <sup>(5)</sup>. **Resultados:** Destaca-se a prevalência da HAS de 55% na população na faixa etária de 50 a 60 anos - o que vai ao encontro do que é preconizado pela Sociedade de Cardiologia; dentre os entrevistados 83% são alfabetizados e 66% participaram de palestras e discussões sobre o controle da HAS; no entanto, 67% não possui conhecimentos acerca da HAS; 83% faz uso regular de medicamentos. Em relação às práticas não-medicamentosas: 33% realizaram atividades físicas. 83% faz uso regular de alimentação balanceada e apenas 15%

Trabalho 168 - 4/5

fez exames periódicos para o acompanhamento e o controle da HAS. **Conclusão:** Embora os entrevistados apresentassem boa escolaridade e participação nas palestras e discussões sobre a doença, os mesmos se mostraram desconhecedores acerca da HAS, bem como dos riscos, complicações e alguns fatores que influenciam para o seu controle e tratamento. A relevância deste tipo de atividade instituída pelo serviço de saúde deve ser dada pelos profissionais envolvidos no processo, através de planejamento com vistas à intervenção eficaz e eficiente em sua abordagem, com ênfase na orientação não medicamentosa e tratamento adequado, pois só assim é possível prevenir complicações e internamentos hospitalares, além de minimizar os custos referentes ao tratamento inadequado, bem como os danos físicos e psíquicos causados tanto para o paciente como para a sua família. **Referências:** 1 - ARAÚJO, G. B. da S. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo:** análise conceitual. 2002. 119f. . Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2 - DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. In: **IV DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**, 4.,2002, São Paulo. **Anais...** Campos do Jordão-SP, fev. 2002. 40p. 3 - STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002. 4 - SILVA, A.A. **Programa de Saúde da Família: trajetória institucional no âmbito do ministério da saúde.** [Dissertação] Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2003. 5 - BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196/96. **Cadernos de Ética em Pesquisa.** N.1, p. 34-42, 1996.

**Trabalho 168 - 5/5**

Palavras chaves: hipertensão; atenção primária a saúde;  
prevalência

**ÁREA TEMÁTICA**

1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na  
Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida;

**Trabalho 169 - 1/4**

DIRETRIZES E CONCEPÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA O  
PROCESSO DE ENFERMAGEM, BASEADO EM TERMINOLOGIA  
PADRONIZADA

Marcos Antônio Gomes Brandão<sup>1</sup>

Fernanda Avellar Cerqueira<sup>2</sup>

Silvana Abrantes Vivacqua<sup>3</sup>

Simone Vieira Leal<sup>4</sup>

CONSIDERAÇÕES INICIAIS: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) implica em que as iniciativas globalizantes de organização e funcionamento perpassem pelas dimensões teórica e prático-clínica da profissão, mas, também englobem aspectos de gerenciamento e gestão, inclusive de natureza interdisciplinar. No que concerne à natureza da ação clínica, a sistemática de organização tem sido a aplicação do processo de enfermagem. Esse carrega em si tanto a estruturação de etapas que se baseiam no método científico para a resolução de problemas, tanto quanto, representa um elemento de articulação com as linguagens de enfermagem. Percebe-se que comumente as estratégias que conduzem para a Sistematização da Assistência de Enfermagem costumam partir das iniciativas de implantação e/ou documentação do processo de enfermagem. Também, é reconhecido que o desafio na proposição de um instrumento de documentação do processo de enfermagem é garantir a apresentação da estrutura de concepção da ferramenta de modo a permitir sua reprodutibilidade. Considerando o exposto, o presente estudo apresenta as diretrizes e a concepção de elaboração de um instrumento de documentação do processo de enfermagem implantado em duas

---

<sup>1</sup> Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da EEAN – UFRJ. Líder de Pesquisa do TECCONSAE. Endereço: DEF/EEAN - R.Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova – Centro – Rio de Janeiro. 20211-110. E-mail: marcosbrandao@pq.cnpq.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda na Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Chefe de Enfermagem do CTI Adulto do Hospital da Lagoa/MS.

<sup>3</sup> Enfermeira. Chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital da Lagoa/MS. MBA em Gestão de Saúde pela Cândido Mendes. Mestranda da Cesgranrio.

<sup>4</sup> Enfermeira. Enfermeira do Serviço de Educação Continuada do do Hospital da Lagoa/MS (HL/MS). Presidente o Centro de Estudos do HL/MS.

**Trabalho 169 - 2/4**

unidades de internação de um hospital federal do município do Rio de Janeiro.

**MÉTODOS:** Estudo descritivo que toma por objeto a elaboração de um instrumento de documentação do processo de enfermagem a clientes adultos internados. A descrição contempla os aspectos do desenvolvimento do instrumento concernentes a sua estrutura, bem, como a apresentação dos procedimentos de validação de conteúdo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A elaboração do instrumento seguiu um planejamento estratégico que envolveu: uma fase diagnóstica concernente aos processos de trabalho e aos recursos humanos; uma fase de construção propositiva; e uma fase de validação de conteúdo e testagem. Na primeira fase o consultor sênior de SAE desenvolveu as reuniões com o grupo de enfermeiras gestoras para discussão da proposta de trabalho e para definição de metas e estratégias. O produto obtido das reuniões foi composto por um cronograma de trabalho, pela definição das unidades-piloto para implantação do instrumento de processo de enfermagem, pela delimitação da estratégia de capacitação do recurso humano. Ainda nesta fase, consultores sênior e junior desenvolveram uma análise nos prontuários das unidades com os seguintes propósitos: (a) identificar a extensão e o detalhamento dos registros de enfermagem; (b) verificar a frequência da inclusão de termos qualificadores (semânticos) dos achados clínicos contidos nos registros; (c) verificar a existência do uso de linguagens padronizadas de enfermagem; (d) identificar o atendimento dos aspectos legais relacionados à documentação clínica; (e) verificar a existência de conceitos de teorias de enfermagem; (f) identificação de convergência/divergência de estilos de redação. As conclusões decorrentes do procedimento de auditoria nos prontuários indicaram que de um modo geral os registros eram simples, com pouco detalhamento e nem sempre incluíam os qualificadores dos achados. Foram raras as ocorrências de termos de enfermagem em linguagem padronizada (quando ocorreram foram diagnósticos na linguagem da North America Nursing Diagnosis Association)<sup>1</sup>. O foco era predominantemente biomédico e voltado a relatos de procedimentos e alterações clínicas (intercorrências). Os aspectos legais eram atendidos. Só se observou coincidência de estilo no uso de uma orientação de exame físico voltado a sistemas orgânicos, no mais, os estilos eram divergentes e pareciam decorrer as diferentes formações e experiências profissionais dos enfermeiros-autores. Na segunda fase – a de construção propositiva – os consultores realizaram quatro reuniões em que os enfermeiros receberam a solicitação de apresentar suas crenças

**Trabalho 169 - 3/4**

sobre SAE e processo de enfermagem, e apresentar suas demandas e expectativas em relação ao assunto. Em síntese, as expectativas declaradas eram positivas no que concerniam a uma qualificação do resultado da documentação clínica, no entanto, existia um temor de que o instrumento ampliasse sobremaneira a demanda de tempo dispensado pelos enfermeiros ao registro. Os resultados obtidos com a segunda fase permitiram a proposição de um modelo de instrumento que possuísse diretrizes de elaboração que convergisse para as demandas dos enfermeiros. A primeira foi a de estabelecer a convergência de etapas do processo de enfermagem e a máxima continuidade da documentação. Para tal o instrumento foi dividido em seções que ocupam duas faces de um papel diagramado correspondente a três páginas A4 por face. As seções são: (a) cabeçalho de identificação, (b) avaliação de riscos e aspectos de proteção e segurança; (c) documentação da avaliação de enfermagem segundo os padrões institucionais de normalidade; (d) diagnósticos e problemas de enfermagem; (e) prescrição de enfermagem; (h) parâmetros vitais; (i) tecnologias duras (procedimentos realizados e dispositivos em uso); (j) registro do controle de líquidos. De modo a garantir a continuidade e a economia de recursos, o instrumento foi idealizado para registrar os dados de cada plantão diurno e noturno por três dias consecutivos. Outro princípio utilizado foi o da padronização de terminologias. Para isso, o instrumento foi fundamentalmente estruturado, em formatos dos tipos: caixa de seleção e indicação gráfica. O sistema de documentação da avaliação de enfermagem foi baseado em uma adaptação do “charting-by-exception”<sup>2</sup>. Na adaptação do sistema, os padrões de normalidade a serem adotados na instituição para a avaliação foram construídos com o uso de termos clínicos derivados: (1) dos registros dos enfermeiros lotados na instituição; (2) de características definidoras da NANDA, e (3) de termos classificados na versão 2 da taxonomia da Classificação internacional da Prática de Enfermagem (CIPE). O propósito foi harmonizar a terminologia usada nos registros do instrumento com uma futura ampliação de uso das linguagens de enfermagem no hospital. Em termos de desenho foram construídos trechos de registros padronizados divididos pelos domínios da Taxonomia II da NANDA. Deste modo, a avaliação se dava por orientação ao domínio e baseando-se nos aspectos dispostos nos padrões definidos no instrumento. Considerando o princípio de otimização do tempo e o aproveitando da concepção do ‘charting-by-exception’ os enfermeiros só precisavam registrar de forma descritiva o

**Trabalho 169 - 4/4**

achado que fugisse ao padrão de normalidade estabelecido em dado domínio da avaliação de enfermagem. Na ocorrência da plenitude de concordância entre o verificado na avaliação clínica com o registro padronizado proposto para o domínio, cabia a checagem de uma opção de que todos achados estavam normais e, portanto, compatíveis com o registro padronizado. Por fim, o último princípio orientador na construção do instrumento foi o de permitir a futura criação de um banco de dados para auditoria e para a adoção de indicadores de qualidade do cuidado. Entende-se que a concepção norteadora da seção “avaliação de riscos e aspectos de proteção e segurança” baseada no uso de escalas validadas já na literatura convergem para o propósito referido. A última fase, concernente à validação de conteúdo foi conduzida com a participação dos enfermeiros em revisões seqüenciadas e coordenadas pela consultora junior. Foram aplicados roteiros de validação de conteúdo estruturado no formato survey com uso de uma escala do tipo likert de 5 pontos. Os resultados foram usados na análise da importância atribuída a cada item de avaliação de enfermagem do instrumento, em especial, por conta dos elevados valores obtidos para concordância inter-observadores pelo Alfa de Cronbach (0,97). Os resultados da análise foram utilizados como base para a criação de novas versões, bem como as recomendações coletadas junto aos enfermeiros de serviço e a interpretação de erros cometidos. No estado atual, o instrumento encontra-se em teste de utilização com auditoria de conteúdo prevista para o curto prazo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Das experiências de elaboração e implantação do instrumento de documentação do processo de enfermagem pode-se destacar que o planejamento estratégico da implantação envolvendo os profissionais de serviço é vital para as adequações de forma e conteúdo. A aplicação de sistemas de registro voltados para os princípios de economia do tempo, padronização de terminologias e continuidade da avaliação de enfermagem se apresenta como um desafio, porém, é fator contribuidor para o sucesso de implementação de instrumentos.

- 1.1. NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda - Definições e Classificação - 2009 - 2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
2. Springhouse (Editor). Chart Smart: The A-to-Z Guide to Better Nursing Documentation. 2 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.

Trabalho 170 - 1/4

**VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM  
RELACIONADOS AO CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS  
(CID) PARA DOENÇAS ISQUÊMICAS DO MIOCÁRDIO EM  
PRONTO SOCORRO**

Denise Mendes Cardoso Sequeira Diniz<sup>1</sup>, Debora Prudencio e Silva<sup>2</sup>, Viviane Aparecida Fernandes<sup>2</sup>, Natalia Friedrich<sup>2</sup>, Luciane Roberta Vigo<sup>3</sup> Gustavo Sacramento<sup>4</sup>

1-Enfermeira Auditora Hospital TotalCor, 2- Enfermeiras Pleno Hospital TotalCor, 3- Coordenadora do Grupo de SAE do Hospital TotalCor, 4- Enfermeiro Supervisor do Pronto Socorro Hospital TotalCor

**Introdução:** A busca pelo desenvolvimento na Enfermagem atualmente está alicerçada em bases científicas, atribuindo à profissão um caráter sistemático e planejado. O conhecimento é, sem dúvida, um dos valores de grande importância para o agir do profissional enfermeiro, uma vez que confere aos mesmos, segurança na tomada de decisões relacionadas ao paciente, equipe e às atividades administrativas<sup>(1)</sup>. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é compreendida não somente como um modo de fazer, mas como um modo de pensar na prática assistencial. Observa-se que a implementação do processo de enfermagem envolve três áreas inter-relacionadas de cognição: o raciocínio, julgamento terapêutico e julgamento ético<sup>(1)</sup>. No Brasil, segundo a resolução do COFEN, a SAE é uma atividade privativa do Enfermeiro<sup>(2)</sup>, mas considera-se importante salientar que todos os componentes da equipe de enfermagem fazem parte desse processo, pois todos podem contribuir, no momento oportuno, com informações ou atividades que favorecerão o cuidado ao paciente. O processo de enfermagem é entendido como um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer como a clientela responde aos problemas de saúde e aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exijam intervenção do profissional de enfermagem. As fases da sistematização da assistência de enfermagem incluem histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem, e prognóstico<sup>(1)</sup>. O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é a fase de análise e interpretação dos dados coletados, e que promove a inter-relação das intervenções, envolvendo a Enfermeira Auditora - sequeira@totalcor.com.br  
Av: Raimundo Pereira de Magalhães, 1720 Bloco 13 Aptº 47, Piqueri, São Paulo – SP – CEP:05145-000

#### Trabalho 170 - 2/4

avaliação crítica e tomada de decisão <sup>(3)</sup>. A realização da SAE no pronto socorro exige do enfermeiro, agilidade, pensamento crítico e autonomia, pela própria característica dos pacientes atendidos estar relacionada a quadros agudos e emergenciais. Assim, como a enfermagem utiliza a NANDA como forma de padronizar e universalizar o diagnóstico de enfermagem, a área médica utiliza o CID - Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde - que fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças <sup>(4)</sup>. Para cada doença, é identificado um CID, que apresenta no máximo seis dígitos. Através do CID publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), são elaboradas estatísticas de morbidade e mortalidade <sup>(4)</sup>. Validar a correta utilização dos diagnósticos de enfermagem então, é de extrema importância para melhoria na qualidade de atendimento ao paciente e registro em prontuário. **Objetivo:** Validar os principais diagnósticos de enfermagem para pacientes com Doenças Isquêmicas do Coração de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID). **Metodologia:** O presente estudo corresponde a uma pesquisa retrospectiva, descritiva, de cunho exploratório, com abordagem quantitativa dos dados. O estudo foi realizado em um hospital privado especializado em cardiologia, na cidade de São Paulo. Os dados foram coletados, a partir de prontuário eletrônico pelo sistema MV com relatório estruturado, dos pacientes atendidos no pronto socorro, realizando um cruzamento dos Diagnósticos de Enfermagem com o Código Internacional de Doença (CID) relacionado a doenças isquêmicas do miocárdio, no período de abril a junho de 2010. No momento da admissão no pronto socorro, identifica-se apenas um diagnóstico de enfermagem principal, devendo esse ser criteriosamente escolhido baseado no exame físico, sinais vitais e sintomas relatados pelo paciente. Após essa triagem o paciente é direcionado ao consultório médico ou sala de repouso para avaliação médica, no qual será estabelecido um CID do atendimento. A partir do CID, elencaram-se os diagnósticos de enfermagem citados entre a população estudada. O paciente ao ser admitido na sala de triagem do pronto socorro é atendido pelo enfermeiro responsável pela triagem, onde é preenchido um formulário de histórico do paciente, exame físico e queixa atual. Neste momento o enfermeiro irá escolher um Diagnóstico de Enfermagem (DE) principal para clínica do paciente, com característica definidora e fator relacionado. O paciente que apresenta qualquer manifestação relacionada às doenças isquêmicas do miocárdio é incluído no

Enfermeira Auditora - sequeira@totalcor.com.br  
Av: Raimundo Pereira de Magalhães, 1720 Bloco 13 Aptº 47, Piqueri, São Paulo – SP – CEP:05145-000

### Trabalho 170 - 3/4

protocolo gerenciado de Dor Torácica, tendo a assistência de enfermagem e médica direcionada, obedecendo à fase e critérios de atendimento. O DE quando identificado corretamente poderá incrementar maior agilidade a condução do diagnóstico do paciente. **Resultados:** Foi indicada hospitalização através do pronto socorro para 455 pacientes. Entre esses, 168 internações (36,9%) apresentavam CIDs relacionado às Doenças cardiovasculares, sendo 88 (52,3%) associados a Doenças Isquêmicas do Miocárdio. A população estudada foi composta em sua maioria por 60 (68,2%) pacientes do sexo masculino, e 28 (31,8%) do sexo feminino. A faixa etária predominante nesse grupo foi de 51 a 60 anos, o que correspondeu a 29,5%, seguido da faixa etária de 61 a 70 anos com 23,8%. Pacientes com idade acima de 71 anos corresponderam a 19,3%, de 41 a 50 anos, correspondeu a 18,2%, e apenas 9,1% apresentavam idade menor que 40 anos. Os diagnósticos de enfermagem identificados nesse grupo de 88 pacientes com doenças isquêmicas do miocárdio foram: 67 (76,1%) de Dor aguda, 14 (15,9%) de Ansiedade, três (3,4%) de Perfusão Tissular Ineficaz Cardiopulmonar, dois (2,2%) de Débito Cardíaco Diminuído, e os diagnósticos de Padrão Respiratório Ineficaz e Ventilação espontânea prejudicada foram identificados apenas uma vez cada um, correspondendo a (1,1%) cada. **Conclusão:** Os diagnósticos de enfermagem identificados para os grupos de pacientes, classificados com CIDs de Doenças isquêmicas do miocárdio, poderiam ser escolhidos de forma mais específica, visto que o diagnóstico de enfermagem é uma forma de caracterizar a principal causa de atendimento e internação, para então ser elaborado um planejamento adequado do cuidado em busca do resultado esperado. Quando é sugerida a escolha de apenas um diagnóstico de enfermagem principal por paciente, observa-se a existência de dificuldades em classificar este paciente. O resultado encontrado nesse estudo evidencia que o diagnóstico de enfermagem mais utilizado, Dor Aguda, é um diagnóstico abrangente e com pouca especificidade para as patologias abordadas. O uso dos diagnósticos de enfermagem pode trazer benefícios não só para o profissional e cliente, como também para a instituição, pois promove uma assistência que atenda às necessidades do cliente, ao passo que a instituição presta um serviço efetivo e eficiente. Segundo Carpenito <sup>(5)</sup> "os diagnósticos de enfermagem proporcionam à enfermagem uma estrutura para a organização de sua ciência.", mas que o seu uso requer conhecimento e envolve responsabilidade. O uso dos diagnósticos de enfermagem beneficia o cuidado, porque direciona a assistência de enfermagem para as necessidades

Enfermeira Auditora - sequeira@totalcor.com.br  
Av: Raimundo Pereira de Magalhães, 1720 Bloco 13 Aptº 47, Piqueri, São Paulo – SP – CEP:05145-000

**Trabalho 170 - 4/4**

de cada cliente, facilita a escolha de intervenções mais adequadas, registra de forma objetiva as reações do cliente e permite subsequente avaliação dos cuidados de enfermagem. É necessário conhecer os problemas clínicos que o paciente esteja vivenciando, para que não haja falta de clareza na escolha e identificação dos diagnósticos de enfermagem, que implicaria em condutas inespecíficas e desnecessárias para o momento. Foi possível perceber a necessidade de um projeto de melhoria com treinamentos direcionados a elaboração e caracterização dos diagnósticos para enfermeiros de pronto socorro, com o intuito de se prestar sempre uma assistência de enfermagem baseada no conhecimento científico, de qualidade, eficaz, crítica e ágil.

Bibliografia: 1- Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: Reflexões sobre o processo. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Recife/Olinda – PE; 2000 out 21-26; Recife, Brasil. p. 680. 2- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas instituições brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN; 2002. Disponível em: <http://www.bve.org.br/portal/materis.asp?ArticleID=1256&SectionID=194&SubSectionID=194&SectionParentID=189>. 3- Neves RS, Shimizu HE. Análise da Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Reabilitação. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010; 63(2): 222-229. 4- DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2010 jul 13]. Departamento de Informática do SUS–DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?> 5- Carpenito LJ. Nursing diagnosis: Application to clinical practice. 7 ed. Philadelphia: Lippincott, 1997. 1200p.

**Área Temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem, Classificação Internacional de Doenças, Avaliação em Enfermagem.

**Trabalho 171 - 1/4**  
**CONSTRUÇÃO DE UMA TERMINOLOGIA ESPECÍFICA EM REABILITAÇÃO FÍSICA:**  
**BANCO DE TERMOS DO PACIENTE ADULTO**

<sup>1</sup>Leonardo Tadeu de Andrade

<sup>2</sup>Eduardo Gomes de Araújo

<sup>3</sup>Karla Da Rocha Pimenta Andrade

<sup>4</sup>Danyelle Rodrigues Pelegrino de Souza

<sup>5</sup>Tânia Couto Machado Chianca

## INTRODUÇÃO

O uso de terminologia específica é imprescindível no mundo moderno, tanto nas relações, como na geração e transmissão de informações, quanto nas comunicações científicas, tecnológicas e profissionais. A utilização de uma linguagem natural ou não padronizada para expressar o conhecimento e os cuidados prestados ao paciente é o principal fator de formação de ambigüidades no processo de assistência. Além disso, essa forma complexa de expressão dificulta o seu processamento em meios computacionais, o que acaba por comprometer a eficiência na comunicação das ações prestadas ao paciente. Portanto, o uso de uma terminologia adequada à compreensão de um texto especializado proporciona entendimento, mesmo que seja feita por indivíduos que não dominam completamente o idioma usado. É um grande desafio para a enfermagem construir um vocabulário que padronize os termos clínicos para uso na prática diária e que atenda aos critérios de validade, especificidade, recuperação dos dados e comunicação. Acrescenta-se ainda que, um vocabulário clínico deve ser simples de entender, fácil de codificar e compreensível todos os profissionais de saúde.

Enfermeiros, no mundo todo, trabalham no desenvolvimento desses vocábulos e seus conceitos. Hoje, existem diversos sistemas de classificação de enfermagem, os quais descrevem os elementos inerentes utilizados na prática do enfermeiro, possibilitando ao enfermeiro utilizá-los na sua prática; a fim de estabelecer padrões de cuidados que permitem uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem, através da sistematização, registro e quantificação das ações da equipe de enfermagem.

O uso desses sistemas de classificação para descrever os elementos da prática de enfermagem levou à necessidade e valorização do desenvolvimento de uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), construída pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE). Hoje, encontra-se publicada em português a CIPE® versão 1.0 e em inglês, a versão 2.0. Ela possui uma estrutura

---

<sup>1</sup> Mestre pela Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisador Núcleo de Estudos e Pesquisas Sobre a Sistematização do Cuidar em Enfermagem. Enfermeiro da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. E-mail: leonardo@Sarah.br

<sup>2</sup> Mestre pela Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeiro da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. E-mail: eduardogomes@Sarah.br

<sup>3</sup> Especialista em Enfermagem em UTI pela Escola São Camilo. Enfermeira da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. E-mail: karlarocha@Sarah.br

<sup>4</sup> Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeira da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. E-mail: danyellesouza@Sarah.br

<sup>5</sup> Enfermeira Doutora em Enfermagem, Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: tchianca@enf.ufmg.br

### **Trabalho 171 - 2/4**

multiaxial simples de sete eixos: foco, julgamento, ação, cliente, localização, tempo e meios. A Enfermagem interage com os demais profissionais da equipe interdisciplinar de reabilitação, com outros setores de saúde e com a comunidade, construindo e compartilhando o conhecimento sobre a condição do paciente. Porém, a compreensão e os acordos necessários para que haja uma maior contribuição dos cuidados no processo de reabilitação parecem ainda limitados.

A construção de um banco de termos da linguagem específica para reabilitação física do paciente adulto é fundamental para a identificação da linguagem especial, e pode possibilitar desenvolvimento desse sistema de classificação.

#### **OBJETIVO**

Esse estudo tem a finalidade de mapear os termos identificados nos registros de enfermeiros na reabilitação de adultos em reabilitação física.

#### **METODOLOGIA**

Para a realização deste estudo, foi utilizado o método retrospectivo, transversal. O estudo foi desenvolvido na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, unidade Belo Horizonte. A unidade foi escolhida devido ao uso do processo de enfermagem como metodologia da assistência.

A coleta de dados foi realizada através da revisão dos prontuários dos pacientes maiores de 18 anos, com lesão medular, lesão cerebral e com pacientes ortopédicos admitidos para a reabilitação física e neurológica no período de 01/01/2009 a 31/12/2009.

Os dados foram coletados após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, garantindo assim, a observância dos aspectos éticos preconizados na Resolução Nº 196/96, do Ministério da Saúde.

Foram utilizados os 614 prontuários de pacientes ortopédicos, 390 com lesão cerebral e 465 com lesão medular. Todos os registros de enfermagem, desde a admissão até a alta do paciente foram transferidos do prontuário eletrônico para o programa Access for Windows. Os termos extraídos foram inseridos em uma segunda planilha.

Ressalta-se a importância do contexto em que os termos se apresentam, assim como, ampliam-se as possibilidades de inclusão de termos compostos, sintagmas e fraseologias. Dessa forma, foram extraídos os termos e colocados em ordem alfabética. Excluíram-se as repetições e posteriormente corrigiu-se a ortografia. Foi realizada a análise e exclusão de sinonímias, a adequação dos tempos verbais, a uniformização de gênero e número, além de eliminar o lixo terminológico, os quais são utilizados de forma casual e que não designam conceitos.

A seguir inseriram-se os termos dos sete eixos da CIPE® Versão 1.0 na construção de tabelas específicas. Estas tabelas foram submetidas ao processo de mapeamento cruzado para identificação dos termos constantes e não constantes da CIPE® Versão 1.0. Os termos constantes foram alocados nos seus eixos de

### **Trabalho 171 - 3/4**

origem. Os termos classificados como não constantes nesta versão foram submetidos à análise para a identificação e exclusão de termos relacionados a procedimentos médicos, termos relacionados a processos patológicos, termos relacionados a medicamentos e termos incluídos na descrição de características específicas dos constantes na CIPE® Versão 1.0.

Após esse procedimento de análise, os termos foram redistribuídos nos sete eixos da CIPE® Versão 1.0, levando-se em consideração a definição de cada eixo e a congruência da inserção do termo no eixo.

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Identificou-se um total de 920 termos, sendo 601 termos constantes e 319 termos não constantes, os quais foram classificados e distribuídos em concordância com o modelo de sete eixos da CIPE® Versão 1, constituindo, assim, o Banco de Termos da Linguagem Específica de Enfermagem na reabilitação do paciente com alteração no aparelho locomotor.

A partir desses resultados, comprova-se que os enfermeiros reabilitadores desses pacientes utilizam mais termos constantes do que não constantes da CIPE®, o que assegura a confiabilidade dessa terminologia e sua utilização como instrumento tecnológico para inserção em sistemas de informação e registro da prática profissional.

Quanto aos termos, obteve-se a seguinte distribuição: 345 termos pertencem ao eixo Foco, sendo 87 como não constantes; 45 no eixo Julgamento, e 24 não constantes; 218 no eixo Meios e 125 não constantes; 147 no eixo Ação e 40 não constantes; 41 no eixo Tempo e 11 não constantes; 110 no eixo Localização e 26 não constantes e, 14 no eixo Cliente e 06 não constantes.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Acredita-se que o uso do processo de enfermagem possibilitou encontrar os termos de uma forma mais sistemática. Considerou-se que o objetivo do estudo foi alcançado e que com a construção do banco de termos espera-se que o seu uso contribua para que os enfermeiros reabilitadores o utilize no seu vocabulário da sua prática profissional, valorizando o registro sistemático e favorecendo a continuidade da assistência ao paciente adulto durante o período de reabilitação.

O próximo passo é a validação das definições dos termos contidos neste banco de termos e consequentemente, o desenvolvimento de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, ou seja, a construção de catálogos CIPE® que possibilitem uma maior ampliação da utilização dos termos e um melhor raciocínio clínico nas decisões quanto às necessidades desses pacientes.

### **REFERÊNCIAS**

1. Marin HF. Vocabulário: recurso para construção de base de dados em enfermagem. Acta paul enferm. 2000; 13(1): 92-100.
2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0. Conselho Internacional de Enfermagem. Genebra: [s.n];2005.

**Trabalho 171 - 4/4**

3. Pavel S, Nolet D. Manual de terminologia. Canadá: Departamento de Tradução do Governo Canadense; 2001.

**Palavras Chave:** Terminologia, Processos de Enfermagem, Reabilitação

**Trabalho 172 - 1/5**

REVISÃO INTEGRATIVA CONTRIBUINDO PARA A  
(RE)CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FALTA  
DE ADESÃO

CÉLIDA JULIANA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>

DANIEL BRUNO RESENDE CHAVES<sup>2</sup>

BEATRIZ AMORIM BELTRÃO<sup>3</sup>

THELMA LEITE DE ARAUJO<sup>4</sup>

FRANCISCA BERTILIA CHAVES COSTA<sup>5</sup>

Aderir a um regime terapêutico implica em algum tipo de comportamento terapêutico no qual a pessoa está suficientemente motivada para, por exemplo, procurar atenção médica ou tomar a medicação adequadamente devido a um autobenefício percebido ou a um resultado positivo, sendo, no entanto, um construto multidimensional, já que o indivíduo pode ter adesão a um aspecto do regime terapêutico, mas não ter a outros. Assim, as medidas não farmacológicas e os medicamentos utilizados no tratamento de doenças, especialmente as doenças crônicas, devem permitir a redução dos fatores de risco, dos sinais/sintomas e das complicações associadas a elas. Muitos pesquisadores têm se empenhado em estudar os conceitos, atributos, antecedentes, conseqüentes e instrumentos para verificar, quantificar e/ou identificar a presença ou a falta de adesão. Os baixos índices de adesão aos regimes terapêuticos prescritos pelos profissionais de saúde são um dos principais problemas apresentados pelos portadores de doenças crônicas, sendo extremamente necessária a identificação precoce do diagnóstico Falta de Adesão para que soluções sejam buscadas por toda a equipe de saúde junto ao paciente e sua família. Atualmente, o diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão é

---

<sup>1</sup>Enfermeira; Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde; Discente do curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC); Bolsista CAPES; Integrante do Projeto de Pesquisa Cuidado em Saúde Cardiovascular (PAISC), financiado pelo CNPq, MCT/CNPq 14/2009 – Universal, processo 472570/2009-9.

<sup>2</sup> Enfermeiro; Discente do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC); Bolsista CAPES; Integrante do PAISC e do Projeto Cuidado de Enfermagem na Saúde da Criança (CUIDENSC) da UFC.

<sup>3</sup> Enfermeira; Discente do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC); Bolsista CAPES; Integrante do PAISC e do Projeto Cuidado de Enfermagem na Saúde da Criança (CUIDENSC) da UFC. Endereço: Rua Monsenhor Catão, 1491; E-mail: beatriz.enfermagem@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC; Coordenadora do PAISC.

<sup>5</sup> Enfermeira da Prefeitura Municipal de Fortaleza/CE. Mestre em Enfermagem.

**Trabalho 172 - 2/5**

definido como o “comportamento da pessoa e/ou cuidador que deixa de coincidir com um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado entre a pessoa (e/ou família e/ou comunidade) e o profissional de saúde”<sup>(1)</sup>. Como a prática de enfermagem se caracteriza por uma constante tarefa de coletar, arquivar e fazer uso de informações sobre pacientes, viabilizando seu cuidado, é cada vez maior a necessidade de uma linguagem uniforme e clara que permita o registro e a informatização das informações de enfermagem<sup>(2)</sup>. É notório que os enfermeiros da prática assistencial apresentam dificuldades na utilização e definição dos diagnósticos de enfermagem, especialmente na identificação de suas características definidoras e fatores relacionados, que podem ser explicadas pela diferenciação dos sinais e sintomas apresentados no referencial usado pela NANDA-I daqueles manifestados pelos pacientes. Visando solucionar estes problemas, no Brasil observa-se uma tendência crescente em relação ao desenvolvimento de pesquisas sobre a taxonomia da NANDA-I, tanto em relação à padronização deste sistema de classificação, como no que se refere à validação dos diagnósticos ou seus componentes. É reconhecida a importância de pesquisar cada vez mais os elementos do processo de enfermagem que dão base às classificações para sua utilização na prática, na pesquisa e no ensino<sup>(3)</sup>. Para um diagnóstico de enfermagem ser incluído na classificação da NANDA-I, ele necessita previamente ser refinado, ou seja, passar por processos de validação, de forma a assegurar uma aplicação prática precisa, o que o torna legítimo para aquela situação e para todos os enfermeiros. Embora os diagnósticos propostos por esta taxonomia sejam bem reconhecidos e aplicados em diversas situações e cenários, os mesmos não são definitivos, uma vez que pesquisas em populações específicas podem permitir seu aprimoramento, sendo esta mais uma motivação para a realização deste estudo. Além disso, os diagnósticos necessitam de uma argumentação teórica consistente, com base na literatura e na descrição de casos clínicos reais. Devido à grande quantidade e complexidade de informações nessa área, há necessidade da produção de métodos de revisão da literatura de saúde e para tanto, destacamos a revisão integrativa, por ser um método de pesquisa que permite a busca, avaliação crítica e síntese das evidências disponíveis do tema investigado, que visa mostrar o estado atual do conhecimento acerca do tema investigado, a implementação de intervenções testadas e realmente efetivas e a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas. Assim, o objetivo do estudo

**Trabalho 172 - 3/5**

foi caracterizar as pesquisas sobre adesão à terapêutica de doenças crônicas, produzidas por profissionais da saúde nacional e internacional, com o propósito de realizar a revisão e validação do diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão e seus componentes em indivíduos portadores de hipertensão arterial. Este objetivo fundamenta-se na hipótese de que ao promover a validação de um diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro terá dados concretos para ajudar o indivíduo a dar um seguimento adequado à terapêutica instituída. Ou seja, este conhecimento poderá favorecer a execução de cuidados de enfermagem melhor direcionados à saúde da população portadora de hipertensão arterial, dimensionando a prática do trabalho de enfermagem para as reais necessidades dessa clientela. Para a revisão integrativa foi realizado um levantamento bibliográfico a partir da Biblioteca Cochrane e do Portal de Periódicos *online* da CAPES, o qual deu acesso às bases de dados LILACS, CINAHL, PubMed e o banco de teses da CAPES, considerando todo o período de abrangência dessas fontes. Foram utilizados os descritores “Diagnóstico de enfermagem”, “Cooperação do paciente” e “Recusa do paciente ao tratamento”, incluindo seus respectivos correspondentes nas línguas inglesa e espanhola, além dos descritores não controlados “adesão terapêutica” e “adesão ao tratamento”. Para análise, foram selecionadas todos os estudos encontrados envolvendo a temática, incluindo artigos originais, revisões da literatura, relatos de experiência, estudos de caso, teses e dissertações. Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos, dissertações ou teses que abordaram o controle do regime terapêutico ou a adesão à terapêutica de doenças crônicas como foco principal, disponíveis nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol e artigos completos disponíveis eletronicamente. Foram selecionados 107 artigos, distribuídos nas bases de dados da seguinte forma: nove artigos no LILACS, 11 artigos na biblioteca Cochrane, 26 artigos no CINAHL, 48 artigos no PubMed e 13 estudos no banco de teses da CAPES. Os resultados mostraram que pesquisadores procuraram estudar o fenômeno adesão relacionado à hipertensão arterial (23 estudos, sendo um deles referente à associação da HA com diabetes), à síndrome da imunodeficiência adquirida (14 estudos), ao diabetes (14 estudos), aos distúrbios mentais (seis estudos), às doenças respiratórias (quatro estudos), à obesidade (três estudos), à esquizofrenia (três estudos), à doença renal crônica (três estudos), ao câncer (dois estudos), à colite ulcerativa (dois estudos), à depressão (dois estudos), à dislipidemia (dois estudos), à doença coronariana (dois

#### Trabalho 172 - 4/5

estudos), distúrbios odontológicos (dois estudos), osteoporose (dois estudos), tuberculose (dois estudos), a transplante de órgãos (dois estudos) e outras situações (esclerose múltipla, feridas, fibrose cística, lúpus eritematoso sistêmico, malária, talassemia e úlceras de perna – um estudo para cada). Os outros nove artigos abordaram a prevalência e as causas da não adesão medicamentosa sem especificar a doença crônica e três artigos tratavam de conceitos relacionados à adesão e problemas de adesão. Trinta estudos foram escritos por profissionais da medicina, quinze por enfermeiros, seis por farmacêuticos, um estudo foi desenvolvido por nutricionista, um por odontólogo, três por profissionais da psicologia e dez estudos foram desenvolvidos por profissionais de duas ou mais áreas diferentes. Quarenta estudos não informaram a área dos autores. Os países que mais pesquisaram o fenômeno adesão em doenças crônicas foram os Estados Unidos (51 estudos) e o Brasil (21 estudos). Apenas um estudo foi desenvolvido na década de 80, dez estudos foram desenvolvidos na década de 90 e os demais foram publicados nesta década. Os resultados apontaram ainda que os estudiosos sobre adesão referem ser importante conhecer os motivos que influenciam os indivíduos a não aderir completamente ao tratamento, com vistas ao desenvolvimento de estratégias pontuais para incrementar a adesão terapêutica. Ademais, os autores apontam algumas dessas estratégias, como a co-responsabilização, empoderamento do paciente, utilização da prática baseada em evidências e ações educativas, apesar de ficar claro na literatura que por ser um fenômeno multicausal, não há uma fórmula única para promover a adesão. Há ainda a preocupação em mostrar os diversos conceitos e instrumentos inerentes ao fenômeno, mas sem uma concordância sobre qual a melhor forma para sua descrição, análise, identificação e/ou quantificação. Outro aspecto levantado com a revisão integrativa foi a maior ênfase ao tratamento medicamentoso, sendo que é sabido que o principal meio de incrementar a adesão é investir no seu aspecto não farmacológico, como a mudança do estilo de vida e a formação de parcerias e redes de apoio entre profissionais, pacientes e famílias. Concluímos que a pesquisa integrativa proporciona embasamento teórico e científico para o desenvolvimento da revisão da definição do diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão e a construção de definições constitutivas e operacionais para suas características definidoras e fatores relacionados, além de sua validade no ambiente clínico com portadores de hipertensão. Para o enfermeiro traçar estratégias de promoção da saúde para os portadores de

**Trabalho 172 - 5/5**

doenças crônicas, com o intuito de favorecer o seguimento terapêutico no seu tratamento e contribuir na prevenção de complicações decorrentes dessas doenças, deve-se guiar por indicadores clínicos. Esses indicadores devem permitir prever a ocorrência ou não do diagnóstico, contribuindo para que a enfermagem utilize com maior propriedade os seus diagnósticos, tanto na pesquisa, quanto na prática clínica, investigando de maneira padronizada o estado de saúde, prevenindo potenciais condições de morbidade, fundamentando decisões que favoreçam o desenvolvimento de ambientes saudáveis e positivos à promoção da saúde dessas pessoas.

**Referências**

1. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456p.
2. Costa FBC, Oliveira CJ, Araujo TL. Intervenções de enfermagem a portadores de hipertensão arterial: análise documental. Rev. Enf. UERJ, 2008; 16: 74-9.
3. Chaves ECL, Carvalho EC, Rossi LA. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. Rev. Eletr. Enf. [Online]. 2008; 10(2): 513-20. Acesso em 13 de janeiro de 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revistas/v10/n2/v10n1a22.htm>

**Palavras chave:** Diagnóstico de enfermagem; Adesão terapêutica; Pesquisa.

Trabalho 173 - 1/4

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E SUA PRODUÇÃO CIENTÍFICA: UMA REVISÃO

Rejane Marie Barbosa Davim<sup>1</sup>

Eliane Santos Cavalcante<sup>2</sup>

Gabriela Miranda Mota<sup>3</sup>

Sílvia Ximenes Oliveira<sup>4</sup>

**Introdução:** O uso dos diagnósticos de enfermagem (DE) tem provocado, na atualidade, debates no setor da academia, haja vista que, para determinados enfermeiros, os mesmos são desnecessários à sua utilização no planejamento das ações, desconsiderando que as intervenções devem ser justificadas por fenômenos identificáveis e avaliadas tendo como premissa resultados esperados.<sup>1</sup> Para os estudantes de enfermagem quando, de suas atividades em campo prático, têm observado o processo de enfermagem (PE) como simples exercício de sala de aula e grande resistência por parte do profissional enfermeiro na sua execução, seja ele assistencial ou docente. Desta feita, o uso dos DE pode trazer benefícios não só ao profissional e ao usuário, mas também à instituição. No que se refere ao profissional, tem como finalidade prover assistência que atenda às necessidades dos usuários, ao passo que, para a instituição oferecem serviço efetivo e eficiente.<sup>2</sup> Torna-se salutar referir que o DE é determinado sob duas perspectivas: uma identificada como conceitual, tratando do foco e do significado da palavra diagnóstico e uma outra estrutural, abordando a forma de descrever o diagnóstico. Há também dois propósitos para solucionar o termo: discriminar os problemas que solicitam intervenção específica, encaminhamento ou protocolo de tratamento, e outro que possibilita a aceitação ou rejeição de diagnósticos submetidos à Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, sendo este um sistema de classificação hierarquizado multiaxial, atualmente composto por 13 domínios, 47 classes e 187 diagnósticos.<sup>3</sup> A Taxonomia da NANDA vem sendo utilizada na prática assistencial e no ensino, observando-se na literatura produções de

<sup>1</sup> Enfermeira Obstetra, Professora Doutora Associado I do Departamento de Enfermagem/UFRN, Membro do Programa de Mestrado em Enfermagem/UFRN, Consultora de Periódicos Científicos. End: Av. Rui Barbosa, 1100, Bloco A, Apto. 402, Residencial Villaggio Di Firenze, Lagoa Nova, Natal/RN – Brasil. CEP: 59056-300, Email: [rejanemb@uol.com.br](mailto:rejanemb@uol.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira Assistencial do Pronto Atendimento Infantil Sandra Celeste/RN, Professora Mestre em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Natal/UFRN. Email: [elianeufrn@hotmail.com](mailto:elianeufrn@hotmail.com)

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRN, Bolsista PIBIC/CNPq, Email: [gabizinha\\_mota@hotmail.com](mailto:gabizinha_mota@hotmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeira Auditora da Secretaria Municipal de Sousa/PB, Mestranda em Enfermagem/UFRN. Email: [silviaxoliveira@hotmail.com](mailto:silviaxoliveira@hotmail.com)

**Trabalho 173 - 2/4**

estudos que discutem, desde as dificuldades para sua utilização quanto à realização de estudos e validação de diagnósticos. <sup>4</sup> Portanto, de acordo com essa Taxonomia, são nove os padrões propostos que manifestam a saúde do usuário quando este em total equilíbrio. São eles: trocar, comunicar, valorizar, escolher, relacionar, mover, perceber, conhecer e sentir. Os enfermeiros, atualmente, estão utilizando esta classificação na assistência, ensino e pesquisa, a qual inclui títulos aos diagnósticos como: definição, fatores relacionados e características definidoras. Assim, o DE tem como definição “um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou comunidade aos processos vitais ou dos problemas de saúde atuais ou potenciais, que fornece a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelo qual o enfermeiro é responsável”. <sup>5:54</sup> Os fatores relacionados (causas ou fatores coadjuvantes) tem como premissa o conjunto de fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais ou espirituais que podem ocasionar ou contribuir para uma reação do indivíduo; enquanto que, as características definidoras, são dados objetivos, sinais e sintomas que indicam a presença de um DE. Nesta perspectiva tem-se observado que, enfermeiros assistenciais e docentes brasileiros vêm contribuindo de forma expressiva quanto aos DE em pesquisas, apresentação de trabalhos em eventos, como também na publicação de periódicos científicos. Diante dessas considerações sobre os DE e, pelo contato com a literatura sobre a temática, motivou a elaboração desta pesquisa. **Objetivos:** Buscar na literatura dados acerca do número de artigos publicados sobre DE segundo os índices de referência; relacionar as temáticas mais estudadas pelos autores; identificar o ano de publicação dos artigos; relacionar as categorias de artigos mais utilizadas pelos pesquisadores; citar os estudos em maior evidência na literatura e os países que mais publicam sobre SAE. **Metodologia:** Pesquisa descritiva do tipo revisão de literatura num recorte temporal de 2000 a 2007 em âmbito nacional e internacional, utilizando-se como base de dados a Bireme (Lilacs, Medline), realizado no período de janeiro a fevereiro de 2010, empregando-se as palavras chave: “Diagnóstico de Enfermagem” e em uma segunda busca “Nursing diagnostic”, disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Para análise das informações utilizou-se o Programa SPSS 14.0 armazenados em bancos de dados desenvolvidos no Microsoft Excel, que também foi utilizado para a análise dos resultados. **Resultados:** Foram encontradas 1.299 publicações no Lilacs e 937 no Medline. Dentro dos requisitos de inclusão para o tema

### Trabalho 173 - 3/4

da pesquisa, 120 citações no Lilacs (67,4%) e 58 no Medline (32,6%). As temáticas mais publicadas referem-se à Validação das Características Definidoras dos DE (46,1%); em seguida a SAE com 35,4%; a Validação de DE com 12,9% e por fim a Validação de Instrumentos de Coleta de Dados para Identificação de DE (5,6%). O maior número de publicações quanto à temática ocorreu no ano de 2000 (35); acresceu em 2002 (20) e 2003 (27); sendo que em 2005 teve outro aumento para 21 artigos e, em 2007 com 31. As categorias mais frequentes de interesse dos pesquisadores referiam-se às Pesquisas Descritivas (76,4%); Revisão de Literatura (13%); Estudo de Caso (9%) e Relato de Experiência em 1,6%. Em relação aos países que mais publicaram, o Brasil teve sua maioria (72%); os EUA com 11%; a Inglaterra publicando em 10%; Alemanha em 5% e outros países em menores percentuais como França, Bélgica, Holanda, Noruega, Austrália e Japão. **Conclusão:** Foram identificados pontos importantes na análise dos estudos realizados nesta revisão de literatura, considerados como resgate das especificidades da profissão do enfermeiro, representando, essencialmente a ciência do cuidar humano. De acordo com os Bancos de Dados, maior evidência para as publicações no Lilacs e a abordagem temática direcionada na sua maioria para a Validação das Características Definidoras dos Diagnósticos de Enfermagem e a SAE. Os anos que mais publicaram foram: 2000, 2002, 2003 e 2007. A Pesquisa Descritiva foi evidenciada como a categoria predominante na preferência dos pesquisadores. O país que mais se destacou neste estudo foi o Brasil, com maior percentual de publicações sobre a temática. Diante dos resultados encontrados nesta revisão, considera-se reduzida à prática dos DE na realidade brasileira, tendo-se em vista a dificuldade encontrada pelos profissionais da saúde na implantação da SAE, provavelmente pelo pouco conhecimento, divulgação e escassez de reflexão, como também por profissionais qualificados na prática clínica relacionado ao tema, tendo em vista que sistematizar a assistência de enfermagem vem impulsionando o interesse da classe, registrando-se avanços crescentes de artigos pesquisados e publicados no ano de 2007. Destaca-se, por fim, que, este estudo tenha contribuído para que os profissionais da saúde demonstrem interesse quanto à importância dos DE. Espera-se ainda, que a divulgação destes resultados seja veículo para motivar enfermeiros assistenciais e docentes trabalharem, tanto na prática clínica quanto em sala de aula a SAE, vislumbrando o cuidar de qualidade ao usuário.

**Trabalho 173 - 4/4**

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem; Nursing Diagnostic.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Referências**

1. Lopes MHBM. Experiência de implantação do Processo de Enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (taxonomia da NANDA0, resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. Rev latino-am Enfermagem 2000; 8(3): 115-8.
  2. Miller E. How to make nursing diagnosis work: administrative and clinical strategies. Norwalk/San Mateo: Appleton e Lange; 1989.
  3. Santos DS, Mazoni SR, Carvalho EC. NANDA's taxonomy employment in Brazil: integrative review. Rev Enfem UFPE on line [periódico da Internet]. 2009 jan/mar [acesso em 2010 20]; 3(1):107-13. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/271>
  4. Barros ALBL, Michel JLM, Nóbrega MML, Garcia TR. Histórico da tradução de Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA e sua utilização no Brasil. Acta Paul Enferm 2000; 13 (vol. Esp. Parte II): 37-40.
- Araújo LAO, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem do padrão mover em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(1):53-61.
6. Carpenito-moyet JL. Diagnóstico de Enfermagem: aplicação e prática clínica. 10ª Ed. São Paulo(SP): Artmed; 2005.

Trabalho 174 - 1/4

**CONSTRUÇÃO DE BANCO DE DADOS PARA A INFORMATIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA UTI**

<sup>1</sup>SCHEID, Juliane da Rosa

<sup>1\*</sup>BUB, Maria Bettina Camargo

<sup>2</sup>BALDIN, Sonciarai Martins

<sup>1</sup>DUARTE, Páubola Amecari de Borba Munõz

**Introdução:** A necessidade de utilizar a informática no processo de enfermagem é urgente e necessita ser vista com mais atenção e dedicação, pois mesmo sobrecarregados com registros, anotações, relatórios e comunicações, enfermeiros e enfermeiras tendem a permanecer utilizando práticas as quais já estão habituados e familiarizados. Por este motivo, é de suma importância que enfermeiros e enfermeiras sintam-se instigados a aprender como utilizar a informática para melhorar o cuidado ao paciente, organizar suas tarefas e documentar as atividades de cuidado. Na maioria das instituições de saúde não são realizadas todas as etapas da sistematização da prática de enfermagem, sobretudo a etapa dos diagnósticos de enfermagem. A falta do diagnóstico de enfermagem tem como uma das principais conseqüências um planejamento que não atende as prioridades assistenciais e intervenções insuficientes para atender o conjunto das necessidades do paciente. Além disso, por se apresentarem de forma desordenada, perdem a sua principal finalidade que é a de orientar as ações assistenciais. A sistematização da prática de enfermagem é um meio de organizar o cuidado de enfermagem para atingir seus objetivos assistenciais de forma mais efetiva. Personaliza a assistência e facilita a avaliação das respostas dos pacientes aos cuidados prestados. Nas unidades de terapia intensiva auxilia os enfermeiros e enfermeiras a focarem suas ações nas necessidades do indivíduo, priorizando cuidados em situações de urgência e agilizando a intervenção de enfermagem frente às respostas dos indivíduos em condição crítica. **Objetivo:** Contribuir para a construção do banco de dados de um protótipo de *software* para a sistematização da prática de enfermagem denominado **ControleUTI**. **Metodologia:** Este *software* foi idealizado e vem sendo desenvolvido com estudantes de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina por meio de

<sup>1\*</sup>. Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde – NEFIS.

<sup>1</sup> Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa NEFIS.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa NEFIS. Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 940, apto 131, Vila Olímpia, São Paulo/SP. CEP 04547-003. E-mail: sonciarai@hotmail.com

**Trabalho 174 - 2/4**

trabalhos de conclusão de curso desde 2004. O protótipo foi desenhado a partir do referencial teórico filosófico proposto por Benedet e Bub, no qual foram adaptadas partes da teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta à classificação diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). A ênfase inicial recaiu sobre os diagnósticos e intervenções de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem foram formulados conforme a Taxonomia II da NANDA, enquanto que as intervenções de enfermagem foram descritas por meio da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE versão 1.0). O trabalho seguiu as etapas de revisão do protótipo, adaptação geral de seus ícones e alimentação e/ou atualização de seu banco de dados, principalmente quanto aos diagnósticos e intervenções de enfermagem. O trabalho foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), hospital público da cidade de Florianópolis/SC. **Resultados:** Após o reconhecimento dos trabalhos anteriores e da apresentação atual do protótipo **ControleUTI**, fundamentou-se cada etapa da sistematização da assistência, com a revisão e o acréscimo do banco de dados e inclusão das etapas ainda não trabalhadas na UTI do HGCR, como por exemplo, o plano de enfermagem. Na etapa do histórico de enfermagem elaborou-se um banco de dados com informações técnicas, tais como: escala de Coma de Glasgow; possíveis alterações pupilares; ritmos respiratórios; estimativa da extensão de uma queimadura; possíveis achados nas ausculta pulmonar e cardíaca, nas inspeções abdominal e pulmonar e palpação abdominal; possíveis arritmias cardíacas. Essas informações ficam disponíveis na forma de ícones de ajuda a fim de facilitar o processo de educação permanente de estudantes e equipe de enfermagem. Na etapa dos diagnósticos de enfermagem confeccionou-se um quadro com todos os diagnósticos preconizados pela NANDA, ano 2007-2008, classificados em necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, organizados em cinco graus de prioridade. Sendo elencadas como prioridade 1, as necessidades de oxigenação, regulação vascular, regulação neurológica, percepção dos órgãos do sentido e regulação térmica. Na prioridade 2, as necessidades de hidratação, alimentação, eliminação, integridade física, segurança física/meio

<sup>1\*</sup>. Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde – NEFIS.

<sup>1</sup> Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa NEFIS.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa NEFIS. Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 940, apto 131, Vila Olímpia, São Paulo/SP. CEP 04547-003. E-mail: sonciarai@hotmail.com

### Trabalho 174 - 3/4

ambiente. Na prioridade 3, as necessidades de sono e repouso, atividade física e cuidado corporal. Na prioridade 4, as necessidades de comunicação, segurança emocional, auto-estima, auto-confiança, auto-respeito, educação para a saúde/aprendizagem, auto-realização, espaço e criatividade. Na prioridade 5, as necessidades de religiosidade/espiritualidade. Para tal, nos amparamos nos princípios de necessidade e de custo-efetividade. Visto que, priorizar é deixar de fazer algo em favor do que é mais necessário. Chegamos ao resultado de cento e noventa e um diagnósticos. Como essa lista completa tornou-se muito extensa, selecionou-se os diagnósticos mais comuns na UTI do Hospital Governador Celso Ramos e outro quadro foi elaborado. Desse modo, criamos duas listas de diagnósticos de enfermagem para o banco de dados do protótipo de *software* **ControleUTI**; uma, simplificada/específica, que compõe a tela principal dos diagnósticos de enfermagem no *software*; e outra, completa, que poderá ser acessada quando for o caso. Já na etapa das intervenções de enfermagem usou-se as ações (verbos), apresentadas pela CIPE versão 1.0 com o intuito de explicitar a ação a ser realizada de forma padronizada. Sabendo que uma das maiores intenções perante a aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem é tornar visível toda a prática assistencial executada pela equipe de enfermagem, foram considerados cuidados diretos e indiretos ao indivíduo internado na unidade de terapia intensiva. O aprazamento das ações deverá ser baseado na literatura, nas necessidades particulares do indivíduo em condição crítica de saúde e adaptado, de forma a não sofrer prejuízos, para as rotinas do setor. Dessa forma, obteve-se um quadro com cento e dezoito intervenções de enfermagem, sub-divididas de acordo com as NHB, organizadas segundo a mesma ordem de prioridades utilizada para os diagnósticos de enfermagem. **Conclusão:** Utilizar as NHB para a organização da sistematização da assistência esclareceu quão grande é a importância de ver o indivíduo em sua dimensão holística. E, tão distinto se torna o enfermeiro ou enfermeira que desenvolve a capacidade de reconhecer, priorizar e atuar conforme as necessidades do indivíduo, família e grupo. A informatização da assistência de enfermagem permite otimizar o cuidado de enfermagem, despertando incentivo para a solidificação de seu uso. E a flexibilidade da sistematização da prática

<sup>1\*</sup>. Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde – NEFIS.

<sup>1</sup> Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa NEFIS.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa NEFIS. Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 940, apto 131, Vila Olímpia, São Paulo/SP. CEP 04547-003. E-mail: sonciarai@hotmail.com

**Trabalho 174 - 4/4**

informatizada permite sua utilização em qualquer área da assistência, melhorando a interação e o cuidado entre indivíduos e sua família e equipe de enfermagem e outros profissionais da saúde. A sistematização da assistência de enfermagem permite que o trabalho permeie os caminhos da pesquisa e da tecnologia, padronizando, organizando as práticas de enfermagem e priorizando o indivíduo. Um raciocínio lógico e ágil garante a execução da assistência de enfermagem em situações críticas de saúde de forma eficiente e com qualidade. A finalização desse estudo demonstra a possibilidade de gerar tecnologia para o aprimoramento do cuidado de enfermagem assim como a importância da enfermagem dispor de instrumentos complementares e facilitadores da prática assistencial.

Palavras-Chave: Assistência de enfermagem. Informática em enfermagem. Unidade de terapia intensiva.

Área-temática: Sistemas de Informação e Comunicação da Prática de Enfermagem.

**REFERÊNCIAS**

Benedet, S.A.; Bub, M.B.C. Manual de Diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúncia. 2 ed. 2001.

Bub, Maria Bettina Camargo; Liss, Per-Erik. Metodologias do Cuidado de Enfermagem. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto. Ciclo I. Módulo II. Porto Alegre: Artmed Editora e Panamericana Editora Médica, 2006. p. 09 – 53.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP). Lisboa: Gráfica 2000, 1999. 227 p. (Edição: Associação Portuguesa de Enfermeiros. Tradução portuguesa: Adelaide Madeira, Leonor Abecasis e Teresa Leal.)

Horta, Wanda de Aguiar. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979. (com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos)

*NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION*. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007 – 2008. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed Editora, 2008. 396 p. 20 cm.

<sup>1\*</sup>. Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde – NEFIS.

<sup>1</sup> Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa NEFIS.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa NEFIS. Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 940, apto 131, Vila Olímpia, São Paulo/SP. CEP 04547-003. E-mail: sonciarai@hotmail.com

Trabalho 175 - 1/4

## CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE *EXPERTS* EM ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS

Emília Campos de Carvalho<sup>1</sup>

Adriana Sousa Carvalho de Aguiar<sup>2</sup>

Emanuella Silva Joventino<sup>3</sup>

Fernanda Cavalcante Fontenele<sup>4</sup>

Rafaella Pessoa Moreira<sup>5</sup>

Renata Pereira de Melo<sup>6</sup>

**INTRODUÇÃO:** Os estudos de validação são essenciais para promover a acurácia dos fenômenos observados na prática clínica. Nesse sentido, as classificações dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem necessitam ser validadas com o intuito de aperfeiçoá-las e legitimá-las<sup>1</sup>, de forma a representar o que se propõe. Isto é reforçado por Fehring<sup>2</sup> ao afirmar que, na listagem da North American Nursing Diagnosis Association, muitos diagnósticos de enfermagem foram aceitos pela referida taxonomia para posteriores testes, validações e refinamentos. No entanto, para revisar ou propor diagnósticos, intervenções ou resultados de enfermagem, uma das etapas necessária é a realização de análise de conteúdo por *experts*. Contudo, verifica-se que muitas pesquisas têm utilizado uma variedade de critérios para definir a inclusão da amostra, visto não existir consenso sobre sua caracterização de *experts*<sup>3,4</sup>. Além disso, para o desenvolvimento de pesquisas desta natureza, percebe-se como dificuldade a escassez de indivíduos com conhecimento específico na temática em estudo. Considerando que a North American Nursing Diagnosis Association, a Nursing Interventions Classification e a Nursing Outcomes Classification não apresentam critérios de padronização para seleção dos *experts* e que sua escolha inadequada poderá influenciar na confiabilidade dos resultados, torna-se necessário identificar os critérios para seleção de *experts* utilizados nos estudos de validação de conteúdo com vistas a

<sup>1</sup> Enfermeira, Professor Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

<sup>2</sup> Enfermeira, discente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, bolsista CAPES;

<sup>3</sup> Enfermeira, discente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, bolsista CNPq;

<sup>4</sup> Enfermeira, discente do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará;

<sup>5</sup> Enfermeira, discente do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, bolsista CNPq;

<sup>6</sup> Enfermeira, discente do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, bolsista CAPES.

**Trabalho 175 - 2/4**

verificar a existência de uma padronização. **OBJETIVO:** Identificar os critérios utilizados para seleção de *experts* nas pesquisas sobre validação de diagnósticos, intervenções ou resultados. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, realizado no mês de junho de 2010, a partir de busca ordenada nas bases de dados/bibliotecas: SCOPUS; National Library of Medicine; Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e Banco de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo. Para identificação dos trabalhos utilizamos diferentes descritores (controlados e não controlados), identificados no Descritores em Ciências da Saúde e no Medical Subject Headings. Os critérios de inclusão foram artigos, teses e dissertações sobre validação de diagnósticos, intervenções ou resultados que contemplassem a etapa de validação de conteúdo por *experts*; com resumos disponíveis, independente do ano de publicação. Destaca-se que os artigos indisponíveis nas bases de dados referidas foram investigados no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Além disso, foram excluídas as publicações duplicadas. A análise das produções foi realizada, a priori, por meio da leitura do título pesquisa e do resumo, com o intuito de verificar a adequação aos critérios estabelecidos. Assim, na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações identificamos 54 produções, por meio de busca avançada (descriptor de assunto: estudos de validação); no banco de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, 310 produções, utilizando pesquisa simples (descriptor: estudos de validação). Encontramos na base de dados SCOPUS 403 artigos (indexterms validation studies AND key *experts*), dos quais 44 limitavam-se à categoria *health professions*. Destes, apenas um atendia aos critérios de inclusão; National Library of Medicine: 174 artigos (MeSH Terms nursing AND all fields validation studies AND all fields content validation), dos quais dez foram selecionados; Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature: 112 artigos (MH validation studies AND TX content validation), dos quais 11 atendiam aos critérios de seleção do estudo. Em relação à Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, nenhuma produção foi identificada a partir do cruzamento dos seguintes termos, nos idiomas referidos: descriptor de assunto (enfermagem) AND descriptor de assunto (estudos de validação); descriptor de assunto

**Trabalho 175 - 3/4**

(enfermagem) AND palavras (estudos de validação); palavras (estudos de validação). Assim, foram selecionadas três dissertações, quatro teses e vinte dois artigos. Na análise do material avaliamos os critérios de seleção utilizados e se estes: foram desenvolvidos pelos próprios autores, baseavam-se na proposta de outro autor e se o utilizou na íntegra ou realizou alguma modificação (exclusão ou acréscimo). **RESULTADOS:** Após a leitura completa das produções, excluímos uma dissertação (não utilizou as classificações mencionadas) e nove artigos (revisão sistemática; revisão bibliográfica; artigo de reflexão, artigo originado de uma tese previamente selecionada; por não utilizar *experts* e as classificações mencionadas). Das teses/dissertações selecionadas, duas originavam-se da base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, três da biblioteca virtual da Universidade de São Paulo e duas estavam presentes em ambas. Em relação aos artigos selecionados, nove provinham do Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature e dois da National Library of Medicine. Predominaram artigos de validação de conteúdo diagnóstico, de origem brasileira, publicados em inglês, em periódicos de enfermagem. Como critérios de seleção dos especialistas, três utilizaram Fehring fidedignamente, sete utilizaram Fehring adaptado; cinco estabeleceram critérios próprios; um utilizou outras referências e dois não especificaram os critérios ou estes não estavam claros. Dentre as adaptações realizadas nos critérios de Fehring, destacou-se a experiência em docência no tema de interesse e em relação aos critérios desenvolvidos pelos próprios autores, o tempo de experiência clínica. **CONCLUSÃO:** No que se refere aos critérios de seleção dos *experts*, predominou a utilização de Fehring com adaptações. Convém destacar que a investigação da experiência, do conhecimento, da habilidade e da prática de cada enfermeiro em relação ao que se deseja validar são aspectos importantes a serem avaliados. Por conseguinte, nos estudos de validação de diagnósticos, intervenções ou resultados a descrição detalhada dos critérios de seleção dos *experts* configura um passo fundamental para garantir a confiabilidade dos achados da pesquisa, bem como a replicação dos mesmos por outros pesquisadores. Como limitações desta pesquisa, menciona-se a restrição a estudos de validação de conteúdo e como dificuldade, a ausência de descritores ou palavras-chave que caracterizassem a natureza das pesquisas durante a busca nas bases de dados e bibliotecas virtuais.

**Trabalho 175 - 4/4**

**Palavras-chave:** Enfermagem; Estudos de Validação; Validação de Conteúdo; Expert.

**REFERÊNCIAS**

- 1 Garcia, TL.; Nóbrega, MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos, I; Figueiredo, NMA; Padilha, MICS; Cupello, AJ; Souza, SROS; Machado, WCA. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu, 2004. v. 2, p. 37-63.
- 2 Fehring, R. Methods to validate nursing diagnoses. Heart Lung, v.16, n. 6, p. 625-629, 1987.
- 3 Chaves, ECL. Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual. Tese(Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2008.
- 4 Galdeano, LE; Rossi, LA. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. Ciência, Cuidado e Saúde Maringá, v. 5, n. 1, p. 60-66, jan./abr. 2006.

**ÁREAS TEMÁTICAS**

- 4- Sistemas de Informação e Comunicação da prática de enfermagem.

Trabalho 176 - 1/6

**BANCO DE TERMOS DA LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM<sup>1</sup>**

Ana Claudia Torres de Medeiros<sup>2</sup>

Gabriela Lisieux Lima de Souza<sup>3</sup>

Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>4</sup>

Telma Ribeiro Garcia<sup>5</sup>

**Introdução:** A necessidade de registro ou documentação da prática de enfermagem fez surgir as tentativas de sistematizar o cuidado iniciando com os planos de cuidado até o desenvolvimento do processo de enfermagem, o qual consiste na tentativa de melhorar a qualidade da assistência ao paciente. Esta é planejada para alcançar as necessidades específicas do paciente, sendo redigida de forma que todas as pessoas envolvidas no tratamento possam ter acesso ao plano de assistência. Quando o paciente participa do planejamento da assistência torna-se mais provável a sua colaboração com os objetivos. Compreende-se o processo de enfermagem como uma abordagem de resolução de problemas deliberada para atender às necessidades do cuidado de saúde e de enfermagem. A elaboração sistemática, individualizada, dinâmica com respaldo técnico-científico possibilita aos profissionais de enfermagem a prática intencionada do processo de enfermagem mediante construção de um plano de ações assertivas com abordagem na identificação dos problemas do paciente, bem como na tentativa de solucioná-los. O uso do processo de enfermagem levou ao desenvolvimento de terminologias de enfermagem para a prática profissional, na tentativa de facilitar a

<sup>1</sup> Trabalho originado do TCC de Medeiros, ACT. Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem das Clínicas do Hospital Universitário Lauro Wanderley/Universidade Federal da Paraíba. 2008. 68f. Monografia (Graduação) – Centro de Ciências da Saúde/UFPB, João Pessoa.

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Endereço: R. Coronel José Cesarino da Nóbrega, 103/402 Bancários, CEP: 58051-130 João Pessoa-PB. E-mail: anaclaudia.tm@hotmail.com

<sup>3</sup> Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Bolsista de Iniciação Científica/CNPq. E-mail: gabylisieux@gmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da UFPB; Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Pesquisadora CNPq; E-mail: miriam@ccs.ufpb.br

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Aposentada do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da UFPB. Pesquisador CNPq. E-mail: telmagarciapb@gmail.com

**Trabalho 176 - 2/6**

comunicação entre os enfermeiros reduzindo qualquer diversidade desnecessária entre terminologias. Promoveu imenso avanço em toda história de sua ciência tornando-a mais fortalecida. No projeto de pesquisa *“Identificação de dados essenciais de enfermagem para inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para a prática profissional”*<sup>(1)</sup>, foram desenvolvidos vários trabalhos nas unidades clínicas do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB), nos quais foram identificados os termos utilizados pelos componentes da equipe de enfermagem, nos registros dos prontuários de pacientes e comparados com os termos da CIPE® Versão 1.0<sup>(2)</sup>. Foram desenvolvidos no período de 2001 a 2006, quando foram, além da identificação dos termos nos registros de enfermagem, construídos os Bancos de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem em todas das Clínicas, mas sem representar um conjunto de termos do hospital. **Objetivo:** Construir um Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem para as Clínicas do HULW/UFPB, fundamentados no Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0. **Metodologia:** Pesquisa descritiva desenvolvida numa abordagem quanti-qualitativa que unificou os estudos desenvolvidos objetivando a construção de Bancos de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem das Clínicas do HULW. Para atender os objetivos da pesquisa foram executadas as seguintes etapas: identificação e avaliação do conjunto de termos da linguagem especial de enfermagem, a partir dos trabalhos desenvolvidos nas Clínicas do HULW/UFPB; mapeamento dos termos identificados nas sete clínicas com os constantes na CIPE® Versão 1.0; e compilação das definições teóricas para os termos da linguagem especial de enfermagem, na CIPE® Versão 1.0 e na literatura da área, classificados como **constantes** nos eixos dessa classificação, os quais constituirão parte do Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem das Clínicas do HULW/UFPB. Antes da sua realização o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HULW/UFPB em atendimento as observâncias dos aspectos éticos preconizados na Resolução N°. 196/96, do Ministério da Saúde<sup>(3)</sup>, com aprovação pelo protocolo nº 007/05/07. Utilizou-se como fonte de dados os trabalhos desenvolvidos nas Clínicas do HULW/UFPB, cujo objetivo foi a construção de bancos de termos da linguagem especial de enfermagem identificados anteriormente, nos registros de enfermagem contidos nos prontuários de pacientes internos nas referidas clínicas. Os termos foram unificados em um banco de dados,

**Trabalho 176 - 3/6**

construído no *Microsoft Office Excel*, por Clínica e foram analisados, no que diz respeito, além de sinonímia, identificação e exclusão de termos relacionados a procedimentos médicos; termos relacionados a processos patológicos; termos relacionados a medicamentos; termos incluídos na descrição de características específicas dos termos constantes na CIPE® Versão 1.0. Em seguida esses termos foram submetidos a um processo de normalização e uniformização, com retirada de duplicações, e feitas às correções ortográficas necessárias. Para a execução da técnica de mapeamento cruzado foi desenvolvido o cruzamento dos termos identificados nas clínicas com os termos constantes na CIPE® Versão 1.0. Para isso, foi utilizado o Programa *Access for Windows*, com a importação das planilhas do *Excel*, para a construção de tabelas de termos identificados nas Clínicas, a qual foi cruzada com a tabela dos 1.658 termos constantes na CIPE® Versão 1.0, identificando-se assim, os termos constantes e não constantes nos sete eixos dessa terminologia. Para os termos classificados como **constantes** na CIPE® Versão 1.0 foram utilizadas as definições apresentadas nesta classificação e já utilizadas nos trabalhos desenvolvidos, acrescentando-se quando necessário, tendo como base a literatura da área e a realidade do HULW/UFPB, acréscimos para que a definição representasse o conceito na literatura e na realidade da prática profissional nas áreas de especialidade clínica. Para os termos **não constantes** na CIPE® Versão 1.0, serão realizados outros estudos, visando o desenvolvimento das definições para esses termos identificados nas clínicas do HULW/UFPB, utilizando-se a revisão da literatura, que incluirá consulta a livros-texto e dicionários da área da Enfermagem e da Saúde. **Resultados:** As transcrições de registros de enfermagem dos prontuários das sete unidades clínicas do HULW/UFPB levaram à extração de 3.681 termos, os quais foram submetidos a um processo de normalização, com correções ortográficas, de gênero e de número e uniformizando-os com os termos das sete clínicas do hospital<sup>(4)</sup>. Desse processo resultaram 2.958 termos, os quais foram unificados em um banco de dados, construído no *Microsoft Office Excel*. Foi necessário outro processo de normalização e uniformização, com a eliminação dos termos repetidos nas sete clínicas, restando 1.557 termos, os quais foram analisados, no que diz respeito, além de sinonímia, identificação e exclusão de termos relacionados a procedimentos médicos; termos relacionados a processos patológicos; termos relacionados a medicamentos; termos incluídos na descrição de características

#### Trabalho 176 - 4/6

específicas dos termos constantes na CIPE® Versão 1.0. Foram identificados nesse processo de análise 91 termos considerados *Características específicas* de termos constantes na CIPE® Versão 1.0; 28 termos como *Exame*; 24 termos como *Medicação*; 30 termos como *Procedimento médico*; 26 termos como *Processo patológico*; 5 termos como *Produtos do sangue*; 87 termos como *Sinônimos* de termos constantes na CIPE® Versão 1.0, 16 termos como *Sinônimos* de termos não constantes na CIPE® Versão 1.0, e 17 termos repetidos, perfazendo um total de 322 termos. Dos 1.557 termos foram retirados 322 deste último processo de análise restando 1.235 termos, os quais foram submetidos ao mapeamento cruzado com os 1.658 termos constantes na CIPE® Versão 1.0, identificando-se assim, 480 termos constantes e 755 não constantes nos sete eixos dessa terminologia. Ressalta-se que os 755 termos não constantes serão alvo de outros estudos para serem desenvolvidas as definições e a classificação por eixo, para posterior inclusão no Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem das Clínicas do HULW/UFPB. Para os 480 termos classificados como **constantes** na CIPE® Versão 1.0 foram utilizadas as definições apresentadas nesta classificação e já utilizadas nos trabalhos anteriormente desenvolvidos. Acréscimos foram feitos a essas definições, quando necessário, tendo como base a literatura da área e a realidade das clínicas do HULW/UFPB, para que as mesmas representassem o conceito na literatura e na realidade da prática profissional nas áreas de especialidade clínica. Estes termos permitiram a construção do Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem, o qual foi configurado por ordem alfabética e por Eixos para facilitar o manuseio pelos enfermeiros. Os termos constantes no Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB retratam a prática de enfermagem nas unidades de internações das Clínicas do HULW/UFPB, onde são atendidos pacientes em várias especialidades e onde são feitas tentativas de se implantar e utilizar o processo de enfermagem. O fato de ter sido identificada uma grande quantidade de termos ou expressões constantes na CIPE® confirmam, como afirma o CIE<sup>(5)</sup>, que a mesma é um sistema de classificação com potencialidades de utilização em âmbito mundial, tendo como um dos seus objetivos potenciais o desenvolvimento profissional, a comunicação entre os enfermeiros e entre os demais profissionais de saúde, a sistematização da assistência de enfermagem e a investigação científica na Enfermagem. **Considerações finais:** Considera-se que o objetivo proposto para este

**Trabalho 176 - 5/6**

estudo foi alcançado, uma vez que a partir dos trabalhos desenvolvidos nas clínicas do HULW/UFPB foram identificados e avaliados termos; foi feito o mapeamento dos termos identificados nas sete clínicas com os constantes na CIPE® Versão 1.0; posteriormente, foi realizada a compilação das definições para os termos da linguagem especial de enfermagem, constantes nos eixos na CIPE® Versão 1.0. A realização destas etapas da pesquisa permitiu a construção do Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem para as Clínicas do HULW/UFPB, fundamentados no Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0. Recomenda-se a continuidade deste estudo para que se realize a construção das definições dos termos não constantes na CIPE® e a utilização do Banco de termos no desenvolvimento de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem e, conseqüentemente, no desenvolvimento de uma Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as Clínicas do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Espera-se contribuir para o crescimento da Enfermagem, assim como, favorecer a implementação da sistematização da assistência e a uniformização da linguagem de enfermagem nas referidas clínicas.

**Descritores:** Enfermagem. Linguagem. Terminologia.

**Área temática:** Sistemas de Informação e Comunicação da prática de enfermagem

**Referências**

1. Nóbrega MML, Garcia TR. Identificação de termos da linguagem profissional para inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para a prática profissional. João Pessoa, 2004. (mimeo)
2. Nóbrega MML, Garcia TR. Identificação de dados essenciais de enfermagem para inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para a prática profissional. [Relatório Técnico]. João Pessoa: DESPP/UFPB, 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução n.º 96/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
4. Nóbrega MML, Garcia TR. Identificação de dados essenciais de enfermagem para inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para a prática profissional. [Relatório Técnico]. João Pessoa: DESPP/UFPB, 2008.

**Trabalho 176 - 6/6**

5. International Council Nursing. International classification for Nursing Practice: Version 1.0. Geneva, Suiza: ICN, 2005.

Trabalho 177 - 1/3

**IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM  
AUTOCONTROLE INEFICAZ DE SAÚDE NAS DOENÇAS CRÔNICAS:  
VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO**

BITENCOURT, Grazielle Ribeiro<sup>1</sup>

SANTANA, Rosimere Ferreira<sup>2</sup>

SILVA, Carlos Magno Carvalho da<sup>3</sup>

MOREIRA, Elaine Cristina Sayão Gray<sup>4</sup>

**(iii) Introdução:** As doenças crônicas podem ser definidas como condições ou problemas de saúde com sintomas ou incapacidades associadas com tratamento prolongado (3 meses ou mais). Podem estar integradas a fatores genéticos, outras enfermidades ou lesão e seu tratamento inclui aprender a viver com os sintomas e/ou insuficiências, além de realizar adaptações no estilo de vida e regimes, os quais se destinam a manter sintomas sob controle e evitar complicações. <sup>1</sup> A cronicidade pode não estar associada ao risco de vida imediato, mas causa sobrecarga substancial para a saúde e pode trazer impactos econômicos, detrimento da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades. Na população idosa, essas doenças são mais proeminentes, acompanhadas por limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social. <sup>2</sup> Dentre elas, destacam-se o comprometimento respiratório, condições coronárias avançadas, debilidade renal, distúrbios cardiovasculares, artrite, distúrbios emocionais ou psicológicos como ansiedade ou depressão e endócrinas como a diabetes tipo 2. <sup>3</sup> Destarte, o crescente da população acima de 60 anos traz o aumento da clientela com doenças crônicas e a conseqüente necessidade de parâmetros de avaliação de adesão ao seu tratamento. A falta de adesão a este pode acarretar na agudização do quadro, com o aparecimento de complicações severas, aumento do índice de internações e piora da condição de saúde desta clientela. Uma das Teorias que envolvem esse processo de aceitação do regime estabelecido é a Promoção da Saúde de Nola Pender, a qual integra a psicologia social e uma perspectiva holística de enfermagem. Com isso, pode ser

<sup>1</sup> Relatora. Enfermeira Especialista em Enfermagem Gerontológica formada pela EEAAC/UFF. Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/Souza Aguiar E-mail: gra\_uff@yahoo.com.br Tel. (21) 9149-1846.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta MEM/UFF. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica (NEPEG). E-mail: rosifesa@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Discente da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC). Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: mcarvalho27@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Enfermeira, Professora substituta do Departamento Materno Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC / UFF) Discente do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN / UFRJ), – ecsgm2004ster@gmail.com

**Trabalho 177 - 2/3**

utilizado como método de análise para entender e explicar o fenômeno da adesão, norteador da ação dos enfermeiros. <sup>4</sup> Um outro modo de avaliação deste fenômeno de não-adesão ao regime é o diagnóstico de enfermagem Autocontrole ineficaz de saúde, definido como padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas seqüelas que é insatisfatório para alcançar as metas de saúde. <sup>5</sup> A partir disso, delimitou-se como objeto deste estudo: a elaboração de um instrumento de análise do diagnóstico de enfermagem Autocontrole Ineficaz da Saúde no idoso hospitalizado na clínica médica com base no NANDA 2009/2001 e fundamentado na Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender. Deste modo, pretende-se contribuir: à prática de enfermagem especializada no cuidado ao idoso por meio do advento de instrumento facilitador da detecção de problemas da área; pesquisas futuras nesta área, nas quais podem ser aprofundadas as informações sobre o tema presentes neste estudo; e ensino levando-se em consideração a ênfase dos aspectos de aplicação dos princípios gerontológicos a assistência de enfermagem. **(ii) Objetivos:** Elaborar um protocolo de identificação do diagnóstico de enfermagem *Autocontrole ineficaz da saúde*; e validar o instrumento com o auxílio de peritos especialistas na área do idoso e/ou diagnóstico de enfermagem. **(iii) Materiais e métodos.** O método de desenvolvimento deste estudo seguiu as 4 etapas de Fisher. Na primeira delas, o levantamento dos fatores relevantes, foi realizada uma pesquisa com os aspectos considerados pertinentes a elaboração do instrumento tendo como base os quesitos a serem avaliados e a população ao qual se destinava, ou seja, os idosos internados na clínica médica. Na segunda etapa, seguiu-se com a elaboração do instrumento com base nas características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico da NANDA 2009/2011 e sua entrega a 20 juízes, experts/peritos na área do idoso e/ou diagnóstico de enfermagem, os quais foram solicitados a avaliação de clareza, linguagem e análise do quesito proposto. Na terceira fase, validação do constructo, foi feita uma análise dos dados com o objetivo de realizar a avaliação estatística inferencial do instrumento, na qual será avaliado por estatística simples o percentual de concordância de cada item avaliado nas características definidoras e fatores relacionados correspondentes ao diagnóstico em estudo. Na quarta e última etapa, validação semântica, verificou-se o grau de compreensão dos itens por parte dos peritos, dos quais também se levaram em consideração as mudanças referentes aos padrões de expressões para facilitar a compreensão da clientela a qual o instrumento será empregado. **(iv) Resultados.** Seguindo as etapas de Fischer, no levantamento de fatores relevantes, os fatores pontuados como pertinentes foram as doenças crônicas e o processo de envelhecimento; diagnóstico de enfermagem com enfoque no Autocontrole ineficaz da saúde; e o modelo de Promoção à saúde de Nola Pender. Na segunda etapa, foi elaborado um

**Trabalho 177 - 3/3**

instrumento versando nos padrões de Likert, ou seja, questões ancoradas na possibilidade de cinco alternativas referidas a concordância do sujeito avaliado em relação ao quesito proposto. Na terceira etapa, o instrumento foi avaliado por 20 peritos/experts na área do idoso e de diagnóstico. Referentes às propostas avaliativas das 6 características definidoras do diagnóstico de enfermagem em estudo, 10% dos peritos questionaram 1 das formas de investigação do quesito, classificando o mesmo como inadequado. Nos 16 fatores relacionados, foram enquadrados como inadequados 2 formas avaliativas por 20% dos especialistas. Na quarta etapa, validação semântica, 10% dos peritos não compreenderam expressões utilizadas nas formas investigativas, os quais sugeriram mudanças de termos para a melhor compreensão dos quesitos investigados. Os níveis de concordância ( $k$ ) obtidos mostram que 23% das 22 questões apresentaram  $k$  entre 0,40 e 0,60 (concordância moderada) e, ao somarem-se os níveis de concordância bom e excelente ( $k$  entre 0,61 e 1,00), têm-se 47% das questões. **(v) Conclusões** Em síntese, o instrumento foi classificado como adequado e compreendido pelos peritos do estudo. As sugestões dadas para facilitar o processo de compreensão foram adotadas. Uma versão final com estas foi elaborada para ser utilizada em próximos estudos, uma vez que é sabido que o processo de validação é contínuo, isto é, quanto mais evidências forem reunidas de que um instrumento mede aquilo que se propõe, maior a confiabilidade que os pesquisadores terão em sua validade e utilização.

**Palavras-chaves:** Idoso, Promoção à saúde, Diagnóstico de enfermagem.

**Referências**

1. Franzen E et al. Adultos e idosos com mudanças com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. Rev HCPA. 2007. 27(2):28-31.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
3. Alves C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. Cad. Saúde Pública. 2007. 23(8):1924-1930
4. Victor, JF et al.. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta paul. enferm. 2005; 18(3). 235-240.
5. North American Nursing Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação (2009-2011). Porto Alegre: Artmed, 2010.

Trabalho 178 - 1/5

## IDENTIFICAÇÃO DOS FOCOS DO PROCESSO CORPORAL DA CIPE® POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Introdução:** Este estudo apresenta um relato de experiência sobre a identificação de focos do processo corporal da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®) em casos clínicos, realizada por acadêmicos do último ano de enfermagem, utilizando a versão impressa da CIPE® e uma ferramenta informacional denominada Sistema Baseado em Conhecimento (SBC) direcionada à identificação dos focos do processo corporal<sup>(1)</sup>. O foco central da CIPE® é a prática de enfermagem, apresentada como um processo dinâmico, sujeito a mudanças, contemplando elementos para composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, representados por um modelo de sete (7) eixos, que possibilita combinações entre os termos dos seus eixos, proporcionando maior solidez à classificação e diferenciando a expressão de seus conceitos<sup>(2)</sup>. O primeiro eixo, denominado “Foco”, configura “a área de atenção relevante para a enfermagem”<sup>(3)</sup>. O uso de termos que constituem este eixo é obrigatório na formulação do Diagnóstico de Enfermagem, sendo entendido como uma categoria nominal, ou seja, um conjunto de palavras que “expressa a conclusão da interpretação que o enfermeiro, por seu conhecimento e experiência, faz dos sinais que identifica junto às pessoas que cuida”<sup>(4)</sup>. Para que o enfermeiro formule o Diagnóstico de Enfermagem, que constitui a base para o planejamento da assistência<sup>(5)</sup>, torna-se necessário primeiramente identificar de forma correta a área de atenção que, na CIPE®, é representada pelo eixo foco. **Objetivo:** Relatar a experiência da análise da performance de graduandos de enfermagem durante a identificação de focos do processo corporal da CIPE®. **Metodologia:** A atividade foi realizada em um Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição filantrópica do sul do Brasil, com 14

<sup>1</sup> Enfermeira. Graduanda em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, durante a realização do estudo que gerou este resumo. Rua Jorge Bonn, 231, Bloco 06, apartamento 42, Tingüí, CEP 82600-290, Curitiba-PR. <cari\_carvalho@yahoo.com.br>.

<sup>2</sup> Enfermeira. Graduanda em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, durante a realização do estudo que gerou este resumo. Rua Dr. Gonzaga de Campos, 337, sobrado 3, Uberaba, CEP 81570-110, Curitiba-PR. <ales.santos@hotmail.com>.

<sup>3</sup> Enfermeira. Graduanda em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, durante a realização do estudo que gerou este resumo. Rua Diomar Wambier, 96, Uberaba, CEP 81560-330, Curitiba-PR. <danymsihel@hotmail.com>.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Rua Marechal Hermes, 946, 402 A, Centro Cívico, CEP 80530-230, Curitiba-PR. <sandra.honorato@pucpr.br>.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Rua Arthur Leiuig, 561, Vista Alegre, CEP 80810-300, Curitiba-PR. <m.cubas@pucpr.br>.

### Trabalho 178 - 2/5

acadêmicos do último ano que se disponibilizaram voluntariamente para identificar os focos do processo corporal da CIPE® em três casos clínicos. Os participantes foram divididos em dois grupos. O grupo I utilizou o SBC e o grupo II, um recorte impresso da CIPE® contendo a hierarquia dos focos do processo corporal, para apontar os focos nos casos clínicos. Na instituição de ensino, a primeira aproximação destes acadêmicos com sistemas classificatórios ocorre no quarto período. O contato mais aprofundado com a CIPE® acontece no sétimo período, que aperfeiçoa o desenvolvimento do raciocínio clínico para a elaboração de diagnósticos de enfermagem. Para o desenvolvimento do experimento, os participantes dos dois grupos passaram por uma nova aproximação à CIPE®, com abordagem teórico-prática direcionada à identificação dos focos do processo corporal. Além disso, os voluntários do grupo I foram instrumentalizados para a utilização do SBC. Foram selecionadas três variáveis para análise da performance dos grupos: “desempenho do aluno” na identificação dos focos; “dificuldades manifestadas” pelo acadêmico nesta identificação; e “satisfação” dos participantes com o método utilizado. A variável “desempenho do aluno” foi avaliada a partir da análise da taxa de acerto dos grupos para a identificação dos focos. Para esta análise foi utilizado um gabarito com os focos de cada caso: 11 focos no caso A (“dor”, “dor por ferida”, “edema”, “eliminação urinária”, “ferida”, “ferida cirúrgica”, “ferida por punção”, “hematoma”, “impactação”, “membrana mucosa seca” e “necrose”); nove focos no caso B (“dispnéia”, “dor”, “edema”, “expectoração”, “hipertensão”, “hipóxia”, “ingurgitamento”, “tontura” e “tosse”) e 11 focos no caso C (“ascite”, “cólica”, “dispnéia”, “dor”, “dor visceral”, “edema”, “eliminação urinária”, “hematoma”, “impactação”, “náusea” e “vômito”). Salienta-se que o gabarito foi consensado por docentes com experiência na CIPE®. A variável “dificuldades manifestadas” considerou: o grau de dificuldade manifestado pelos acadêmicos para identificar os focos; a listagem das dificuldades encontradas e as sugestões para facilitar o aprendizado. Os participantes atribuíram notas para expressar seu grau de dificuldade em uma escala de 0 a 10. A variável “satisfação” do aluno foi analisada em relação ao recurso utilizado em cada grupo e expressa em escala de 0 a 10. Mesmo tratando-se de um exercício acadêmico foram respeitados os princípios éticos da pesquisa. **Resultados:** Em relação à variável “desempenho do aluno” na identificação dos focos do processo corporal da CIPE®, constatou-se que: no caso clínico A, 100% dos participantes do grupo II

**Trabalho 178 - 3/5**

identificaram o foco “dor”. Já no grupo que utilizou o SBC, este foco foi identificado por 42,8% dos usuários. Ainda, no caso A 0% do total de participantes apontou o termo “ferida por punção” como foco da prática de enfermagem. Em relação ao caso clínico B, 0% dos usuários do SBC identificou o foco “ingurgitamento”, uma vez que este não consta nas bases de conhecimento do SBC devido ao fato da versão 1.0 da CIPE® não apresentar conceito para este termo. No caso C, verificou-se que 100% dos voluntários do grupo II identificaram o foco “edema”, enquanto que 85,7% dos acadêmicos do grupo I apontaram este foco. O grupo I, que utilizou o SBC, atingiu 44,1% de acertos no caso clínico A, superando a taxa de acertos do grupo que utilizou a CIPE® impressa – 36,4%. Já nos casos B e C, o grupo II se sobressaiu, atingindo 54,0% e 54,5% de acertos, respectivamente. No total, o grupo I acertou 48,4% e o grupo II atingiu 47,5% de acertos, valores muito aproximados e que configuram um baixo índice de acerto para os dois grupos. Os acadêmicos também apontaram focos que não constavam no gabarito, tais como “desidratação”, “dor visceral”, “obstipação”, “lesão” e “retenção hídrica”, no caso A; “perfusão tissular”, “retenção hídrica” e “ventilação”, no caso B; e “constipação”, dispnéia funcional”, “obstipação” e “retenção hídrica”, no caso C. Os voluntários identificaram também, focos que não apresentaram consonância com os casos clínicos, a exemplo, no caso A: “absorção”, “sangramento”, “arritmia”, “desequilíbrio hidroeletrólítico”, “sintoma”, “úlceras venosas”, “laceração”, “pé equino” e “tontura”, que foram apontados pelo grupo I, e “arritmia”, “ingurgitamento”, “trauma”, “defecação”, “envelhecimento”, “ascite” e “úlceras”, identificados pelo grupo II. No caso B, os focos apontados pelo grupo que utilizou o SBC, que não apresentaram consonância foram: “trocas gasosas”, “choque vasogênico”, “limpeza vias aéreas”, “dispnéia em repouso”, “dispnéia funcional”, “dor isquêmica” e “dor vascular”; enquanto que o grupo que utilizou a CIPE® impressa identificou: “sinal de pressão arterial”, “sintoma”, “termorregulação”, “paladar”, “mal nutrição”, “movimento”, “envelhecer”, “hipoventilação” e “ortopnéia”. Os focos identificados pelo grupo I que não apresentaram consonância com o caso C foram: “absorção”, “dispesia”, “trocas gasosas”, “úlceras venosas”, “choque”, “choque cardiogênico”, “tontura”, “sangramento”, “movimento corporal” e “perfusão tissular”, enquanto que o grupo II apontou: “percepção”, “sintoma”, “emagrecimento”, “infecção”, “defecação” e “dispnéia em repouso”. Em relação à variável “dificuldades manifestadas”, observou-se que 50% do

**Trabalho 178 - 4/5**

total de participantes consideraram fácil a identificação dos focos e 14,2% apresentaram maior dificuldade em realizar esta atividade. Verificou-se que as maiores dificuldades encontradas pelo grupo que utilizou a CIPE<sup>®</sup> impressa estão relacionadas à falta de prática em manusear a CIPE<sup>®</sup>. Já o grupo que utilizou o SBC referiu dificuldade em interpretar as perguntas de interface do Sistema, devido sua complexidade. Para facilitar o aprendizado, os acadêmicos sugeriram algumas modificações para esse processo: 35,7% dos participantes concordaram que o manuseio da CIPE<sup>®</sup> deva ser mais bem explorado, durante todo o processo de formação. Em relação ao SBC, 42,8% dos usuários sugeriram que as perguntas de interface sejam mais objetivas e simples. Outras sugestões referem-se ao acesso direto aos focos em questão, à criação de um *link* para consulta de conceito de termos técnicos e à adoção do SBC no ensino acadêmico. Em relação à variável “satisfação” do aluno, verificou-se que 64,3% do total de participantes mostraram-se satisfeitos com o aprendizado. **Conclusão:** Evidenciou-se no decorrer deste estudo que os graduandos de enfermagem manifestaram dificuldades em manusear a CIPE<sup>®</sup> e em localizar os focos, tanto por meio da CIPE<sup>®</sup> impressa, como do SBC. Apesar disso, mostraram-se satisfeitos com o aprendizado e sugeriram melhorias, tais como a abordagem da CIPE<sup>®</sup> mais precocemente na grade curricular. Todavia, os resultados apresentados evidenciam que, para que a proposta da CIPE<sup>®</sup> de unificação de uma linguagem profissional possa ser plenamente alcançada, torna-se necessário que todo o ensino de enfermagem sofra uma reestruturação, de forma que a CIPE<sup>®</sup> seja incorporada às disciplinas de enfermagem, desde a fase inicial do curso, para que o graduando inicie seu processo de aproximação a um sistema de classificação professado mundialmente.

**Palavras-chave:** Classificação; Enfermagem; Vocabulário Controlado.

**Referências:**

1- Rosso M, Silva SH, Scalabrin EE. Sistema Baseado em Conhecimento para apoio na identificação dos focos do processo corporal da CIPE<sup>®</sup>. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. 2008.

**Trabalho 178 - 5/5**

- 2- Nóbrega MML, Garcia TR. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. Rev Bras Enferm. 2005 58(2): 227-230.
- 3- Conselho Internacional de Enfermagem. CIPE® Versão 1.0. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, 2006.
- 4- Cruz, DALM. Diagnóstico de enfermagem. In: Garcia TR, Egry EY (Org.). Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 111-117.
- 5- Mazza VA, Labronici LM, Mantovani MF, Kletemberg D F. O ensino do diagnóstico de enfermagem: um desafio. In: 8º Seminário nacional de diretrizes para a educação em enfermagem no Brasil. Espírito Santo. 2004, Anais. Espírito Santo: Associação Brasileira de Enfermagem, 2004.

Trabalho 179 - 1/5

**ELABORAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO FOCO “DOR” POR MEIO DA COMBINAÇÃO ENTRE TERMOS DA CIPE®**

Francine Dutra Mattei<sup>1</sup>

Marcia Regina Cubas

Andreia Malucelli

**INTRODUÇÃO**

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é uma terminologia combinatória criada com a finalidade de padronizar uma linguagem universal da prática de enfermagem, permitindo a comparação entre dados de diferentes populações.

Criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), em 1996, a CIPE® vem evoluindo e encontra-se na versão 2.0, publicada em 2009, em resposta aos ajustes necessários para sua inclusão na família internacional de classificações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Para incluir na CIPE® termos capazes de representar a enfermagem no âmbito da saúde coletiva, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) desenvolveu, entre 1996 e 2000, o projeto da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC®<sup>(1)</sup>.

Dentre os diversos sistemas classificatórios existentes, a CIPE® é um dos mais completos, possuindo, em seus sete eixos, 2.438 termos. O que permite a elaboração de inúmeros diagnósticos, de intervenções e de resultados de enfermagem e possibilita a aplicação do processo de enfermagem de forma mais abrangente.

O processo de enfermagem pode ser definido como uma metodologia capaz de sistematizar a assistência. Sua utilização contribui com a melhoria da assistência

---

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR. Endereço eletrônico: [fran.mattei@bol.com.br](mailto:fran.mattei@bol.com.br)

**Trabalho 179 - 2/5**

prestada e, conseqüentemente, no estado do paciente, favorecendo o desenvolvimento dos papéis específicos da enfermagem, demonstrando a complexidade do cuidado <sup>(2)</sup>. O uso do diagnóstico de enfermagem permite a escolha de intervenções mais adequadas e, dessa forma, possibilita a avaliação dos cuidados prestados <sup>(3)</sup>. Este movimento pode ser ampliado com uso de sistemas classificatórios elaborados com auxílio de recursos computacionais. Esta pesquisa pretende contribuir neste espaço de conhecimento, oferecendo uma continuidade à ontologia proposta para a CIPESC<sup>®</sup> <sup>(4)</sup>.

Dentre os vários termos classificados no eixo “Foco” da CIPE<sup>®</sup>, há uma subclasse específica, que inclui conceitos diferenciados, para representar o fenômeno “Dor”. Este trabalho envolve a elaboração de diagnósticos e de resultados de enfermagem relacionados a este fenômeno com uso da CIPE<sup>®</sup>. Tal escolha se justifica, pois a dor:

- a) é um sintoma comum e frequente na prática de enfermagem, vivenciado por pessoas de todas as faixas etárias e presente na maioria dos pacientes hospitalizados;
- b) é um fenômeno que vai muito além do sofrimento físico, devendo ser cuidadosamente avaliado por sua complexidade e multidimensionalidade; e
- c) possui diversas terminologias que descrevem de forma diferente diagnósticos, intervenções e resultados relacionados a ela.

Este trabalho é parte integrante de dois projetos de pesquisa desenvolvidos no Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde (PPGTS) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), intitulados: “Compondo uma Nova Geração de Sistemas Classificatórios de Enfermagem” e “Avaliação de um Sistema Computacional para Auxílio ao Raciocínio Diagnóstico Individual e Coletivo com uso das CIPE<sup>®</sup>/CIPESC<sup>®</sup>”<sup>2</sup>.

## **OBJETIVOS**

Geral: elaborar Diagnósticos e Resultados de Enfermagem, combinando os termos do eixo “Foco”, subclasse “Dor” com os termos dos outros eixos da CIPE<sup>®</sup>.

Específicos: validar a combinação dos Diagnósticos e Resultados de Enfermagem construídos; reorganizar os termos da subclasse “Dor” da CIPESC<sup>®</sup> para a hierarquia

---

<sup>2</sup> Pesquisa financiada pelo CNPq, por meio do Edital Universal nº 14/2009.

### Trabalho 179 - 3/5

proposta pela CIPE®; e incluir os Diagnósticos e Resultados de Enfermagem na ontologia proposta para a CIPESC®.

## METODOLOGIA

A elaboração prevê três etapas distintas, descritas a seguir.

### 3.1 Construção de regras para elaboração dos Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

Foram selecionados 24 termos da CIPE® e um da CIPESC® do eixo “Foco” contidos na subclasse “Dor”. Depois, buscou-se relacionar os termos do eixo “Julgamento” adequados a cada termo do eixo “Foco”. Para cada combinação “Foco e Julgamento” foram determinadas as possíveis combinações com os termos dos demais eixos da CIPE®, com exceção do eixo “Ação”. Com base na literatura existente, o conceito de cada termo foi analisado e identificado o limite de atuação da enfermagem.

### 3.2 Validação das regras

As regras construídas na etapa anterior serão validadas em dois momentos. Inicialmente, se procederá ao reconhecimento das relações entre o “Foco” e os outros eixos com base na literatura clínica. Posteriormente, os diagnósticos e resultados com sustentação teórica ausente ou contraditória serão submetidos a especialistas, por intermédio de um aplicativo acessível via *Web*. A seleção dos especialistas obedecerá a critérios que garantam sua capacitação para esta tarefa: ser referenciado pela ABEn ou por programa de pós-graduação ou possuir publicação na área; participar de grupo de dor ou trabalhar diretamente com pacientes com quadro algico; ou ter experiência mínima de dois anos na assistência. Serão consideradas validadas as regras que obtiverem um índice de concordância mínimo de 80% entre os especialistas <sup>(5)</sup>.

### 3.3 Representação dos Diagnósticos e Resultados de Enfermagem na ontologia

Os Diagnósticos e Resultados validados serão atualizados na ontologia iniciada no trabalho de Silva <sup>(4)</sup> utilizando a ferramenta *Protégé*, considerando-se que:

- a) na definição das classes e da hierarquia entre as classes, será respeitada a hierarquia proposta pela CIPE® versão 1.1;
- b) as propriedades das classes serão definidas para possibilitar relacionamentos entre as classes;

### Trabalho 179 - 4/5

c) as restrições das classes serão definidas a partir das regras de combinações entre os eixos, recomendadas para criação de declarações de enfermagem (diagnósticos e resultados) da CIPE®.

Após apresentação pública dos Diagnósticos e Resultados de Enfermagem e autorização da ABEn, esta ontologia será disponibilizada em *Web Ontology Language* (OWL).

### RESULTADOS PARCIAIS

Atualmente, o desenvolvimento do trabalho encontra-se na fase de validação das regras com base na literatura.

Partindo dos 25 termos do eixo “Foco” da subclasse “Dor”, foram selecionados para combinação 13 termos do eixo “Julgamento”, formando-se então 325 sentenças “Foco e Julgamento”.

A seguir, foram selecionados e combinados sete termos do eixo “Tempo”, o que elevou a quantidade de sentenças para 2.600 (325 somente da combinação “Foco e Julgamento” e mais 2.275 pelas combinações destas com o eixo “Tempo”).

Até este ponto, consideraram-se factíveis todas as combinações possíveis entre os termos selecionados dos eixos “Foco”, “Julgamento” e “Tempo”, evidentemente, sujeitas à posterior validação por especialistas.

O próximo passo consistiu na seleção de termos dos eixos “Meios”, “Localização” e “Cliente”. Nesta etapa, procedeu-se da seguinte forma:

a) no eixo “Localização”, utilizou-se somente a subclasse “Estrutura Corporal” e a classe “Posição”, com exceção das sentenças que fazem referência a uma dor característica de alguma localização corporal específica;

b) no eixo “Cliente”, em alguns casos em que os diagnósticos ou resultados são restritos a algum cliente específico, selecionou-se o termo correspondente (exemplo: Dor Oncológica > Melhorada > por meio de Brinquedo > em Criança); nas demais sentenças, além de “Criança”, podem ser utilizados os clientes “Idoso”, “Adulto”, “Adolescente”, “Bebê” e “Recém-Nascido”;

c) a seleção dos termos do eixo “Meio” foi feita caso a caso para cada termo do eixo “Foco”; assim, por exemplo, enquanto em “Dor musculoesquelética” pode-se utilizar cerca de 50 meios na construção das sentenças, em “Cólica menstrual” a quantidade de meios fica reduzida a cinco.

**Trabalho 179 - 5/5**

Dessa forma, mesmo com as limitações convencionadas, estima-se que as combinações dos termos produzirão um número superior a 200 mil sentenças.

**CONCLUSÃO**

Os resultados parciais deste trabalho refletem a complexidade do fenômeno “Dor”. Pela abrangência do tema, chega-se a uma quantidade imensa de possíveis diagnósticos e resultados de enfermagem, o que leva à compreensão da importância de uniformizar a aplicação do processo de enfermagem.

Conclui-se também que a utilização de recursos tecnológicos é absolutamente indispensável para a padronização deste processo, já que seria humanamente impossível gerenciar um assunto tão complexo sem o apoio de um sistema informatizado.

A CIPE<sup>®</sup>, pelas suas características, tem se mostrado uma ferramenta adequada para a construção dos diagnósticos e resultados de enfermagem.

**Referências**

1. Egry EY, Antunes MJM, Lopes MGD. Projeto CIPESC CIE-ABEn. In: Garcia TR et al. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 175-191.
2. Silva KL, Nóbrega MML, Fontes WD. Coleta de dados: primeira fase do processo de enfermagem. In: Nóbrega MML, Silva KL (Org.). Fundamentos do cuidar em enfermagem. João Pessoa: Imprima, 2007. p. 23-39.
3. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. Rev Bras Enferm. 2005; 58(5): 568-572.
4. Silva RR, Malucelli A, Cubas MR. Em direção à ontologia CIPESC<sup>®</sup>. Journal of Health Informatics [Online]. 2009; 1(1).
5. Garcia TR, Nóbrega MML, Sousa MCM. Validação das definições de termos identificados no projeto CIPESC<sup>®</sup> para o eixo foco da prática em enfermagem da CIPE<sup>®</sup>. Rev Bras Enferm. 2002; 55(1): 52-63.

**Palavras-Chave**

Processo de enfermagem. Sistemas de classificação. Dor.

**Área Temática**

Sistemas de Informação e Comunicação da prática de enfermagem

**Trabalho 180 - 1/5**

A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA SOBRE  
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Luiz Carlos Santiago e Tatiane Fernandes Florencio.

Introdução: Com a revolução da tecnologia computacional vivenciada pela humanidade a partir do século XX, a informática esta cada vez mais presente em nossas vidas. Novas formas de pensar e de conviver estão sendo repensadas no mundo das telecomunicações e da informática. As relações entre os homens, o trabalho, a própria inteligência dependem, na verdade, da transformação rápida de vários dispositivos informacionais. Escrita, leitura, visão, audição, criação, aprendizagem são apreendidos por uma informática cada vez mais inovadora<sup>1</sup>. Na década de 1980, as instituições de saúde no Brasil, iniciaram o processo de informatização pelos setores administrativos. Tendo em vista, o sucesso da informatização dos setores administrativos e a crescente revolução das novas Tecnologias da Informação/ Comunicação (TICs), a enfermagem inicia seus estudos para inserção da informática em suas práticas. Na assistência de enfermagem, o computador tem o potencial de facilitar a coleta, armazenamento e o processamento de informações que são essenciais ao cuidado de enfermagem. Tendo em vista a contemporaneidade e a relevância da temática: sistemas de informação e a prática de enfermagem, este estudo tem como objeto: a produção científica da enfermagem brasileira acerca do tema sistemas de informação e a prática de enfermagem. Está investigação tem com objetivos: identificar produções científicas da enfermagem brasileira acerca da temática: sistemas de informação e a prática de enfermagem, publicados no período de 2000 a 2009 e descrever os temas abordados nas produções científicas identificadas. Metodologia: este estudo utilizou em sua metodologia científica a pesquisa bibliográfica. Foram utilizados na identificação da produção científica sobre sistemas de informação e a prática de enfermagem, artigos publicados no período de 2000 a 2009, em periódicos científicos nacionais disponíveis na Base de Dados LILACS (Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

---

Enfermeira. Mestranda da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO. Enfermeira do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ. Endereço: Rua Palmas nº 01, casa 08. Bananeiras, Araruama. RJ. Endereço eletrônico: [tatiflorencio@hotmail.com](mailto:tatiflorencio@hotmail.com)

**Trabalho 180 - 2/5**

Com o objetivo de delimitar a amostra foi utilizado na base de dados LILACS o formulário avançado com o seguinte preenchimento: sistemas de informação (descriptor de assunto), (and) enfermagem (palavra) e (and) português (idioma). Mediante esta pesquisa foram encontradas 24 referências, porém ao utilizar os critérios de exclusão: ano de publicação (2000 a 2009), ter como foco a prática de enfermagem e ser redigido em português, apenas 10 artigos científicos permaneceram na amostra. Porém, um mesmo artigo foi encontrado duplicado, ou seja, este artigo foi publicado em 02 periódicos diferentes, logo este foi contabilizado uma única vez. Portanto, após a fase de triagem dos artigos científicos identificados sobre sistemas de informação e a prática de enfermagem, a amostra foi composta por 10 artigos. Tendo como base os artigos selecionados, foi realizado um fichamento composto por: título, autor, ano de publicação, nome do periódico, palavras-chave e objetivo. Após o fechamento foi feita a leitura minuciosa do resumo dos 10 artigos identificados, com o intuito de apreender os seus conteúdos significativos sobre o tema sistemas de informação e a prática de enfermagem. Mediante a leitura minuciosa dos textos científicos, seus conteúdos foram comparados e agrupados sob a forma de categorias empíricas, para que fosse possível a construção de categorias para análise. Resultados: Com base na análise dos textos científicos levantados e obedecendo aos critérios de seleção já descritos, nos foi permitida a identificação de 10 artigos. Posteriormente foi elaborado um catálogo dos artigos levantados contendo: título, autor, ano de publicação, nome do periódico, palavras-chave e objetivo. Através deste inventário foi possível observar que no ano de 2002 encontramos o maior número de publicações (04 publicações, ou seja, 40% das publicações totais) e que um mesmo autor sozinho ou com seus pares foi responsável por 04 publicações, ou seja, 40% das publicações totais. O periódico responsável pela publicação do maior número dos artigos selecionados foi a Revista Brasileira de Enfermagem, com 30% dos artigos levantados. Portanto, através deste inventário e de sua interpretação estatística podemos observar uma hegemonia relevante dentre os autores, o ano de publicação e o periódico de enfermagem. Também ficou clara a diminuição de publicações nos últimos anos (2007 nenhuma publicação, 2008 apenas 01 publicação e 2009 nenhuma publicação). Será que esta escassez de artigos sobre sistemas de informação e a prática de enfermagem descreve o que estamos vivenciando em nosso cotidiano, ou não estamos publicando nossas experiências? Tendo em vista a

**Trabalho 180 - 3/5**

leitura minuciosa dos artigos selecionados e a compreensão dos seus conteúdos, foi possível a construção de duas categorias: “Sistema de Informação em enfermagem: uma tecnologia emergente da prática assistencial” e “Sistema de Informação e Registro Eletrônico da Sistematização da Assistência de Enfermagem: realidade do século XXI”. Sistema de Informação em enfermagem: uma tecnologia emergente da prática – Através dos artigos selecionados nesta revisão de literatura podemos observar, que a busca pela elaboração dos sistemas de informação surge a partir de necessidades do cotidiano da prática de enfermagem, seja esta prática assistencial ou gerencial. Também podemos afirmar que os sistemas de informação são um novo paradigma na enfermagem. O sistema de informação em enfermagem deve ser entendido como um processo complexo que envolve estudos técnicos, organizacionais, comportamentais e ambientais. A integração do sistema com a prática e o processo de enfermagem envolve muitos fatores como educação, mudanças de atitude, cultura organizacional, padronização da linguagem e prática sistematizada<sup>2</sup>. E este novo instrumento vem modificando o modo de gerenciar e implementar a assistência de enfermagem, desburocratizando as ações do enfermeiro e possibilitando sua maior dedicação a prática de nossa profissão, o cuidado direto ao cliente. Dentre as vantagens descritas para utilização dos sistemas de informação em enfermagem, podemos citar: acesso rápido a informação, possibilidade de troca de informações entre a enfermagem de instituições diferentes (interoperabilidade), possibilidade de criação de um sistema de apoio a decisão, implementação do uso de terminologias na enfermagem e possibilidade de agilizar e facilitar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Porém, para que os sistemas de informação sejam verdadeiros aliados da prática de enfermagem é mister que a sua construção seja pautada nas evidências da prática do enfermeiro e norteadas por estruturas conceituais, tais como: ciência da informação, ciência da computação e a ciência da enfermagem. Sistema de Informação e Registro Eletrônico da Sistematização da Assistência de Enfermagem: realidade do século XXI – Tendo em vista toda a revolução causada pela Informática e logo depois pela Era da Informação em toda sociedade, podemos assegurar que a enfermagem também vem sendo influenciada por tal revolução, onde toda e qualquer informação está se tornando eletrônica. Embora sendo apresentado como forte tendência e artigos científicos afirmarem que todos nós se ainda não temos, vamos ter no futuro um Prontuário Eletrônico do Paciente como

**Trabalho 180 - 4/5**

modelo para registro de informações clínicas, a maioria dos sistemas em uso ainda não é direcionada por tal metodologia de desenvolvimento. A enfermagem ainda precisa a inclusão de seus elementos<sup>3</sup>. Este fato é observado através das publicações dos enfermeiros, onde é expressa a preocupação em elaborar e testar sistemas de informação que possibilitem o registro eletrônico da SAE. Outra inovação vivenciada por alguns enfermeiros é o Sistema de Informação Hospitalar, ou Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), onde não só a enfermagem está abarcada, mas sim toda equipe multiprofissional. No contexto do PEP é vital que a enfermagem demarque o seu espaço, delimitando os dados relevantes à sua prática, ensino e pesquisa. Os sistemas de informação e o Prontuário Eletrônico do Paciente vêm revolucionando o registro da SAE e o registro dos demais dados referentes à assistência de saúde ao cliente. Também proporciona mecanismos de controle de custos, controle da qualidade da assistência, acesso rápido e seguro a informações sobre o cuidado ao cliente e seus resultados, e o planejamento de uma assistência de saúde individualizada e multiprofissional. Conclusão: A análise dos artigos selecionados deixa pontos importantes para reflexão. Sendo os Sistemas de Informação em Enfermagem uma nova tecnologia emergente da prática do enfermeiro do século XXI, acreditamos que os relatos encontrados são de extrema relevância para constituir um novo conhecimento da enfermagem. Porém, observamos também que o quantitativo de publicações sobre esta temática é pequeno, ou seja, precisamos escrever, publicar e mostrar a comunidade científica a prática do enfermeiro deste novo século. Outro fator relevante é o novo desafio dos Sistemas de Informação e do Prontuário Eletrônico do Paciente, a interoperabilidade, ou seja, a informação sobre o atendimento de um indivíduo não pode ficar restrita a um PEP, de uma determinada instituição de saúde, estas informações devem ser trocadas entre os sistemas para que seja assegurado o atendimento universal. Referências: 1- LÉVY, Pierre. As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática. Rio de Janeiro: Editora 34, 2004. 203p. 2 - SANTOS, Sérgio R. dos. Sistema de Informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito – explícito. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.58, n.1,p.100-4, jan/ fev .2005. 3 - MARIN, H. F. ; CUNHA, I.C.K.O. Perspectivas atuais da informática em enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.59, n.3,p.354-7, maio/jun.2006.



**Trabalho 180 - 5/5**

Palavras chave: Sistemas de Informação; Enfermagem e Informática em Enfermagem.

Área temática: Sistemas de Informação e Comunicação da prática de enfermagem.

Trabalho 181 - 1/4

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA – A EXPERIÊNCIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Vasconcelos, Adriana Santana de<sup>1</sup>; Barbosa, Valquíria Farias Bezerra; Araújo, Evanisia Assis Goes; Barbosa, Lidiane Marinho da Silva.

**INTRODUÇÃO:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atribuição do enfermeiro garantida pela Lei do Exercício Profissional 7.498/ 86. A SAE deve ser desenvolvida em todas as áreas de atuação da enfermagem para garantir a qualidade da assistência. Dentre estas áreas de atuação, as que mais sofreram transformações quanto à qualidade da assistência prestada pelo profissional enfermeiro foram a assistência em atenção secundária e terciária em saúde. Devido aos custos econômicos relacionados aos serviços de alta complexidade ressalta-se a importância da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) objetivando garantir a eficácia da assistência, redução das complicações potenciais e alta precoce <sup>1</sup>. Desta forma, justifica-se a criação de estratégias de ensino nos Cursos de Graduação em Enfermagem para aproximar os alunos da experiência de atendimento integral ao cliente na clínica cirúrgica centro cirúrgico e sala de recuperação pós-anestésica mediante a implementação da SAEP. **OBJETIVO:** Este estudo tem por objetivo descrever a experiência vivenciada pelos docentes enfermeiros do Curso de Enfermagem Bacharelado da Faculdade ASCES - Associação Caruaruense de Ensino Superior no ensino-aprendizagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência onde são descritos a experiência de ensino e aprendizagem vivenciada pelas professoras enfermeiras da ASCES entre o período de 2008 a 2009, respeitando-se os semestres letivos em que estão distribuídos os referenciais temáticos. **RESULTADOS:** O curso de graduação em enfermagem da ASCES optou pelo Currículo Integrado, tendo sua matriz curricular organizada por módulos. Os módulos são subdivididos em unidades temáticas que trabalham conteúdos específicos referentes aos referenciais temáticos. O currículo integrado propõe estratégias de ensinar-aprender

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva, Mestranda em Enfermagem em Promoção da Saúde da Universidade de Pernambuco e Universidade Estadual da Paraíba, Membro do Serviço de Educação Continuada do Hospital Regional do Agreste em Caruaru – PE, Professora Assistente da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES) e da Faculdade de Enfermagem de Belo Jardim. Residente a Av. Venezuela, 229, Bairro Universitário, Caruaru – PE CEP.: 55.016-470. Endereço eletrônico: drikasv@ig.com.br

**Trabalho 181 - 2/4**

contextualizadas, privilegiando as atividades que superam a dicotomia entre teoria e prática. Sendo assim, cada um dos referenciais temáticos aborda os conteúdos disciplinares aplicáveis ao tema principal da unidade temática. A referida unidade, em torno da qual se descreve a experiência tem como título: Sistematização da “Enfermagem no cuidado sistematizado em situações clínicas e cirúrgicas”, nesta unidade são abordados os conteúdos relacionados à clínica médico – cirúrgica enfermagem em centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização. Compõem a unidade temática um grupo de sete professores que abordam, além dos conteúdos referidos anteriormente os conteúdos de, microbiologia e imunologia, farmacologia, patologia, nutrição, enfermagem psiquiátrica complementam a unidade temática e têm contribuído sobremaneira para a compreensão do alunado sobre a importância da articulação dos seus conteúdos na sistematização da assistência de enfermagem no Peri operatório. Os professores trabalham de forma integrada apoiados no eixo da problematização para criar experiências de aprendizagem de forma que os alunos construam os conceitos necessários a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem Peri operatória (SAEP), dentre outros. Para tanto, são construídas situações - problema, no qual estão retratados os referenciais temáticos contidos na unidade, simulando casos clínicos que privilegiam o tratamento de um cliente de enfermagem internado nos níveis secundário e/ou terciário de atendimento em saúde. Os alunos são levados a perceber a importância da continuidade da assistência entre a clínica cirúrgica o centro cirúrgico e a sala de recuperação pós-anestésica, onde o cliente é admitido na enfermaria, no pré-operatório, encaminhado no centro cirúrgico para o transoperatório e pós-anestésico e posteriormente transferido para a enfermaria cirúrgica onde ele vivenciará o período pós-operatório. Durante a realização dos exercícios a SAE é ensinada tendo – se como base a teoria das Necessidades Humanas Básicas<sup>2</sup> de Wanda Aguiar Horta juntamente com a teoria do Autocuidado de Dorothea Orem<sup>3</sup>. Para a construção do plano assistencial as terminologias de Enfermagem adotadas são a North American Nursing Diagnoses (NANDA)<sup>4-5</sup>, Nursing Interventions Classification (NIC) e a Nursing Outcomes Classification (NOC) realizando uma interligação entre os diagnósticos, as intervenções e os resultados da assistência de enfermagem, respectivamente. Com o objetivo de que os alunos compreendam a atuação do profissional enfermeiro junto aos problemas colaborativos são eleitas as patologias que tem relevância epidemiológica no agreste pernambucano para a construção das situações problema utilizadas. Para cada situação problema os alunos constroem um plano assistencial baseado nos diagnósticos de enfermagem que ocorrem com maior frequência, prescrições de enfermagem e os resultados observáveis como critérios de evolução. Além do plano assistencial as

**Trabalho 181 - 3/4**

patologias, também são definidos os planos de assistência do período pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório. A avaliação da unidade é realizada de maneira formativa tendo-se como base a resolução individual e em grupo das situações-problema propostas. Além disto, a turma é dividida em grupos de estudo e cada um destes grupos deve apresentar proposta de um instrumento para o registro da SAEP nos períodos pré-operatório imediato, imediato, trans-operatório e pós-operatório imediato e mediato. A construção do instrumento é utilizada pelos professores como uma forma de avaliação por parte do grupo de docentes, além da avaliação deste instrumento os professores também avaliam os exercícios que privilegiam a SAEP além da resolução de situações problemas nas quais se permite a consulta das terminologias adotadas durante a unidade temática. Após a conclusão do ensino teórico os alunos têm a oportunidade de vivenciar as práticas clínicas. A prática clínica é uma experiência onde o aluno é encaminhado a uma instituição de saúde de referência para assistência terciária em um hospital da região acompanhado por um professor que supervisiona a atividade integralmente. Durante as práticas clínicas, o aluno tem a oportunidade de praticar a SAEP realizando a aplicação do processo de enfermagem ao paciente cirúrgico na unidade de internamento pré e pós – operatório e no centro cirúrgico e na sala de recuperação pós-anestésica. Neste período de aprendizagem é dado um enfoque especial para a evolução de enfermagem como forma de garantir a comunicação eficaz entre a equipe de saúde, subsidiando a assistência de qualidade e resguardando os direitos legais do cliente e da equipe de saúde. Durante o período das práticas clínicas o professor supervisor utiliza um instrumento de avaliação que o auxilia a observar se o aluno realiza a assistência de enfermagem respeitando a Sistematização da Assistência de Enfermagem bem como os procedimentos de semiologia e semiotécnica necessários à sua implementação. Após isto se faz uma comparação entre os desempenhos teóricos e práticos que subsidia perceber se o aluno está apto a realizar a assistência de enfermagem na Alta e Média Complexidade.

**CONCLUSÃO:** Pode-se inferir que os alunos ao ingressarem nas práticas clínicas apresentam conhecimentos básicos em torno do processo de enfermagem e podem consolidar os registros de enfermagem de maneira adequada. Ao final da unidade temática é observado o alto nível de aprovação, com desenvolvimento dos desempenhos propostos acrescido do desenvolvimento de raciocínio clínico para o atendimento ao cliente cirúrgico e aplicação da SAEP. Além disto, pode-se observar que durante os exercícios práticos realizados na experiência hospitalar os alunos desenvolvem relacionamento clínico adequado consolidando a relação enfermeiro-cliente com base nas teorias de enfermagem adotadas.

**REFERÊNCIAS:**  
1. Brunner SCS, Suddart BB. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 11 ed. Rio de

**Trabalho 181 - 4/4**

Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. 2.Horta Wanda Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo. EPU, 1979. 3. George Júlia B. e cols. **Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993. 4. North American Nursing Diagnosis Association, **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2007-2008**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008. 5. Carpenito Lynda Juall. **Diagnósticos de Enfermagem – aplicação à prática clínica**. Porto Alegre. Artmed, 2005.

Palavras chave: processo de enfermagem, assistência de enfermagem, educação.

Área Temática: Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no espaço de produção de ensino: graduação e pós-graduação;

**Trabalho 182 - 1/3****CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO IMPRESSO PARA PASSAGEM DE PLANTÃO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

MONA LISA MENEZES BRUNO

SOCORRO MILENA ROCHA VASCONCELOS

ANDREIA FARIAS GOMES

ANDREIA MORAIS FERNANDES LOIOLA

GERMANA PERDIGÃO AMARAL

ANA PAULA DONADI

Para cuidar do cliente hospitalizado é necessário oferecer um atendimento individualizado visando conhecer suas necessidades a fim de proporcionar uma assistência de qualidade. A passagem de plantão é uma estratégia implementada em serviços de saúde hospitalares para garantir a troca de informações, promovendo assim, a continuidade da atenção em saúde, tendo em vista o alcance de uma assistência de qualidade. Uma das mais básicas funções administrativas, no contexto do trabalho de enfermagem, é a passagem de plantão que deve acontecer de maneira organizada vistas a um planejamento da assistência ao paciente preestabelecido, objetivando um trabalho contínuo e conciso da equipe de enfermagem. Na comunicação administrativa da enfermagem, voltada a aspectos ligados ao cuidado, observamos que as informações emitidas pelos enfermeiros nem sempre são apreendidas com eficácia pelos demais membros da equipe. Fato que influi diretamente na assistência prestada, refletindo em baixa qualidade do serviço. Considerando as dificuldades encontradas durante o processo de passagem de plantão no que diz respeito à dispersão das informações transferidas sobre os pacientes a cada turno, e que várias equipes estão envolvidas nos cuidados diretos ao paciente e ainda, baseadas na convicção de que a comunicação entre os profissionais de saúde representa a principal ferramenta facilitadora da assistência ao paciente, garantindo a este maior segurança para receber os cuidados e frente à necessidade de um planejamento mais adequado que contemplem de forma abrangente as atividades da equipe de enfermagem, vislumbramos construir um impresso que enquadre de maneira coerente a nossa realidade diária, procurando assim, organizar e padronizar a passagem de plantão da unidade de internação I. Com o presente estudo objetivamos construir instrumento impresso para subsidiar o processo de passagem de

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará, aluna do curso de especialização em Vigilância Sanitária da Faculdade Ateneu.

Endereço: Rua Monsenhor Furtado 970, Ed. Irene Lima 302, B. Cep 60430350.

Fortaleza-Ceará. monalisa\_bruno@hotmail.com

**Trabalho 182 - 2/3**

plantão da unidade de internação I destinada ao tratamento de pacientes com distúrbios hematológicos, na tentativa de criar um instrumento que facilite a personalização da assistência e que permita à equipe de enfermagem obter informações imprescindíveis ao planejamento dos cuidados a serem dispensados. Caracterizando-se como instrumento tecnológico para registro e produção de dados. Realizado no Hospital Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará na unidade de internação I, a partir da experiência profissional dos pesquisadores. A construção do instrumento, contemplando as informações objetivas e subjetivas sobre o cliente e suas necessidades de tal forma que permita um cuidar mais sistematizado e que todos os profissionais que participam desse processo tenham conhecimento dessas informações. A passagem de plantão, documentada, vem a colaborar na assistência humana ao cliente, pois estabelece e confirma o plano de assistência, que caracteriza a prática profissional da enfermagem. O evento da passagem de plantão fundamenta-se como medida de comunicação importante para obtenção de informações concisas sobre os pacientes garantindo a continuidade da assistência. Alguns fatores podem interferir na comunicação durante a passagem de plantão, no entanto, formas estratégicas podem ser discutidas e aprimoradas para que este momento aconteça de maneira a documentar informações importantes sobre o estado de saúde-doença do cliente. O fluxo das informações pode ocasionar fragmentações e divergências das mesmas entre os plantões. Nesse sentido, temos o objetivo de divulgar um instrumento que foi construído visando levantar dados não somente relativos à implementação de cuidados técnicos, mas também registrar importantes para contemplar outros aspectos que envolvem a da assistência de enfermagem ao cliente hospitalizado.

**Palavras Chaves:** comunicação da prática da enfermagem; enfermagem oncológica; passagem de plantão; instrumento impresso; tomada de decisões

**Área Temática:** sistemas de informação e comunicação da prática de enfermagem.

**Referências:**

(1) TORQUATO, F. G. Tratado de comunicação organizacional e política. São Paulo: ed Thonson Learning, 2002.

(2) SILVA, L. A Comunicação como instrumento básico da enfermagem: a importância de sua aplicação na passagem de plantão. EEAN/UFRJ

**Trabalho 182 - 3/3**

(3) TREVIZAN, M. A. et al. Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. Rev. Latino. Am. Enf., v.6, n.5, p.77-82, 1998.

(4) MOTTA, P. R. Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 2 ed. Rio de Janeiro, Record, 1991.

(5) ANDRADE, J.S; et AL. A Comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão. Acta Paul Enf, São Paulo, v.17, n.3, p.311, 2004.

Trabalho 183 - 1/4

**ANÁLISE DE TERMOS IDENTIFICADOS NOS REGISTROS DE  
ENFERMAGEM CONSIDERADOS NÃO CONSTANTES NA CIPE®**

LIMA DE SOUZA, Gabriela Lisieux<sup>1</sup>

MEDEIROS, Ana Claudia Torres<sup>2</sup>

NÓBREGA, Maria Miriam Lima<sup>3</sup>

GARCIA, Telma Ribeiro<sup>4</sup>

**Introdução:** A documentação da prática de enfermagem, como parte fundamental para avaliação do cuidado prestado, expressa a qualidade e quantidade das anotações, que fornecem subsídios para a elaboração de diagnósticos de enfermagem, possibilitando o planejamento das ações, assim como sua implantação, além de fornecer informações sobre o paciente e funcionar como recurso de defesa legal para o enfermeiro. O registro ou documentação representa um instrumento imprescindível para a prática da assistência de enfermagem e sua necessidade de utilização culminou com as tentativas de sistematizar o cuidado e com o desenvolvimento do processo de enfermagem, que é definido como um método que fornece e organiza o cuidado. O uso do processo de enfermagem contribuiu para o desenvolvimento de terminologias, as quais permitem a utilização de uma linguagem universal e objetiva, garantindo a continuidade dos

---

<sup>1</sup>Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Bolsista de Iniciação Científica/CNPq. Endereço: R. Golfo de Bengala, 170. Intermare, Cabedelo- PB. E-mail: gabyllisieux@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal da Paraíba. Bolsista PIBIC/CNPq. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: anaclaudia.tm@hotmail.com

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da UFPB; Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Pesquisadora CNPq; E-mail: [miriam@ccs.ufpb.br](mailto:miriam@ccs.ufpb.br)

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Aposentada do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da UFPB. Pesquisador CNPq. E-mail: telmagarciapb@gmail.com

### Trabalho 183 - 2/4

cuidados prestados pela equipe de enfermagem. Neste contexto, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) foi desenvolvida, fornecendo um vocabulário e uma nova terminologia para a profissão, além de permitir que existentes vocabulários e classificações possam ser mapeados e comparados. Por esta razão, a CIPE® é descrita como um marco unificador<sup>1</sup>. Pode-se afirmar que a CIPE® tem redundado em um avanço considerável no que diz respeito à identificação e classificação de termos que fazem parte tanto do conhecimento científico, quanto do conhecimento prático da Enfermagem. Com o propósito de colaborar com este sistema de classificação, foram desenvolvidas várias pesquisas cuja execução envolveu a identificação e mapeamento cruzado de termos atribuídos a fenômenos/ diagnósticos e a ações/intervenções na prática de enfermagem; a confirmação do significado e da utilização na prática profissional desses termos; e a construção de bancos de termos da linguagem especial de enfermagem por unidade clínica de um hospital escola. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo analisar os termos identificados nos registros de enfermagem das clínicas de um hospital escola, considerados não constantes na CIPE® Versão 1.0, com o Modelo de Sete Eixos da referida classificação. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo, em que se utilizou o processo de mapeamento para análise dos termos contidos nos estudos desenvolvidos em um hospital escola. O mapeamento é um processo que consiste em comparar, através do cruzamento de dados (*cross-mapping*), objetos que aparentemente apresentam semelhança, com a finalidade de identificar similaridades e validá-los em diferentes contextos<sup>2</sup>. É um método que pode ser útil na análise das linguagens de enfermagem não padronizadas, quando comparadas às classificações de enfermagem, as quais utilizam terminologia uniforme<sup>3</sup>. Para a identificação e avaliação do conjunto de termos da linguagem especial de enfermagem, utilizou-se como fonte de dados os trabalhos desenvolvidos nas clínicas do hospital escola<sup>4</sup>, que tiveram como objetivos a construção de bancos de termos da linguagem especial de enfermagem. Os 1.235 termos, identificados nestes estudos foram submetidos ao mapeamento cruzado com os termos constantes na CIPE® Versão 1.0, identificando-se assim, 483 termos constantes e 752 não constantes nos sete eixos dessa terminologia. Antes da realização do mapeamento, os 752 termos considerados não constantes na CIPE® passaram por mais uma processo de normalização. Para os termos considerados não constantes foram desenvolvidas as seguintes etapas: revisão da

### Trabalho 183 - 3/4

literatura para definição dos termos e classificação dos termos no Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup>, levando em consideração a congruência entre o significado de cada eixo e as definições elaboradas para cada termo. **Resultados:** Os 752 termos considerados não constantes na CIPE<sup>®</sup> passaram por mais uma processo de normalização com a retirada dos termos considerados sinônimos de termos constantes na CIPE<sup>®</sup> (130), de características específicas, sinônimos e termos repetidos (144), restando 476 termos. Esses termos foram mapeados com o Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup>, levando ao seguinte resultado: 124 termos classificados no eixo Foco, 106 no eixo Julgamento, 83 no eixo Localização, 51 no eixo Meios, 20 no eixo Tempo, 55 no eixo Ação, 12 no eixo Cliente e 25 termos não classificados em nenhum dos eixos. Os resultados evidenciam a existência de muitos termos que precisam ser incluídos na CIPE<sup>®</sup>, principalmente dos eixos Foco e Julgamento, que são os mandatários para a composição de diagnósticos de enfermagem. Ressalta-se também a existência de termos não classificados no Modelo de Sete Eixos, os quais precisam ser avaliados para uma reclassificação neste modelo. **Conclusão:** A partir dos resultados do estudo evidencia-se que existe um grande número de termos utilizados pela equipe de enfermagem que são específicos da linguagem de enfermagem local. Este fato confirma um aspecto fundamental de que a CIPE<sup>®</sup> não deve ser interpretada como algo definitivo, ao contrário, deve ser entendida como sendo constituída por termos que necessitam de constante submissão a um processo de confirmação, inclusão, eliminação, revisão e/ou refinamento. Por este motivo existe a necessidade de que os termos deste estudo sejam validados e encaminhados para o Conselho Internacional de Enfermagem para inclusão nas próximas versões da CIPE<sup>®</sup>, como também possam ser incluídos no Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem das Clínicas do HULW/UFPB, tornando possível sua utilização durante o desenvolvimento de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem e, conseqüentemente, na elaboração de uma Nomenclatura de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem que retrate a prática de enfermagem desenvolvida neste hospital escola.

**Descritores:** Enfermagem, Classificação, Prática assistencial.

Área temática do trabalho: Sistemas de Informação e Comunicação da prática de enfermagem.

**Trabalho 183 - 4/4**

**Referências:**

<sup>1</sup> Internacional Council of Nurses. International Classification for Nursing practice Version 2. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses. 2009

<sup>2</sup> Lima FOL; Napoleão AA, Carvalho EC, Petrilli Filho JF. A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa de enfermagem: uma revisão da literatura. Rev Bras Enferm, Brasília, 2008; 61(6):872-877.

<sup>3</sup> Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. Acta Paul Enferm., 2005; 18(1):82-88.

<sup>4</sup> Nóbrega MML, Garcia TR. Identificação de dados essenciais de enfermagem para inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para a prática profissional. [Relatório Técnico]. João Pessoa: DESPP/UFPB, 2007.

Trabalho 184 - 1/4

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS  
HOSPITALIZADOS COM INCAPACIDADE FUNCIONAL  
UTILIZANDO A CIPE®**

Ana Claudia Torres de Medeiros<sup>1</sup>  
Lara de Sá Neves Loureiro<sup>2</sup>  
Gabriela Lisieux Lima de Souza<sup>3</sup>  
Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>4</sup>  
Maria das Graças Melo Fernandes<sup>5</sup>

**Introdução:** um dos fenômenos de maior impacto observado neste início de século é o aumento expressivo da população idosa, comprovado por estudos demográficos e epidemiológicos. Esse evento ocorreu, inicialmente, nos países desenvolvidos e, posteriormente, de forma acelerada, nos países em desenvolvimento, em decorrência da redução das taxas de fecundidade e de mortalidade. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD, de 2008, a população brasileira manteve sua tendência de envelhecimento, com percentual cada vez maior de idosos e índice menor de jovens. As pessoas idosas já representam 11,1% dos brasileiros, enquanto que as crianças de zero a quatro anos compreendem 7,2% da população<sup>1</sup>. Projeções estatísticas mostram para o período compreendido entre 1970 e 2025 um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões no número de pessoas mais velhas, que em 2025 existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento<sup>2</sup>. O envelhecimento ocasiona alterações que podem levar a limitação na capacidade funcional da pessoa idosa para o desempenho das atividades básicas da vida diária. A Organização Mundial da Saúde define a incapacidade funcional como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade. Frequentemente, é avaliada por meio de declaração indicativa de dificuldade, ou de necessidade de ajuda, em tarefas básicas de cuidados pessoais e em tarefas mais

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: anaclaudia.tm@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: larasn@hotmail.com

<sup>3</sup> Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Bolsista de Iniciação Científica do CNPq. Endereço: Rua Golfo de Bengala, 170. Intermars, Cabedelo-PB CEP: 58310-000

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora CNPq. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Sociologia. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: graacafernandes@hotmail.com

**Trabalho 184 - 2/4**

complexas, necessárias para viver independente na comunidade<sup>3</sup>. Dentre os fatores contribuintes para a incapacidade funcional em idosos, destacam-se as doenças crônicas. Entre as consequências mais frequentes do comprometimento da capacidade funcional no idoso, destacam-se complicações no seu estado de saúde com incremento do fenômeno da hospitalização, prejuízo de sua qualidade de vida e, por sua vez, maior demanda de cuidados do sistema formal. Tais circunstâncias trazem importantes implicações para a assistência de enfermagem, o que requer maior compreensão dos problemas dos idosos frente a essa condição, especialmente de suas necessidades básicas afetadas, diagnósticos de enfermagem e intervenções que, uma vez implementadas, possam produzir efeitos positivos sobre sua saúde e bem-estar.

**Objetivos:** identificar as necessidades humanas básicas de idosos hospitalizados com incapacidade funcional; construir afirmativas de diagnósticos de enfermagem para idosos hospitalizados com incapacidade funcional utilizando a CIPE<sup>®4</sup>. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo, vinculado ao projeto de pesquisa e extensão “Sistematização da Assistência de Enfermagem no Hospital Universitário Lauro Wanderley”. A população investigada compreendeu 21 idosos, com idade entre 61 e 85 anos, internados no referido serviço de saúde, durante o mês de maio de 2010. Dentre esta população, foi selecionada a amostra do estudo, que compreendeu nove idosos que apresentavam incapacidade funcional mensurada por meio do Índice de Katz. Este instrumento constitui uma medida das atividades de vida diária, hierarquicamente relacionadas e organizadas para mensurar independência no desempenho de seis funções: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação<sup>5</sup>. Os escores propostos para a avaliação da funcionalidade por meio deste índice compreendem: escore seis indica independência para o desempenho das atividades ora referidas, escore quatro sugere dependência moderada e escore dois ou menos indica dependência elevada. A coleta de dados foi efetivada por meio das técnicas de entrevista e de exame físico, sendo subsidiada por instrumento estruturado (histórico de enfermagem), fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, utilizado pela equipe de enfermagem da unidade clínica do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Após esse procedimento, as pesquisadoras realizaram um julgamento clínico dos dados coletados com vistas à identificação de indicadores empíricos de necessidades humanas básicas afetadas e de diagnósticos de enfermagem nos idosos

**Trabalho 184 - 3/4**

investigados. Para a construção das afirmativas de diagnósticos de enfermagem, foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), obedecendo aos seguintes procedimentos: inclusão de um termo do Eixo Foco e de um termo do Eixo Julgamento e outros termos adicionais de outros eixos, quando necessário. Essa Classificação constitui uma terminologia combinatória da prática de enfermagem que possibilita o mapeamento cruzado de condições locais, de vocabulários e de classificações já existentes. Não foi construída como um vocabulário em si, mas como um recurso que consegue acomodar os vocabulários existentes, que pode ser usada para desenvolver vocabulários novos e que pode identificar quaisquer relações entre eles<sup>4</sup>. **Resultados:** considerando as características sócio demográficas dos idosos, observou-se que quatro eram do sexo masculino e cinco eram do sexo feminino. A idade média entre as mulheres é de aproximadamente 70 anos e entre os homens é de 66 anos. Em relação ao estado conjugal, seis eram casados e três eram viúvos. Ao analisarmos por sexo, observa-se que dos casados cinco sujeitos eram homens e um era mulher, dos viúvos todos eram mulheres. Com relação à escolaridade, aglutinando-se os dados obtidos relacionados à escolaridade, observa-se que dos idosos, oito tinha um nível baixo de escolaridade (não alfabetizado ou ensino fundamental incompleto) e apenas um possuía escolaridade de nível superior. A renda mensal dos idosos era de um a seis salários mínimo. No referente ao nível de dependência verificou-se que oito tinham dependência elevada e um evidenciava dependência moderada. No tocante às necessidades humanas básicas afetadas, aquelas que possibilitaram a construção de maior número de diagnósticos de enfermagem foram: Cuidado Corporal (23); Regulação (21); Hidratação e Nutrição (15); Integridade Cutâneo-mucosa (13); Locomoção e Motilidade (13); Comunicação (8); Conhecimento (7); Eliminação (6); Sono e Repouso (5). No referente aos diagnósticos de enfermagem, identificou-se uma média de 12,3 por idoso. Foram considerados relevantes aqueles evidenciados em 30% ou mais dos pesquisados. Considerando este critério, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes, consecutivamente, foram: Déficit de autocuidado para tomar banho e vestir-se (100%); Comunicação prejudicada (88,8%); Audição diminuída (77,7%); Dor (77,7%); Apetite diminuído (77,7%); Falta de conhecimento sobre a doença e o tratamento (66,6%); Deambulação dependente (55,5%); Visão diminuída (55,5%); Sono e repouso prejudicados (55,5%); Déficit de autocuidado para alimentar-se (55,5%);

**Trabalho 184 - 4/4**

Mobilidade física prejudicada (44,4%); Constipação (44,4%); Edema (33,3%); Integridade da pele prejudicada (33,3%); Pele hipocorada (33,3%); Risco para infecção (33,3%); Déficit de autocuidado para ir ao banheiro (33,3%). **Conclusão:** Os achados deste estudo suscitam a possibilidade de planejamento de intervenções sistemáticas e individualizadas com vistas a implementação de um cuidado multidimensional da pessoa idosa com incapacidade funcional. Este estudo permitiu a identificação de áreas relevantes para a atuação do enfermeiro frente às dificuldades apresentadas pelo idoso ante o processo incapacitante, tanto em nível hospitalar quanto noutros cenários de assistência à saúde.

**Palavras-chave:** Idoso. Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Referências**

- 1 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
- 2 World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.
- 3 Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. Rev Ciênc. saúde coletiva, v.11, n.4, p. 967-74, 2006.
- 4 International Council Nursing. International Classification for Nursing Practice: Version 1.0. Geneva: 2005.
- 5 Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP, v.41, n.2, p.317-25, 2007.

Trabalho 185 - 1/4

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM E SUA APLICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Rejane Kiyomi Furuya, Andréia Bendine Gastaldi<sup>1</sup>, Lídia Aparecida Rossi

O processo de enfermagem possui o objetivo de embasar a ação do enfermeiro, por meio da aplicação na prática de uma teoria de enfermagem e dos conhecimentos técnico-científicos. Atualmente, a enfermagem conta com certo número de sistemas de classificação cujo desenvolvimento está relacionado a alguma fase do processo de enfermagem, entre os quais os mais utilizados e conhecidos são diagnósticos de enfermagem da NANDA (*NANDA-I Nursing Diagnosis*); a Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification – NIC*); a Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification – NOC*); a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (*Internacional Classification for Nursing Practice – ICNP*), a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (*Internacional Classification of the Nursing Practice in Colletive Health – ICNPCH*) e o Conjunto de Dados de Enfermeiros Perioperatórios (*Perioperative Nursing Dataset – PNDS*). Além dos sistemas de classificação de enfermagem citados acima, há o UMLS (*Unified Medical Language System*) e o SNOMED (*Systematized Nomenclature of Medicine*) que são sistemas de vocabulários padronizados norte-americanos. No UMLS há a incorporação da NANDA e da NIC e no SNOMED de diagnósticos de enfermagem e de certos procedimentos de enfermagem. A utilização desses sistemas de classificação de enfermagem na prática clínica tem mobilizado os enfermeiros de todo o mundo, atendendo ao desafio de universalizar sua linguagem e evidenciar os elementos de sua prática. Este estudo teve por objetivo buscar evidências científicas sobre o uso de sistemas de classificação de enfermagem na assistência. Para tanto, foi realizada uma revisão integrativa da literatura

---

<sup>1</sup> Andréia Bendine Gastaldi - Mestre em Assistência de Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC - Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina/UEL. Londrina, Brasil. Endereço para correspondência: Andréia Bendine Gastaldi – Depto Enfermagem – CCS/UEL Avenida Robert Koch, 60 – Vila Operária – 86039-440 – Londrina-Pr, Brasil. [gastaldi@sercomtel.com.br](mailto:gastaldi@sercomtel.com.br)

**Trabalho 185 - 2/4**

com a seguinte questão norteadora: “Quais são os sistemas de classificação utilizados em enfermagem na assistência à saúde, e como têm sido utilizados esses sistemas?”. As bases de dados utilizadas para localização e identificação dos estudos foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed. O levantamento nas bases de dados foi realizado em dezembro de 2008. Na estratégia de busca nas bases eletrônicas utilizaram-se as seguintes palavras-chave no idioma português: *classificação, enfermagem, padronizado, padronizada* e no idioma inglês: *classification, nursing, standardized, language, system*. Incluíram-se, para fins de análise, apenas artigos obtidos na íntegra e publicados no idioma português ou inglês. Não houve delimitação de período de publicação. Na busca inicial, foram encontrados 901 artigos na base de dados LILACS, 1088 artigos na base de dados PubMed. Em um primeiro ciclo de seleção dos artigos foi realizada a leitura de títulos e resumos. Posteriormente, foi verificada a possibilidade de obtenção dos artigos na íntegra. Foram selecionados 42 artigos sendo que 13 foram excluídos por não abordarem o uso de sistemas de classificação de enfermagem na assistência, restando 29 artigos. Dos 29 artigos selecionados, 10 foram encontrados na base de dados LILACS e 28 artigos no PubMed sendo que desses, nove eram repetidos. Em relação ao país em que os estudos foram realizados, dos 29 artigos selecionados, 14 foram realizados no Brasil, cinco estudos nos EUA, dois na Coreia, dois na Noruega e um em cada um dos seguintes países: Suíça, Islândia, Paquistão, Tailândia, Finlândia e Taiwan. Em um estudo não foi determinado o país em que foi realizado e em um dos artigos constavam informações sobre a implementação de sistema de classificação de enfermagem no Brasil e na Coreia. Quanto ao tipo de sistema de classificação de enfermagem utilizado, em 13 artigos foi relatado o uso dos sistemas NANDA, NIC ou NOC. Outros sistemas de classificação utilizados foram o ICNP e o ICNPCH, totalizando 11 artigos. Também foi citado o uso do PNDS, SNOMED e UMLS. Em dois artigos não foi especificado o tipo de sistema de classificação de enfermagem utilizado. Oito artigos descreveram atividades realizadas para implementação de sistemas de classificação de enfermagem nos serviços; sete artigos apresentaram as atividades desenvolvidas por enfermeiros, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem gerados após implementação de sistemas de classificação de enfermagem; cinco estudos quantificaram a extensão da utilização de sistemas de classificação de enfermagem e descreveram os fatores que

**Trabalho 185 - 3/4**

afetavam o uso desses sistemas; quatro artigos estavam relacionados com a avaliação, percepção e sentimentos dos enfermeiros em relação à implementação de sistemas de classificação de enfermagem; três estudos fizeram a comparação de termos de sistemas de classificação de enfermagem com a prática corrente; um estudo relatou o modo de realização de educação continuada após implementação de sistemas de classificação de enfermagem; e outro buscou a validação de definições elaboradas para os diagnósticos de enfermagem após implementação de sistemas de classificação de enfermagem no serviço. Observa-se que há a preocupação em compartilhar o processo de implementação de sistemas de classificação de enfermagem nos serviços com o intuito de auxiliar outras instituições a introduzir esses sistemas <sup>(1-3)</sup>. É essencial que haja o processo participativo com a presença de enfermeiros gerenciais, assistenciais e das instituições de ensino para que ocorra a mudança na prática com a adequada capacitação técnica e científica. As descrições das atividades desenvolvidas por enfermeiros e dos diagnósticos, intervenções e os resultados de enfermagem gerados, após implementação de sistemas de classificação de enfermagem, mostram ser importantes para demonstrar as contribuições desses profissionais na assistência à saúde <sup>(4-5)</sup>. A presente revisão acerca do uso de sistemas de classificação de enfermagem na assistência envolveu a análise de 29 artigos encontrados em sua maioria (65,52%) na base de dados PubMed. Os sistemas de classificação de enfermagem mais relatados nos artigos foram os sistemas NANDA, NIC e NOC, totalizando 13 artigos (44,83%). Em 11 artigos (37,93%) foi relatada a aplicação dos sistemas ICNP e ICNPCH.

**Referências**

1. Lima AFC, Kurcgant P. Meanings of the nursing diagnosis implementation process for nurses at a university hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006; 14(5): 666-73.
2. Lima AFC, Kurcgant P. Implementação do diagnóstico de enfermagem em um hospital universitário: uma experiência participativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007; 28(4):576-81.
3. Von Krogh G, Naden D. Implementation of a documentation model comprising nursing terminologies – theoretical and methodological issues. *J Nurs Manag*. 2008; 16(3): 275-83

**Trabalho 185 - 4/4**

4. Lunney M. NANDA Diagnoses, NIC Interventions, and NOC Outcomes Used in an Electronic Health Record With Elementary School Children. *J Sch Nurs.* 2006; 22(2): 94-101.

5. Apostolico MR, Cubas MR, Altino DM, Pereira KCM, Egry EY. Contribuições da CIPESC® na execução das políticas de atenção à saúde da criança no município de Curitiba, Paraná. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(3): 453-62.

Palavras-chave: Processos de Enfermagem, Classificação, Avaliação em Enfermagem.

Áreas temática do trabalho: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

Trabalho 186 - 1/4

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA SOBRE A  
APLICABILIDADE DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA  
A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Raquel Maria Violeta Cossa<sup>1</sup>  
Angelita Paganin<sup>2</sup>  
Karina Azzolin<sup>3</sup>  
Beatriz Cavalcanti Juchem<sup>4</sup>  
Maria da Graça Oliveira Crossetti<sup>5</sup>  
Miriam de Abreu Almeida<sup>6</sup>

**Introdução:** A utilização de linguagens padronizadas na Enfermagem tem sido assunto relevante no cenário da saúde. Um sistema de classificação padronizado traz benefícios para o desenvolvimento de elementos essenciais à profissionalização, como um corpo de conhecimento próprio e autonomia profissional. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) foi desenvolvida como um sistema de linguagem unificada de enfermagem e uma terminologia combinatória, onde enfermeiros podem realizar o mapeamento local, regional ou nacional dos sistemas de classificação<sup>(1)</sup>. Constitui-se num instrumento para desenvolvimento e reflexão de habilidades diagnósticas como ferramenta do processo assistencial, favorecendo a organização e as atividades de gerenciamento<sup>(2,3)</sup>. A CIPE® de um modo geral deve ser ampla, simples e constituída por uma estrutura conceitual baseada em um núcleo central, sensível às variações culturais<sup>(3)</sup>. Essa classificação busca a construção de um sistema útil e prático para a enfermagem, servindo aos múltiplos propósitos requeridos pelos diferentes países. No Brasil, a aplicabilidade da CIPE® é uma temática ainda pouco explorada em

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bolsista CNPq. Endereço: Avenida Senador Salgado Filho, 359 – apto 911, Centro, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: [maria\\_cossa@yahoo.com.br](mailto:maria_cossa@yahoo.com.br).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda do PPGENF/UFRGS. Especialista em cardiologia IC-FUC. E-mail: [paganin@terra.com.br](mailto:paganin@terra.com.br).

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutoranda do PPGENF/UFRGS. Docente do curso de enfermagem do Centro Universitário Metodista do IPA e do programa do Pós Graduação em Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia. E-mail: Karina [azzolin@metodistadosul.ed.br](mailto:azzolin@metodistadosul.ed.br).

<sup>4</sup> Mestre em Enfermagem pela UFRGS. Doutoranda do PPGENF/UFRGS. Enfermeira da Unidade de Radiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: [bcjuchem@hotmail.com](mailto:bcjuchem@hotmail.com)

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS. E-mail: [mgcrossetti@gmail.com](mailto:mgcrossetti@gmail.com).

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Educação. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS. E-mail: [miriam.abreu2@gmail.com](mailto:miriam.abreu2@gmail.com).

**Trabalho 186 - 2/4**

relação aos demais sistemas de classificação utilizados na Enfermagem. Desse modo, este estudo teve como objetivo descrever a produção científica nacional sobre a aplicabilidade da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Método:** Trata-se de uma Revisão Integrativa, que analisa estudos já concluídos e formula teorias sobre o tópico específico. Essa possibilita subsídios para a implementação de modificações, a fim de promover a qualidade da assistência de enfermagem por meio de modelos de pesquisa<sup>(4)</sup>. Embora os métodos para a condução de revisões integrativas variem, existem padrões a serem seguidos utilizando as seguintes etapas: identificação do problema, seleção da amostra, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, organização e análise dos dados, apresentação e discussão dos resultados e apresentação da revisão<sup>(4,5)</sup>. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados nacionais, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), privilegiando os bancos de dados da LILACS, BDNF, MEDLINE e ADOLEC, no idioma português. Nessa busca, foram utilizados os descritores: “*Classificação*”, “*Diagnóstico de Enfermagem*” e “*Enfermagem*”, sendo ainda utilizado o operador booleano “and” para classificação e enfermagem. A pesquisa foi limitada em: descritores de assunto para campo de busca; idiomas português, ano 1998 a novembro de 2009, artigos de revista. Após a busca inicial, foram encontrados 522 resumos para posterior leitura e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos os artigos que tratassem da classificação CIPE® e excluídos aqueles que abordavam taxonomia da NANDA-I ou outras classificações, bem como instrumentos de enfermagem. Por fim, foi realizada a transcrição dos dados em quadro sinóptico para permitir a ordenação do assunto e possibilitar seleção dos dados, seguido de fechamento dos artigos incluídos. **Resultados e discussão:** Do total de 522 publicações, foram selecionados 12 artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão, sendo dois do MEDLINE e 10 do LILACS. A maioria dos artigos (83,3%) foi publicada a partir do ano de 2005, sendo que no período entre 1999 e 2004 apenas 2 artigos foram selecionados, havendo um período de três anos consecutivos sem publicações relacionadas a CIPE® nestas bases. O incremento nas publicações a partir de 2005 está relacionado a produções vinculadas a cursos de graduação e pós-graduação, constando artigos originados de trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses sobre a temática da CIPE®. Quanto ao periódico onde o material foi veiculado, verificou-se que os 12 trabalhos foram publicados em nove

**Trabalho 186 - 3/4**

revistas diferentes, sendo que a Revista Brasileira de Enfermagem, a Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste e a Revista de Enfermagem da UERJ detêm a maior publicação (50,0%). Em relação ao desenho da pesquisa, a maioria dos artigos encontrados (66,7%) adotava abordagem quantitativa, descritiva: seis trabalhos (50,0%) focalizam a identificação de termos utilizados pelos enfermeiros na sua prática clínica, um aborda as ações realizadas pelos enfermeiros no seu cotidiano de trabalho e um artigo versa sobre validação de definições de diagnósticos de enfermagem. Os demais trabalhos (33,3%) têm abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso ou artigos reflexivos que utilizaram dados coletados por meio de revisão de literatura ou grupos focais. Quanto à área de estudo, percebe-se que o cenário predominante é a saúde coletiva, sendo que seis estudos abordavam as consultas de enfermagem em ginecologia, saúde materna e planejamento familiar, em sua maioria buscando análise de prontuários para mapeamento de fenômenos e intervenções de enfermagem com a terminologia CIPE®. Apenas um estudo com enfoque de mapeamento de termos foi realizado em unidade hospitalar de terapia intensiva. Assim, infere-se que a utilização da CIPE® está mais voltada a outros cenários. Dois estudos, um de caso e outro relato de experiência, utilizaram a CIPE® com base nas teorias de Wanda Horta e Orem, o que demonstra a necessidade de embasar as taxonomias em algum referencial teórico. Outro estudo, com graduandos e docentes de enfermagem, buscou compreender os significados atribuídos à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, demonstrando que ela contribui para o desenvolvimento do raciocínio clínico diagnóstico. Apenas um estudo analisou a evolução do conceito de Processo de Enfermagem com um todo, uma análise histórico reflexiva, e citou a classificação CIPE® e sua utilização. Foi encontrado ainda, um estudo de validação de conteúdo de 52 diagnósticos de enfermagem (DE) da taxonomia CIPE®, o que demonstra que ainda é incipiente o desenvolvimento desta na prática clínica das especialidades de Enfermagem, principalmente na área hospitalar. **Considerações finais:** Ao analisar a produção científica nacional sobre a aplicabilidade da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, no período de 1998 a novembro de 2009, pode-se observar a tendência de aumento da utilização dessa classificação nas publicações. A predominância de estudos de abordagem quantitativa demonstra a necessidade de informações objetivas que possam subsidiar outras realidades. Esses aspectos tornam-se

**Trabalho 186 - 4/4**

relevantes, tendo em vista que esta vem se consolidando como um sistema unificado da linguagem de enfermagem no mundo. A ampla divulgação da CIPE® contribui para comunicar e comparar dados de enfermagem entre diversos contextos, países e idiomas, consolidando constantemente o conhecimento na enfermagem e promovendo melhorias nas práticas de saúde. Portanto, este estudo contribui para a área da enfermagem ao fornecer subsídios para que os enfermeiros e acadêmicos de enfermagem ampliem seu conhecimento sobre a aplicação da CIPE®, buscando incorporá-la às suas práticas possibilitando maior visibilidade ao trabalho da enfermagem no cotidiano dos sistemas de informação e comunicação.

**Descritores:** Diagnósticos de Enfermagem, Enfermagem: classificação, Pesquisa em Enfermagem.

**Área temática 4:** Sistemas de Informação e Comunicação da prática de enfermagem.

**Referências**

1. CIPE® versão 1. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 1ª ed. São Paulo (SP): Algor Editora Ltda, 2007.
2. Felli VEA. Classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva: perspectivas de utilização no Brasil. In: Garcia TR, Nóbrega MML, organizadoras. Sistemas de classificação em enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa (PA): Associação Brasileira de Enfermagem; 2000. p.183-87.
3. Palmeira ILT, Lopes MVO. Fenômenos de Enfermagem em Mulheres Atendidas em Serviço de Ginecologia. R Enferm UERJ 2006; 14(4): 566-73.
4. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health 1987; 10(1):1-11.
5. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs 2005; 52(5):546-53.

Trabalho 187 - 1/7

**ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO INFORMATIZADO PARA  
AUXILIAR A IMPLANTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE  
ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PRIVADO**

ENEMBRECK, F. S.\*

CAPELO, P.J.\*\*

PAZINI, L\*\*\*

INTRODUÇÃO: As tentativas de desenvolver um sistema de classificação na Enfermagem tem surgido desde o início do século XX. Entre os sistemas de classificação<sup>3</sup> podemos citar: Diagnóstico de Enfermagem-Taxonomia da North American Nursing Diagnoses Association (NANDA)<sup>5</sup>, Clinic Care Classification (HHCC), Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Outcomes Classification (NOC), International Classification of Nursing Practice, sendo conhecida no Brasil como Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE), entre outras. A elaboração deste projeto iniciou com objetivo de padronizar uma linguagem que fosse capaz de descrever e comunicar as atividades realizadas pelos enfermeiros. Dentre os sistemas de classificação conhecidos, foi escolhido o NANDA, pois este se apresenta como o mais adequado para a realidade da instituição. A implantação do Diagnóstico de Enfermagem (DE) vem de encontro com a necessidade das instituições de saúde, na realização de todas as etapas do processo de enfermagem. A realização do diagnóstico de enfermagem é a etapa onde o profissional enfermeiro encontra maior dificuldade. O início desta se dá quando o profissional enfermeiro já tem em suas mãos a identificação de problemas sendo necessário associá-los e determinar um diagnóstico adequado ao paciente. Portanto, para identificar um diagnóstico preciso o profissional encontra dificuldades, pois em alguns momentos da prática são apresentadas situações ainda não vivenciadas, acrescidas da necessidade de habilidades cognitivas e pensamento crítico<sup>4</sup>. O computador, juntamente com sistemas de apoio à tomada decisão, pode atuar de

---

\*Enfermeira. Especialista em Cardiologia. Assistencial em UTI cardíaca. Hospital Vita Batel.  
[fabianestos@yahoo.com.br](mailto:fabianestos@yahoo.com.br). Membro efetivo da ABEn.

\*\*Enfermeira. Especialista em Administração Hospitalar. Assistencial ala de internação. Hospital Vita Batel. Membro efetivo da ABEn.

\*\*\*Enfermeira. Especialista em Gestão de negócios. Chefe de educação continuada. Hospital Vita Batel. Membro efetivo da ABEn.

**Trabalho 187 - 2/7**

forma positiva no enfrentamento das dificuldades apresentadas pelos enfermeiros. A informática em Enfermagem é uma área de conhecimento com mais de 30 anos de aplicação e desenvolvimento. Enquanto alguns profissionais de enfermagem consideram o uso do computador como uma ferramenta de auxílio e suporte na realização de suas atividades, possibilidade de crescimento profissional e um facilitador na melhora da qualidade nos serviços prestados, para outros a área é desconhecida e pouco explorada, sendo o uso do computador um mistério, um desafio ainda a ser conquistado<sup>1</sup>. Para uma melhor aplicabilidade destes sistemas o enfermeiro tem papel fundamental, visto que, este tem a dinâmica de estar unindo a teoria com a prática, bem como os relacionando a política da instituição. Não somente do conteúdo a ser trabalhando, mais também na maneira e ordem que estas informações devem estar, permitindo assim um registro lógico e completo do paciente, de forma organizada e ágil<sup>2</sup>. O avanço da informática como área de conhecimento na enfermagem desperta a curiosidade para um novo instrumento, permitindo ao enfermeiro o desenvolvimento de novas competências relacionadas à aplicação de ferramentas computacionais, desenvolvidas juntamente com outros profissionais, para satisfazer as suas necessidades e dificuldades encontradas no próprio ambiente de trabalho. Além disso, a informática facilita a integração de dados, a apresentação de informação e conhecimento para auxiliar pacientes, enfermeiros e membros da equipe nos seus processos decisórios. Este suporte é realizado através do uso de informações estruturadas sobre os processos e tecnologias da informação.

**OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo descrever o desenvolvimento de um instrumento informatizado para o auxílio ao Diagnóstico de Enfermagem.

**METODOLOGIA:** Uma vez verificada a real importância e a necessidade do processo de enfermagem, iniciou-se em Agosto de 2009, o processo de implantação do DE. Na primeira etapa foram selecionados o referencial teórico de literatura específica, e os diagnósticos de enfermagem. Optou-se como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e o DE da NANDA. Este estudo produziu um total de 20 diagnósticos adequados à realidade da instituição e novas intervenções de enfermagem, sendo algumas destas voltadas diretamente para convênios médicos, realidade considerada necessária para o hospital. Iniciou-se a elaboração de um instrumento informatizado capaz de auxiliar a Implantação do DE utilizando a linguagem de programação Microsoft Visual Basic 6.0. O sistema foi desenvolvido na

**Trabalho 187 - 3/7**

forma de formulários eletrônicos, onde os enfermeiros podem escolher os diagnósticos e associar a estes as intervenções relacionadas utilizando o mouse, eliminando a necessidade de inseri-las manualmente. Além disso o sistema não exclui a complementação manual das intervenções de enfermagem. Cada diagnóstico é apresentado para o enfermeiro como um grupo de botões de seleção (*check-buttons*), sendo que ao selecionar um destes botões o diagnóstico e a intervenção associada são automaticamente adicionados à relação final de diagnósticos e intervenções do paciente assistido. Esta organização visual apresenta duas vantagens: a primeira delas é a facilidade de identificar os diagnósticos mais prováveis. A segunda consiste na eliminação de duplicidade, redundância e na padronização de linguagem na descrição das intervenções. A arquitetura do instrumento informatizado exige que o enfermeiro raciocine sobre o diagnóstico do paciente assistido, não permitindo o reuso de diagnósticos de outros pacientes ou informações armazenadas anteriormente, favorecendo uma assistência individualizada e com mais qualidade. Uma nova versão do instrumento informatizado foi desenvolvida com o objetivo de satisfazer as necessidades que surgiram após a implantação da versão inicial. Na segunda versão, dez novos diagnósticos foram acrescentados e a quantidade de intervenções saltou para duzentas e quatro. Ao contrário da primeira versão, onde o enfermeiro podia selecionar diretamente as intervenções, a segunda exige que o enfermeiro primeiramente escolha os diagnósticos, a partir das necessidades humanas básicas, para então selecionar apenas as intervenções associadas a eles. As intervenções dos demais diagnósticos permanecem desabilitadas, favorecendo a construção de uma linha de raciocínio. RESULTADOS: A grande maioria dos enfermeiros do hospital não apresentou dificuldades na manipulação do instrumento desenvolvido, sendo possível constatar que os formulários apresentam os conceitos relacionados ao DE em formato compreensível e agradável. Entretanto, alguns enfermeiros tiveram dificuldade em assimilar o conteúdo apresentado, pois possuíam deficiências de formação acadêmica em relação ao processo de enfermagem. A implantação informatizada do DE permitiu que todas as etapas do processo de enfermagem fossem implementadas, favorecendo ainda a redução do tempo necessário para a sua execução. Dessa forma os profissionais enfermeiros, em geral, puderam dedicar uma maior atenção ao paciente, propiciando uma melhoria na qualidade da assistência. Nota-se ainda que a implantação do DE provocou uma conscientização nos

**Trabalho 187 - 4/7**

enfermeiros sobre a sua importância e uma necessidade de busca de conhecimento para a elaboração de diagnósticos mais precisos. **CONCLUSÃO:** A informática em enfermagem pode contribuir para o surgimento de novos sistemas de informação que facilitam as atividades de trabalho. O instrumento informatizado deve ser criado de acordo com a realidade de cada instituição. Porém, para que isso ocorra é necessário a participação e dedicação de profissionais das áreas de informática e enfermagem. O sucesso do instrumento desenvolvido é inegável, conforme mostram os resultados apresentados anteriormente. Entretanto, um estudo mais profundo sobre o impacto deste instrumento na realidade da instituição é necessário. Um *checklist* está atualmente sendo elaborado para avaliar a evolução da compreensão do processo de enfermagem proporcionada pelo instrumento e pela implantação do DE por parte dos enfermeiros. Mesmo com tantos caminhos ainda a percorrer, acreditamos que estamos em um processo de melhoria contínua, buscando como nosso foco principal a qualidade da assistência aos nossos pacientes.

**DESCRITORES:** Processo de Enfermagem, Diagnósticos de enfermagem, Informática em Enfermagem.

**ÁREA TEMÁTICA:** Sistemas de Informação e Comunicação da prática de enfermagem

**REFERÊNCIAS**

1. Marin HF, Cunha ICKO. Perspectivas atuais da Informática em Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006 maio-jun;59(3): 354-7.
2. Santos SR. Sistema de informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito-explicito. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005 jan-fev; 58(1):100-4.
3. Nóbrega, M.M.L. da; Gutierrez, M.G.R. de Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas. In: Garcia, Telma Ribeiro; Nóbrega, Maria Miriam Lima da (org.). Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa, Idéias, 2000b Série Didática: Enfermagem no SUS. p. 1-15.
4. Cruz, DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. Rev Lat Am Enferm.2005 maio-junho;13(3):415-22.

**Trabalho 187 - 5/7**

5. North American Nursing Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e aplicação. Regina Machado Garcez (trad.). Artmed, Porto Alegre, 2008.

**Trabalho 187 - 6/7**

Comprovante Anuidade ABEN – Enfa. Fabiane Santos Enembreck

15/06/2010 - BANCO DO BRASIL - 09:40:59  
300703007 SEGUNDA VIA 0002  
OUVIDORIA BB 0800 729 5678  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE  
CLIENTE: FABRICIO ENEMBRECK  
AGENCIA: 3007-4 CONTA: 6.639-7  
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	15/06/2010
NR. DOCUMENTO	521.244.000.020.716
VALOR TOTAL	160,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: ASSOC BRAS ENFERMAGEM PR  
AGENCIA: 1244-0 CONTA: 20.716-0  
NR. DOCUMENTO 523.007.000.006.639  
=====

NR. AUTENTICACAO	9.93B.41A.2F2.127.F63
------------------	-----------------------

Comprovante Anuidade ABEN – Enfa. Patricia Capelo

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
15/06/2010 - AUTO-ATENDIMENTO - 12:53:49  
OUVIDORIA BB 0800 729 5678  
152271182 0363

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

=====

FAVORECIDO	ASSOC BRAS ENFERMAGEM PR
CLIENTE	CONTA: 20.716-0
AGENCIA: 1244-0	VALOR TOTAL * 160,00
NR. ENVELOPE	2.755.851.686

=====

\* Valor sujeito a conferencia.

=====

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATE A OPERACAO  
SER PROCESSADA.

Trabalho 187 - 7/7

Comprovante Anuidade ABEN – Enfa. Luciana Pazini

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
04/06/2010 - Autoatendimento - 16:45:22  
QUVIDORIA BB 0800 729 5678  
144372719 1023

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

=====

FAVORECIDO	
CLIENTE	ASSOC BRAS ENFERMAGEM PR
AGENCIA: 1244-0	CONTA: 20.716-0
VALOR TOTAL *	160,00
NR. ENVELOPE	2.529.826.543

\* Valor sujeito a conferencia.

=====

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO  
NO PROXIMO DIA UTIL.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATE A OPERACAO  
SER PROCESSADA.

**Trabalho 188 - 1/5**

**A ATUAÇÃO DO GRUPO SAE NA IMPLANTAÇÃO DO  
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PRIVADO**

**INTRODUÇÃO:** Na década de 70, enfermeiras americanas e canadenses iniciaram estudos que levaram à construção de uma terminologia de caráter internacional que se refere aos problemas de saúde dos clientes pelos quais a enfermeira tem responsabilidade profissional. Esse trabalho deu origem à taxonomia da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)<sup>4</sup> um sistema de classificação dos Diagnósticos de enfermagem (DE), tendo como objetivo principal a possibilidade de informatizar os registros das enfermeiras e assim respaldar legalmente suas ações.<sup>1</sup> A implantação da Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE) vem de encontro com uma necessidade iminente nas instituições de saúde, juntamente com o processo de enfermagem onde todas as etapas deverão ocorrer e serem desenvolvidas de acordo com a realidade de cada instituição. O processo de enfermagem preconiza que a assistência seja voltada na avaliação do paciente, fornecendo dados para que o diagnóstico seja estabelecido, pois é este que direciona a definição de metas a serem alcançadas, permitindo assim uma seleção de intervenções específicas de acordo com a necessidade de cada paciente e posteriormente uma avaliação para verificar se as metas foram alcançadas<sup>2</sup>. O profissional enfermeiro deve trabalhar com o planejamento e tê-lo como ferramenta fundamental para o sucesso do processo de enfermagem, onde um plano, metas e objetivos deverão ser definidos, permitindo avaliação e correção de erros, possibilitando melhoria na qualidade do serviço prestado. Os resultados apresentados em estudos anteriores mostram deficiências na prática envolvendo a implementação do processo de enfermagem que ocorre de forma incompleta não atingindo todas as etapas, sobretudo a etapa de DE<sup>3</sup>. **OBJETIVOS:** Este trabalho tem como objetivo descrever a implantação do Diagnóstico de Enfermagem utilizando como base um sistema de informação. **METODOLOGIA:** Uma vez verificada a real importância e a necessidade do processo de enfermagem, iniciou-se então a etapa de DE, tida como um desafio, pois, as demais etapas já eram realizadas dentro da instituição. A implantação da SAE teve início em 2006, onde encontramos enfermeiros que acreditavam neste processo. Iniciou-se então em Agosto de 2009, o processo de implantação do DE. Com apoio da gerência de enfermagem e dedicação de três enfermeiras integrantes do grupo da SAE sendo uma

**Trabalho 188 - 2/5**

delas do setor crítico, a segunda de um setor não crítico e terceira da educação continuada, onde estas se mostraram mais sensibilizadas com as necessidades expressas pelos demais enfermeiros. Na primeira semana para a elaboração do instrumento duas enfermeiras se dedicaram em tempo integral de sua carga horária de trabalho para estudo e definição dos DE. Algumas etapas foram fundamentais para a elaboração do instrumento, sendo a primeira a seleção do referencial teórico de literatura específica, utilizando como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e o DE da Nanda, na qual foram adotados vinte DE e associados a cento e três intervenções de enfermagem. A segunda etapa teve como objetivo fundamentar o instrumento na prática assistencial da instituição, definindo os diagnósticos associando-os às novas intervenções de enfermagem e também criando prescrições voltadas diretamente para convênios médicos, realidade considerada necessárias em hospital privado. A Terceira etapa iniciou com a elaboração de um Cronograma de treinamentos pela educação continuada e prosseguiu com a instalação de um sistema informatizado de apoio ao Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem. O treinamento dos enfermeiros foi realizado em dois dias através de uma apresentação realizada pelo grupo SAE, com duração de 2 horas, contando com a participação de 90% dos enfermeiros em exercício nesta instituição. No primeiro dia 60% participaram e no segundo dia 30%. Os outros 10% restantes foram treinados no próprio setor pois não puderam comparecer ao treinamento. O objetivo deste treinamento foi sensibilizar e esclarecer aos enfermeiros a importância da SAE e da etapa de DE a ser adotada, propiciando uma conscientização da participação deles para sucesso deste instrumento. RESULTADOS: Alguns enfermeiros demonstraram interesse na nova proposta de trabalho de forma imediata, porém a grande maioria não tinha conhecimento prévio sobre o conteúdo abordado, surgindo então a preocupação com as mudanças que seriam necessárias para a implantação do Diagnóstico. Ao iniciar-se a construção do sistema informatizado de apoio, notou-se que esta etapa ocuparia um tempo maior do que o previsto e que havia a necessidade de alguém com experiência em informática capaz de incluir no sistema as novas necessidades que surgiam. Optou-se então por um profissional que não trabalhava dentro da Instituição. O profissional se dispôs a ajudá-las e não cobrou pelo trabalho prestado. O instrumento foi finalmente instalado nos computadores depois de um mês. Iniciou-se então a fase de avaliação deste instrumento através de uma auditoria

**Trabalho 188 - 3/5**

interna nas UTIs e nas Alas de internação, sendo realizado pelo grupo SAE e uma estagiária do 7º período de enfermagem. O objetivo desta auditoria foi verificar se os enfermeiros estavam utilizando o novo instrumento, quais as dificuldades encontradas para utilizá-lo e se os Diagnósticos de Enfermagem atendiam a necessidade do perfil dos pacientes inclusos no Processo de enfermagem. A análise do novo instrumento foi realizada através de prontuários de pacientes com mais de cinco dias de internamento em duas etapas, a primeira com quinze dias de uso do sistema e a segunda com trinta dias. Nas UTIs foi observado na primeira avaliação que alguns enfermeiros ainda não estavam utilizando o novo instrumento para todos os pacientes inclusos no Processo de Enfermagem, mesmo ele já estando informatizado há 15 dias e que os diagnósticos de enfermagem utilizados não eram voltados para o paciente. A preocupação dos enfermeiros ainda era voltada para prescrições de convênios e não intervenções de enfermagem. Porém, nas Alas de internação os enfermeiros já estavam utilizando o instrumento para todos os pacientes inclusos no Processo de enfermagem, sendo possível verificar que os diagnósticos de enfermagem eram voltados para os pacientes e não somente para prescrições de convênios. As dificuldades eram claras, porém não eram apontadas pelos enfermeiros que utilizavam o instrumento, o que exigiu alguns questionamentos: onde estavam os erros e o que poderia ser modificado? Em análise observou-se que a maioria relatava estar de acordo e que não encontravam dificuldades na utilização do instrumento. Alguns comentaram sobre a falta de conhecimento para a sua aplicação. Após 15 dias novos prontuários foram analisados utilizando os mesmos critérios e sendo realizada a auditoria pelas mesmas pessoas. Observamos então uma pequena melhora em relação às UTIs e nas Alas, sendo que todos os enfermeiros tinham conhecimento do instrumento e o utilizavam. Após reunião do grupo SAE, foi estabelecido que este grupo deveria ter mais componentes e que o número atual era insuficiente para dar continuidade ao trabalho. Mais duas enfermeiras assistenciais de unidades não críticas foram integradas ao grupo SAE. Além de contar com cinco enfermeiras, ele passou a se reunir com maior frequência. O grupo SAE sugeriu à gerência de enfermagem um outro treinamento, com objetivo de esclarecimento de dúvidas através de estudo de caso. Dessa forma, em maio de 2010, foi realizado um treinamento com duração de cinco horas ministrado por uma professora com grande experiência no assunto. O treinamento contou com a participação de todos enfermeiros

**Trabalho 188 - 4/5**

buscando unificação de conhecimento científico e crítico dos mesmos. **CONCLUSÃO:** Apesar do pouco tempo de implantação, é inegável o sucesso do instrumento desenvolvido. Entretanto, o aprimoramento e a necessidade de mudanças são observadas e evidenciadas pelos enfermeiros. Atualmente esta sendo elaborado um *checklist* pelo grupo SAE para avaliar novamente a qualidade deste instrumento. Estamos trabalhando com trinta diagnósticos e duzentos e quatro intervenções de enfermagem, construímos um formulário informatizado exclusivo para prescrições de convênios, outro para as necessidades humanas de Wanda Horta e o nosso próximo desafio será a construção de intervenções voltadas a cuidados com medicamentos. Portanto, mesmo com as dificuldades enfrentadas acreditamos que estamos em um processo de melhoria contínua, pois, quanto maior o conhecimento adquirido, mais crítico ele se torna, buscando sempre o nosso foco principal a qualidade e segurança assistencial aos nossos pacientes.

**DESCRITORES:** Diagnósticos de enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Processos de Enfermagem.

**ÁREA TEMÁTICA:** Sistemas de Informação e Comunicação da prática de enfermagem

**REFERÊNCIAS**

1. Gaidzinski R, et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2008.
2. Kruse M, Schein K, Ribeiro R, Fortes C. Ordem como tarefa: a construção dos Diagnósticos de Enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília 2008 mar-abr; 61(2): 262-6.
3. Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Costanzi AP, Rabelo ER. Processo de enfermagem : da literatura a prática o que de fato estamos fazendo? Rev Latino-am Enfermagem 2009 maio-junho; 17(3)
4. North American Nursing Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e aplicação. Regina Machado Garcez (trad.). Artmed, Porto Alegre, 2008.

Trabalho 188 - 5/5

Trabalho 189 - 1/4

**Área temática: 4: Sistemas de Informação e Comunicação da prática de enfermagem.**

**CORRELAÇÃO DE PROTOCOLOS DE CUIDADO À SAÚDE E A CIPE®:  
CONSTRUÇÃO DE CATÁLOGO CIPE® - Nota Prévia**

Glauce Araújo Ideião Lins<sup>1</sup>  
Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>2</sup>

**Introdução:** O cuidado deve ser compreendido como uma parte fundamental do modo de ser das pessoas, numa situação de preocupação pela pessoa ou objeto estimado<sup>1</sup>. Cuidar é uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade<sup>1</sup>. Nesse sentido, a produção de ações de cuidado de enfermagem se refere ao conjunto de relações entre seus profissionais e os usuários, além de refletir a preocupação com os saberes e tecnologias a serem utilizadas. A adoção de tecnologias nos serviços de saúde constitui-se num desafio, considerando que trabalhadores e clientes são afetados pela necessidade de adaptação às novas formas de cuidar<sup>2</sup>. Para a ciência Enfermagem, o uso de instrumentos metodológicos e tecnológicos de cuidar auxiliam no processo de tomada de decisão, no planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, repercutindo assim na qualidade do serviço prestado. Nesse contexto, a atuação da Enfermagem nos campos de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental pode ser descrita por meio do uso de protocolos de cuidado à saúde, incluindo protocolos de natureza clínica e de organização dos serviços, os quais foram elaborados e validados nas instâncias de gestão em saúde do Sistema Único de Saúde, utilizados como ferramentas relevantes para sistematização do cuidado de enfermagem nas situações de risco à saúde decorrentes da exposição ocupacional e ambiental. Por conseguinte, para ampliação e estruturação do cuidado no campo da

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFPB. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Saúde da Família. Especializanda em Poluição do Ar e Saúde Humana pela FMUSP. Técnica Especializada do Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde. Endereço: R. 21 Sul, Edf. Manhattan, Lote 11, apto 602, Águas Claras. Brasília-DF. Telefone: 6182114033. E-mail: [glauce.ideiao@gmail.com](mailto:glauce.ideiao@gmail.com).

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da UFPB; Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Pesquisadora CNPq. E-mail: [miriam@ccs.ufpb.br](mailto:miriam@ccs.ufpb.br)

**Trabalho 189 - 2/4**

Enfermagem tem se tornado fundamental a utilização de sistemas de classificação em enfermagem, especialmente da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE®), a qual promove o desenvolvimento tecnológico e científico da profissão, na medida em que favorece o reconhecimento profissional decorrente do registro e qualidade do atendimento de enfermagem na prática, principalmente quando direcionado a áreas específicas do cuidado em enfermagem representadas pelos Catálogos CIPE®. Para tanto, cabe ao enfermeiro promover a integração e aplicação dos referidos instrumentos para incorporação, utilização e avaliação em sua área de atuação por meio, principalmente, da elaboração e uso de Catálogos CIPE® específicos, neste caso na área de Enfermagem Ocupacional/Ambiental, o que favorece a adoção de novas maneiras de refletir, agir e repensar a sua prática. A formulação de catálogos CIPE® favorece o desenvolvimento de um sistema de linguagem unificado, através da construção de conjuntos de documentação específicos de determinada especialidade ou de uma área foco de enfermagem, visando facilitar a integração da CIPE® na prática<sup>3,4</sup>. Dessa forma, o presente estudo vincula-se à CIPE®, de forma a contribuir no desenvolvimento da linguagem especial de enfermagem e colaborar com o CIE na transformação desse sistema de classificação em uma terminologia de referência, para fortalecimento e ampliação dos propósitos da profissão na assistência, na educação e na pesquisa. Por conseguinte, essa pesquisa torna-se relevante, na medida em que almeja descrever os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados, caracterizando a prática de enfermagem em Saúde Ocupacional/Ambiental, além de promover a discussão da CIPE® como terminologia unificadora. Diante do exposto, esta pesquisa tem como questão norteadora: pode a correlação de termos da CIPE® e de protocolos de cuidado à saúde revelar termos capazes de compor diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem nos campos de atuação em Saúde Ocupacional e Saúde Ambiental? **Objetivos:** Partindo da questão norteadora descrita acima, o presente estudo tem como objetivos: fazer o mapeamento cruzado dos termos identificados nos protocolos de cuidado à saúde do Ministério da Saúde, nas áreas de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental, com os termos constantes no Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0; e elaborar um catálogo CIPE® na área de Enfermagem Ocupacional/Ambiental. **Metodologia:** Trata-se de um estudo documental com abordagem descritiva, em que se utilizará o método exploratório para a coleta de dados

**Trabalho 189 - 3/4**

em protocolos de complexidade diferenciada na área de Saúde do Trabalhador e de protocolos de atenção integral à saúde de populações potencialmente expostas a contaminantes químicos, modelos adotados pelo Ministério da Saúde, por meio do processo de mapeamento cruzado para análise dos dados contidos nesses registros. O método de *cross-mapping*, ou seja, mapeamento cruzado foi desenvolvido para comparar dados de enfermagem contidos no processo de enfermagem nos diferentes campos do cuidado, através da comparação entre as informações não padronizadas e as classificações de referência para a prática de enfermagem, neste caso a CIPE® Versão 1.0<sup>5</sup>. Durante esse processo os termos serão submetidos à similaridade semântica e conceitual, conforme apresentados nos eixos da CIPE® Versão 1.0. A seguir, os termos identificados serão uniformizados e categorizados, conforme o Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0, com a identificação dos termos constantes e não constantes nessa Classificação. Para isso, será utilizado o programa *Access for Windows* para importar, da planilha do Excel, o banco de dados, com a finalidade de se construir uma tabela com os termos da linguagem especial de enfermagem identificados no estudo. Em seguida, serão construídas as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, relevantes e específicas da área de Enfermagem Ocupacional/Ambiental, utilizando os critérios preconizados pelo CIE<sup>3</sup>: para a construção de diagnósticos e resultados de enfermagem são apontadas pelo Conselho Internacional de Enfermagem as seguintes diretrizes: incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo *Foco* e um termo do eixo *Julgamento*; incluir termos adicionais, conforme a necessidade, dos eixos *Foco*, *Julgamento*, *Cliente*, *Localização* e *Tempo*. Para a construção de afirmativas relacionadas a intervenções de enfermagem são indicadas as seguintes diretrizes: incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo *Ação* e um termo *Alvo*, e podem ser incluídos termos adicionais, conforme a necessidade, dos eixos *Foco*, *Cliente*, *Localização*, *Meios* e *Tempo*. Para a construção de um Catálogo CIPE® na área de Enfermagem Ocupacional/Ambiental serão consideradas as etapas preconizadas pelo CIE, descritas a seguir: 1) identificar a clientela a que se destina e a prioridade de saúde; 2) documentar a significância para a Enfermagem; 3) contatar o CIE para determinar se outros grupos já estão trabalhando com a prioridade de saúde focalizada no Catálogo, de modo a identificar colaboração potencial; 4) usar o Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0 para compor as afirmativas de resultados e intervenções de enfermagem; 5) identificar

**Trabalho 189 - 4/4**

afirmativas adicionais por meio da revisão da literatura e de evidências relevantes; 6) desenvolver conteúdo de apoio; 7) testar ou validar as afirmativas do Catálogo em dois estudos clínicos; 8) adicionar, excluir ou revisar as afirmativas do catálogo, segundo a necessidade; 9) trabalhar com o CIE para a elaboração da cópia final do catálogo; 10) auxiliar o CIE na disseminação do catálogo<sup>4</sup>. Quanto às implicações éticas dessa pesquisa, por se tratar de instrumentos de domínio público a serem utilizados na coleta de dados, torna-se desnecessário sua apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa competente, em observância aos preceitos contidos na Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde e na Resolução COFEN nº 311/2007. **Resultados:** Espera-se que os resultados desse estudo contribuam para construção de um banco de termos no campo de atuação de Enfermagem em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, por meio da construção de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (Catálogos CIPE®), de modo a sistematizar uma linguagem especializada que descreva essa prática.

**Palavras-chave:** Cuidados de enfermagem, linguagem, sistemas de classificação, informação/comunicação.

**Referências:**

- (1) WERNECK MAF, FARIA HP, CAMPO KFC. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
- (2) SILVA SH, CUBAS MR, FEDALTO MA, SILVA SR, LIMA TCC. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na Rede Básica de Curitiba - PR. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010.
- (3) CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIE). **CIPE® Versão 1:** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/ Comitê Internacional de Enfermeiros; [tradução Heimar de Fátima Marin]. – São Paulo: Algor Editora, 2007.
- (4) INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International Classification for Nursing Practice (ICNP). Versão 1.1.** 2008. Disponível em: < <http://www.icn.ch/icnp.htm>>. Acesso em: 30 mai. 2010.
- (5) LUCENA AF, BARROS ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 1, 2005.

**Trabalho 190 - 1/4**

**INFORMATIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - CIPE**

**1<sup>a</sup> LETÍCIA HELENA JANUÁRIO**  
**MARCELA LETÍCIA CARNEIRO JANUÁRIO**  
**PAÔLA DE OLIVEIRA SOUZA**

**Introdução:** a enfermagem é universalmente uma profissão do cuidado com o ser humano. Embora seja natural pensar quais são as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras ao longo dos séculos, a profissão enfrenta o desafio de construir a identidade do seu corpo de conhecimentos científicos. Neste sentido, muito esforço tem sido empreendido em pesquisas e na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, SAE, através da organização do trabalho pelo processo de enfermagem, nos diversos serviços de saúde. Desde 2002, através da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, COFEN Nº 272/2002, a SAE é uma exigência para o exercício profissional da enfermagem em todas as instituições de saúde. A Sistematização da Assistência de Enfermagem também é exigida pelo Ministério da Saúde, aos hospitais que integram o Sistema Único de Saúde, SUS, para a acreditação do serviço. Por outro lado o Conselho Internacional de Enfermagem, CIE, desde os anos 90 vem dispensando esforços junto a enfermeiros de vários países para criação de uma classificação das práticas que representasse a enfermagem em todo o mundo. A partir de então, muitos grupos de trabalho, nos diversos países, buscam o desenvolvimento de uma taxonomia que expresse as atividades de enfermagem frente às necessidades ou condições de saúde apresentadas por indivíduos, famílias e comunidades. Parte desse esforço resultou na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE. CIPE é uma proposta de classificação dos termos utilizados na prática da enfermagem, em todo o mundo, resultando na padronização de uma linguagem universal para a profissão. Assim, a CIPE expressa o que os enfermeiros realizam diante de um diagnóstico de enfermagem com a finalidade de alcançar determinados resultados e também viabiliza a

---

1<sup>a</sup> Enfermeira, doutora, Professor adjunto da Universidade Federal de São João Del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu. Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400 - Chanadour Divinópolis-MG 35501-296. Endereço eletrônico: leticiahj@hotmail.com.

**Trabalho 190 - 2/4**

descrição da prática de enfermagem, de forma a facilitar a comparação das práticas realizadas em diferentes cenários clínicos, populações, áreas geográficas e períodos. A CIPE, embora ainda em processo de construção segue às rigorosas normas internacionais de classificação. A primeira versão da CIPE, Alfa, foi concluída na década de 90, em seguida após revisões sistemáticas, desenvolveram-se as versões Beta, Beta 2 e a última versão publicada em 2005, denominada Versão 1. Ao longo desse processo algumas experiências têm buscado a criação de programas para informatização da linguagem CIPE. Entretanto, no Brasil, pouco se tem publicado a respeito, o que, associado à relevância da implementação da classificação no exercício profissional, justifica a iniciativa de criar uma proposta de informatização para a CIPE. **Objetivo:** elaborar um *software* que viabilize a informatização da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem englobando a criação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem a serem compartilhados entre os diversos usuários do sistema. **Metodologia:** trata-se de um estudo exploratório com a finalidade de criação de um *software* que viabilize a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Este trabalho resulta da integração da Universidade Federal de São João Del Rei através do Campus Centro-Oeste Dona Lindu – CCO/UFSJ - situado na cidade de Divinópolis com o Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Campus Divinópolis – CEFET MG – e da Escola Estadual Dona Antônia Valadares para a consolidação de um projeto de iniciação científica junto ao ensino médio/técnico o qual foi aprovado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica “Júnior” da Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais, PIBIC/FAPEMIG. Dessa forma, duas estudantes do ensino médio e uma professora da UFSJ trabalharam juntas para a elaboração do *software*. Passos percorridos: foram selecionadas duas alunas do ensino médio regular de escolas públicas, que receberam formação básica sobre metodologia científica e conceitos CIPE na UFSJ. Seguiu-se a elaboração do *software* através da definição dos conceitos principais; modelo conceitual; criação dos diagramas; dicionário de dados; fluxograma do sistema e testes de funcionalidades. **Resultados:** o *software* criado apresenta as funcionalidades seguintes conforme os diagramas: o diagrama de contexto mostra o relacionamento do sistema a ser construído com as entidades externas ao programa. No caso da informatização da CIPE, temos três entidades externas: o enfermeiro, o administrador e o servidor de e-mail. O enfermeiro informa ao sistema

### Trabalho 190 - 3/4

seus dados para cadastro, as informações para compor o diagnóstico e recebe as informações dos diagnósticos que ele pretendeu consultar. O e-mail envia dados do usuário por meio do servidor de e-mail para que o enfermeiro-referência permita que cadastro seja validado liberando para o uso do programa. Já o enfermeiro-referência tem permissão para inserir os dados ao banco de dados da CIPE. O diagrama de fluxo de dados permite analisar o fluxo das informações dentro de uma sessão de uso do usuário. No sistema da informatização da CIPE, temos resumidamente, dez processos, tais como criar catálogos de diagnósticos, exibir e consultá-los posteriormente, cadastro de usuários e login no sistema além de cinco depósitos de dados. O diagrama de entidade e relacionamento representa como as entidades do banco de dados do sistema irão se relacionar. Neste caso são doze entidades, cada um delas com atributos e funções específicas. De modo resumido, as entidades do sistema representam os termos da CIPE além da classe e da subclasse a qual eles pertencem, bem como os diagnósticos, intervenções e resultados criados e armazenados pelos enfermeiros que utilizam o programa, além dos usuários cadastrados no banco de dados. O dicionário de dados traz os atributos de cada entidade do banco de dados e suas especificações, como tipo, tamanho e obrigatoriedade. O diagrama hierárquico de funções da CIPE informa o nível hierárquico que o processo ocupa no sistema. O fluxograma do sistema representa, através de início e fim, todos os processos do programa e os loops que eles se encontram. Quanto ao desenvolvimento do *layout*, este foi desenhado de forma que fosse agradável e simplificasse a navegação pelas páginas. O software permite a definição de três perfis de usuários: o administrador, o grupo de criação do catálogo (conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados), e os usuários que consultarão o catálogo (enfermeiros, professores da área da saúde entre outros). Para facilitar o acesso dos diferentes usuários foi criada uma página dedicada a explicar detalhadamente o funcionamento do programa e os passos a serem seguidos. Neste sistema, os usuários podem interagir com um grande fluxo de informações consultando ou criando novas informações conforme a sua permissão. **Conclusão:** o software criado viabiliza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em uma versão informatizada. Caracteriza-se pela baixa exigência de *hardware* para o funcionamento adequado do programa e pela facilidade de acesso e compreensão por parte dos usuários. Estas características viabilizam a popularização do aplicativo desenvolvido

**Trabalho 190 - 4/4**

entre os profissionais da Enfermagem bem como nas escolas de formação.

**Considerações finais:** o trabalho desenvolvido através do PIBIC JR com estudantes do ensino médio os quais não estão inseridos na área de saúde, além de contribuir com a formação profissional das estudantes, também contribui para a construção da imagem da profissão Enfermagem, ao ostentar para a sociedade o seu caráter científico.

**Referências Bibliográficas:**

Antunes M.JM. A prática de enfermagem e os sistemas de classificação: a ótica da ABEn. In: Garcia TR, Nóbrega, MML. Sistemas de Classificação das Práticas de Enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa: ABEn/Idéia; 2000. p. 9-18.

Brasil. Resolução COFEN-272/2002, de 27 ago.2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro. Disponível em:

[http://www.portalcofen.com.br/sectionint.asp?](http://www.portalcofen.com.br/sectionint.asp?infold=1114&editionsectionID=15&sectionparentID=)

[infold=1114&editionsectionID=15&sectionparentID=](http://www.portalcofen.com.br/sectionint.asp?infold=1114&editionsectionID=15&sectionparentID=) Acesso em: 25 abril 2003.

Carvalho, EC de; Garcia, TR. Processo de Enfermagem: O Raciocínio e Julgamento Clínico no Estabelecimento do Diagnóstico de Enfermagem. Universidade Federal de Uberlândia, Anais-III Fórum de Enfermagem Sistematizar o Cuidar, Uberlândia: Rápida, novembro, 2002, p.29-40.

ICN. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP. Trad. MADEIRA, A; ABECASSIS, L; LEAL T. Edição. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa, Algol Editora . 2005 208p

Rosa, LP. Tecnociências e Humanidades: novos paradigmas, velhas questões. São Paulo: Ed. Paz e Terra. 2005. 449p.

**Palavras-chave:** Informática em enfermagem; Processos de enfermagem; Classificação

**Área temática 4:** Sistemas de Informação e Comunicação da prática de enfermagem.

Trabalho 191 - 1/6

**INTRODUÇÃO:** “Bundle/pacote” estratégia de enfrentamento de iatrogenia para reduzir danos e custos nas internações a partir de conjunto de intervenções validadas, que quando operacionalizadas reduzem a morbimortalidade. O fato de investigarmos o diagnóstico “Risco para trauma vascular e o processo de punção justifica nosso interesse pelo bundles, uma vez que o uso dos vasos sanguíneos está vinculado à atuação da equipe de enfermagem. **OBJETIVOS:** Analisar o protocolo de intervenções do bundle intitulado “prevenir infecções na linha central” com vistas a buscar evidências clínicas para reafirmar o diagnóstico “Risco para Trauma vascular”, fato justificado pela semelhança de finalidades entre a criação dos bundles e a aplicação das taxonomias NANDA, NIC e NOC. **MÉTODOS E TÉCNICAS:** Revisão integrativa da literatura. Foram critérios de inclusão: pertinência da temática, possibilidade de inferir intervenções e adesão para atuação da enfermagem. Usamos seis descritores nas bases LILACS, MEDLINE, PUBMED, SCIELO: bundle; linha central; enfermagem; vasos sanguíneos; cateter vascular e linha periférica. Obtivemos 28106 publicações e aplicamos os critérios de exclusão: ter artigo na íntegra no período de 2008 a novembro/2009 e combinar descritores quando havia mais de 500 publicações. Dados analisados segundo Melles e Zago. Identificamos 9595 publicações, sendo 18 acervos de interesse (quadro 1). **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O “bundle” sobre “evitar infecção em vasos centrais” possui cinco componentes: higiene das mãos, precauções de barreira máxima, anti-sepsia da pele com clorexidina, escolha do local ideal, avaliação diária para remover as linhas desnecessárias. O êxito do “pacote” consiste em reunir conceitos científicos que alicerçam um conjunto de intervenções terapêuticas, que quando executadas em conjunto são capazes de gerar uma correlação de proteção para a variável de desfecho clínico.

Trabalho 191 - 2/6

Quadro 1: Lista de acervos que compõe a amostra.

Autores	Título
Schulman J et al.	New York State Regional Perinatal Centers; New York State Department of Health. Development of a statewide collaborative to decrease NICU central line-associated bloodstream infections.
Zack J.	The CLABs collaborative: a regionwide effort to improve the quality of care in hospitals.
Koll BS et al.	The CLABs collaborative: a regionwide effort to improve the quality of care in hospitals
Bonello RS et al.	An intensive care unit quality improvement collaborative in nine Department of Veterans Affairs hospitals: reducing ventilator-associated pneumonia and catheter-related bloodstream infection rates
Galpern D et al.	Effectiveness of a central line bundle campaign on line-associated infections in the intensive care unit.
Griffin FA.	Million Lives Campaign. Reducing methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) infections
Berriel-Cass et al.	Eliminating nosocomial infections at Ascension Health.
Scharff RP et.al.	Lymphocutaneous fistula as a long-term complication of multiple central venous catheter placement.
<a href="#">Schorr C.</a>	Performance improvement in the management of sepsis.
<a href="#">Salgado CD.</a>	The risk of developing a vancomycin-resistant Enterococcus bloodstream infection for colonized patients.
<a href="#">Venkatram S,</a> <a href="#">Rachmale S,</a> <a href="#">Kanna B.</a>	Study of device use adjusted rates in health care-associated infections after Implementation of "bundles" in a closed-model medical intensive care unit.
<a href="#">Roth A</a> et al.	Right bundle branch block of unknown age in the setting of acute anterior myocardial infarction: an attempt to define who should be paced prophylactically.
Glauco J et al.	Early detection strategy and mortality reduction in severe sepsis.
Hoo WE et al.	Successes and lessons learned implementing the sepsis bundle.
Steen C	Developments in the management of patients with sepsis
Smith M	A care bundle for management of central venous catheters
Lester P, Stefanacci RG, Chen DG	Nursing home procedures on transitions of care
Hansten RI.	A bundle of best bedside practices: field evidence.

Áreas temáticas de trabalhos de bundles divulgados (inter)nacionalmente: há 12 bundles que fornecem evidências de eficácia e eficiência: 1) implantar equipes de resposta rápida a pacientes com risco de parada cardíaca ou respiratória; 2) operacionalizar cuidados em pessoas com IAM; 3) prevenir eventos adversos de drogas; 4) prevenir infecções na linha central; 5) prevenir infecções do sítio

Trabalho 191 - 3/6

cirúrgico; 6) prevenir pneumonia associada à ventilação; 7) prevenir úlceras de pressão; 8) reduzir infecção por *Staphylococcus* MARSA; 9) prevenir dano por medicamentos de alto risco; 10) reduzir complicações cirúrgicas; 11) operacionalizar cuidados em pessoas com ICC e 12) estabelecer metas gerencias para instituições hospitalares. Apresentamos uma aproximação entre bundles aplicável à linha vascular central e as taxonomias NNN no quadro 2. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A revisão integrativa, instrumentos usado na “Prática Baseada em Evidências”, permitiu obter 18 acervos que retratam a opinião de especialistas sobre a aplicação do “bundle” a inserção de acesso vascular central. O quadro comparativo entre as condutas dos bundles e sua equivalência nas taxonomias NNN, fornecem pontos de convergência, sendo a taxonomia da NIC mais abrangente por propor maior número de possibilidades terapêuticas e alinhar problema, intervenções e resultados. Tanto a NIC como os bundles fazem recomendações terapêuticas capazes de abordar o processo de punção vascular central, o que reafirma o diagnóstico “Risco para trauma vascular”.

REFERÊNCIAS

- Arreguy-Sena C, Carvalho EC. Risco para trauma vascular. In: NANDA. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2010. IOWA: EUA. 2009
- Arreguy-Sena C. (2002) A trajetória de construção e validação dos diagnósticos de enfermagem “Trauma Vascular” e “Risco para Trauma Vascular”. EERP-USP, (Tese).
- Dochterman MJ; Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- Phillips, L.D. (2005) Manual of IV Therapeutics. (4th Ed). Davis: Philadelphia, PA.
- Zack J. Zeroing in on zero tolerance for central line-associated bacteremia. [Am J Infect Control](#);36(10):S176.e1-2, 2008 Dec.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de enfermagem. Infecção. Cateter vascular

**Área temática:** Sistemas de Informação e Comunicação da prática de enfermagem

Trabalho 191 - 4/6

**Quadro 2:** Correlação entre o diagnóstico “Risco para Trauma vascular”, e o

NANDA	NIC
<p><b>“RISCO PARA TRAUMA VASCULAR” relacionado a:</b>  <input type="checkbox"/>sítio de inserção; <input type="checkbox"/> Duração do tempo de inserção e <input type="checkbox"/> capacidade prejudicada de visualizar o sítio de inserção do cateter.</p>	<p><b>TERAPIA INTRAVENOSA</b>                      Manter técnica asséptica;                      Examinar solução quanto: validade, car recipiente;                      Monitorar taxa e sítio de punção durante                      Trocar o sistema de 48-72 horas;                      Manter curativo oclusivo;                      Verificar local da punção;                      Realizar cuidado local;                      Monitorar sinais vitais;                      Monitorar sinais e sintomas de flebite/in                      Documentar terapia prescrita;                      Manter precauções padronizadas.</p> <p><b>MONITORAÇÃO HEMODINÂMICA</b>                      Auxiliar na inserção e remoção                      monitoração;                      Evitar inflar o balão com frequência sup                      Manter esterilidade das conexões;                      Manter sistema de pressão fechada nas                      Trocar curativos estéreis;                      Avaliar evidências de sangramento e int                      Trocar solução EV e equipo de 24-72 h                      Monitorar resultados laboratoriais, dete                      Orientar paciente e família sobre uso ter                      Orientar paciente sobre restrições de                      cateteres;</p> <p><b>MONITORAÇÃO DE ACESSO PAR</b>                      Monitorar: vermelhidão, edema, calo                      hematoma;                      Fazer curativo com gaze esterilizada;</p>

Trabalho 191 - 5/6

	<p>Orientar paciente como cuidar do acesso</p> <p><b>CONTROLE ELETRÓLITOS</b>                  Preparar paciente para diálise</p> <p><b>CUIDADOS COM O CATETER: LIMPEZA</b>                  Auxiliar na inserção/inserir cateter umbilical                  Aplicar solução antisséptica no coto umbilical                  Trocar curativo diariamente e sempre que necessário                  Limpar superfície externa com solução antisséptica                  Documentar aspecto da área do umbigo                  Observar sinais que requeiram remoção</p> <p><b>CUIDADOS COM CATETER CENTRALIZADO PERIFÉRICA</b>                  Selecionar veia acessível e menos utilizada                  Preparar local para inserção;                  Inserir cateter utilizando técnicas assépticas                  Fixar cateter com curativo transparente                  Registrar data e hora do curativo;                  Monitorar quanto sinais de flebite;                  Usar técnica asséptica para trocas                  paciente/família;                  Remover e documentar razão da remoção                  Orientar paciente para identificar infecção                  Obter cultura da pele e sangue;                  Coletar cultura da extremidade do cateter                  Manter precauções padronizadas.</p> <p><b>DISPOSITIVO DE ACESSO VENOSO</b>                  Manter precauções universais;                  Monitorar estado líquido;                  Determinar tipo de dispositivo;                  Manter técnica asséptica ao manuseio</p> <p><b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>                  Manter esterilidade do sistema;</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Trabalho 191 - 6/6

	<p>Infundir solução na via próximo ao pa dele e aspirar antes de injetar; Monitorar sinais de infiltração e flebite;</p> <hr/> <p><b>REPOSIÇÃO RÁPIDA DE LÍQUIDOS</b> Puncionar veia de grosso calibre Administrar líquidos IV, conforme pres</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Trabalho 192 - 1/4

**A Construção da SAE Informatizada em Unidade de Urgência e  
Emergência de um Hospital Cardiológico**

Ana Carolina Lici Monteiro

Maria Selma Pacheco Peixoto

**Introdução:** A principal ferramenta que o enfermeiro dispõe para tomada de decisão é a informação. Esta é coletada, recebida, armazenada, processada e transmitida durante as 24h de trabalho da equipe de enfermagem para que a continuidade do cuidado seja garantida. O profissional que dispuser da informação na hora, quantidade e local certo, terá maiores condições de prestar uma assistência efetiva e de qualidade<sup>(1)</sup>. Para um melhor aproveitamento da informação vários recursos tecnológicos atualmente estão disponíveis. O avanço da tecnologia e o advento da informática dentro das instituições de saúde, inclusive a enfermagem, têm proporcionado avanços operacionais e estratégicos. O uso da tecnologia tem acrescentado para a Enfermagem várias possibilidades para melhoria do desempenho profissional e melhoria do atendimento ao cliente/paciente<sup>(2)</sup>. Atualmente na área assistencial o prontuário eletrônico do paciente e os sistemas de informação que dão apoio à realização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) estão em evidência. Os sistemas de informação podem ser definidos como ferramentas computadorizadas que servem para coletar, processar, transmitir e disseminar dados que representam informação para o usuário. Devido a lógica e metodologia da SAE, muitas instituições estão aderindo a SAE informatizada como maneira de organizar e agilizar os registros e as informações geradas<sup>(3)</sup>. Os primeiros sistemas de informação para a enfermagem surgiram por volta das décadas de 60 e 70 com a implantação dos computadores pessoais. Os primeiros sistemas incluíam prescrições médicas, resultados laboratoriais e planos de cuidado da equipe de enfermagem. Diante de tal avanço muitos enfermeiros reconheceram a importância da inserção da informática em seu cotidiano de trabalho. Porém, a visão positivista dos sistemas de informação tradicionais de nada se parece com a subjetividade do cuidado em enfermagem. Daí a necessidade de incluir os profissionais de enfermagem na elaboração e participação no desenvolvimento dos sistemas de informação, principalmente pelo fato de que a enfermagem é a maior responsável pelo volume de

Enfermeira, especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Rua Humberto I, 173, ap 13, Vila Mariana, São Paulo – SP, CEP: 04018030,

[anacarolina.licimonteiro@gmail.com](mailto:anacarolina.licimonteiro@gmail.com)

**Trabalho 192 - 2/4**

informações inseridos dentro do prontuário do paciente <sup>(4)</sup>. De todas as informações obtidas e registradas no prontuário, é possível dar continuidade a assistência e acompanhar a evolução do paciente diante da melhora ou piora das condutas adotadas. Os registros de enfermagem constituem parte do prontuário do paciente. FLORENCE NIGHTINGALE, evidenciava a importância das informações principalmente para a continuidade da assistência de Enfermagem: *“Na tentativa de chegar a verdade, eu tenho buscado, em todos os locais, informações; mas, em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares possíveis de serem usados para comparações. Estes registros poderiam nos mostrar como o dinheiro tem sido usado, o quê de bom foi realmente feito com ele...”*. <sup>(5)</sup> **Objetivo:** Elaborar ferramenta que viabilize a SAE informatizada em unidade de Pronto Socorro de uma instituição referência em cardiologia. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva que visou o desenvolvimento de um sistema de informação que contemple as fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem através do computador. Foi desenvolvido no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), um hospital público especializado, referência em cardiologia clínica e invasiva. A equipe de enfermagem do IDPC tem o Processo de Enfermagem como metodologia de assistência desde 1970. A Construção do Sistema procedeu-se através das seguintes fases: Planejamento: fase onde foi adotada a linguagem de programação a ser utilizado, levantamento dos recursos materiais e humanos necessários e desenho do fluxograma de atendimento do Pronto Socorro. Estruturação e construção: nesta fase foi feito o desenho das telas e do layout do sistema. Desenvolvimento: nesta fase inseriu-se a linguagem de programação e aplicada todas as tarefas pretendidas e revisão, fase onde foram feitos ajustes e os testes pré-implantação. **Conclusão:** O sistema é composto de uma tela inicial, onde o enfermeiro insere seu nome e senha de acesso. A partir daí, é possível escolher um menu de opções com os itens: Histórico de enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Plano de Alta, sendo que ao clicar cada opção, abre-se uma tela diferente. Após preencher o histórico de enfermagem, o mesmo fica armazenado, sendo possível sua consulta para alterações através do número de registro do paciente ou pelo nome. O mesmo ocorre quando são selecionados os diagnósticos e as prescrições de enfermagem para cada paciente individualmente. Há ainda a opção de impressão para

Enfermeira, especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Rua Humberto I, 173, ap 13, Vila Mariana, São Paulo – SP, CEP: 04018030,

[anacarolina.licimonteiro@gmail.com](mailto:anacarolina.licimonteiro@gmail.com)

**Trabalho 192 - 3/4**

que as ações sejam cheçadas e também o Plano de alta que consta das orientações necessárias para a realização do auto-cuidado domiciliar. Diante das transformações exigidas com o avanço das tecnologias, faz-se necessário que o enfermeiro tenha em seu desenvolvido mais esta competência. Além de recursos a disposição, o enfermeiro necessita estar capacitado para utilizá-los da melhor maneira de modo que estes reflitam na qualidade da assistência ao paciente. Infelizmente ainda hoje, há uma resistência dos profissionais em utilizar os recursos tecnológicos. Com este estudo, buscou-se desenvolver e criar uma ferramenta que proporcione ao enfermeiro desenvolver a SAE informatizada. O Próximo passo será implementar e realizar a avaliação do sistema.

**Referências bibliográficas**

1 Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio. INPI – Instituto Nacional da Propriedade Industrial. O que é Programa de Computador. Disponível em:< [http://www.inpi.gov.br/menu-esquerdo/programa/pasta\\_oque](http://www.inpi.gov.br/menu-esquerdo/programa/pasta_oque)>, acesso em 21 junho 2008.

2 Soares, D.K.S. Évora, Y.D.M. Sperandio, D.J. A Busca da Competência em Informática em Enfermagem. Anais do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde; 2006 Out 14-18; Florianópolis, Brasil.  
Disponível em:< <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/729.pdf>>, acesso em 10 ago 2008.

3 Dalri, MCB. O Assistência de Enfermagem a Paciente Portador de Queimadura Utilizando um Software. Ribeirão Preto, 2000. 328f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

4 Santos, SR. Nóbrega, MML. Metodologias para Desenvolvimento de Sistemas de Informação em Enfermagem. **Rev. bras. enferm**;55(6):680-684, nov.-dez. 2002.

**5 Kuchler, F.F.;Alvarez, A.G. Haertel, L.A. Impacto sobre o Tempo de Execução do Processo de Enfermagem Auxiliado por Ferramenta Informatizada.** Anais do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde; 2006 Out 14-18; Florianópolis, Brasil. Disponível em:< <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/536.doc>>, acesso em 10 ago 2008.

Palavras-chave: Informática em enfermagem, Assistência de enfermagem, Emergência  
Área temática: 4: Sistemas de Informação e Comunicação da prática de enfermagem.

Enfermeira, especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Rua Humberto I, 173, ap 13, Vila Mariana, São Paulo – SP, CEP: 04018030,

[anacarolina.licimonteiro@gmail.com](mailto:anacarolina.licimonteiro@gmail.com)



Trabalho 192 - 4/4

Enfermeira, especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Rua Humberto I, 173, ap 13, Vila Mariana, São Paulo – SP, CEP: 04018030,

[anacarolina.licimonteiro@gmail.com](mailto:anacarolina.licimonteiro@gmail.com)

Trabalho 193 - 1/4

**DESENVOLVIMENTO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PARA À  
CONSULTA DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE  
ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO**

NOGUÊS, Dalnie<sup>1</sup>

PERUZZO, Simone<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** O Centro de Cuidados de Enfermagem (CCEnf) é um projeto de extensão da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e, desde 2007, atua em parceria com um colégio público de grande porte da cidade de Curitiba. As bolsistas do projeto são acadêmicas do Curso de Enfermagem da UFPR e desenvolvem ações de Enfermagem em diferentes momentos do colégio, especificamente a Consulta de Enfermagem aos alunos e funcionários daquela instituição. A consulta é desenvolvida nas dependências do colégio denominada “Sala de Cuidados” e seu registro inicialmente foi manual. De acordo com CARRARO *et al.*, 2001, o registro de Enfermagem é um elemento importante na prática da profissão, capaz de permitir o acompanhamento e a análise do histórico do paciente e a avaliação do seu estado de saúde. A partir da avaliação dos registros, é possível determinar que intervenções foram efetivas, ou não, frente as necessidades do cliente, o que é de extrema importância para elaborar o plano de cuidado. Além disso, o registro serve de subsídio a pesquisas, que tem um papel fundamental na promoção do conhecimento profissional da Enfermagem. Uma pesquisa realizada em diferentes hospitais na cidade de João Pessoa – PB, revelou que Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem estão insatisfeitos com o sistema de registro manual considerando-o limitado, ultrapassado e desmotivante. Além disso, alegam que enquanto escrevem permanecem longo tempo afastado do paciente. As bolsistas que atuam na Sala de Cuidados do colégio consideram que o registro

---

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Técnica em Informática pela Escola Técnica da UFPR. Bolsista do projeto de extensão “Centro de Cuidados de Enfermagem: Integrando a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão”. Autora e relatora do trabalho. E-mail: dalnie.bezerra@gmail.com; Rua Germano Beckert, 573 – Bairro Alto, Curitiba-PR. Telefone: (41) 9909-0290.

<sup>2</sup> Enfermeira lotada no Departamento de Enfermagem da UFPR, Mestre em Enfermagem, coordenadora do projeto de extensão “Centro de Cuidados de Enfermagem: Integrando a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão.” Secretária Geral da ABEn Nacional. E-mail: ccenf\_ufpr@yahoo.com.br; Rua Padre Camargo, 120 – Alto da Glória, Curitiba-PR. Telefone: 3360-7252.

**Trabalho 193 - 2/4**

manual demanda tempo e freqüentemente se torna incompleto, fato que prejudica a qualidade de um processo sistematizado além de originar um banco de dados não fidedigno. Importante salientar que o armazenamento de registros manuais dificulta a recuperação dos dados para fins de análise e pesquisa. De acordo com MALAGUTTI *et al.*, 2009, a informatização do serviço de Enfermagem promove maior confiabilidade no registro e na exatidão da informação, maior legibilidade e precisão da informação, bem como padronização no registro e na coleta de dados, para fins de avaliação e pesquisa. Portanto a criação de um sistema informatizado para a Consulta de Enfermagem se tornou uma meta e um desafio deste projeto de extensão.

**OBJETIVOS:** Desenvolver um sistema de informação capaz de facilitar os registros da Enfermagem, bem como armazenar e disponibilizar informações a respeito da assistência realizada junto a comunidade do colégio para possíveis consultas e pesquisas, aperfeiçoar a comunicação entre as bolsistas e proporcionar maior consistência deste trabalho por meio de documentação exata e específica.

**METODOLOGIA:** O desenvolvimento do sistema foi baseado no processo de trabalho desempenhado pelas bolsistas no colégio e nas fichas de preenchimento manual. Após identificar, descrever, quantificar e analisar as atividades que deverão ser contempladas pelo sistema, um desenho lógico ou algoritmo foi desenvolvido. Esta etapa possibilitou simplificar e otimizar diferentes atividades desempenhadas pelas bolsistas e dar início a construção do sistema. Para isso foi utilizado um computador pessoal com sistema operacional Windows, servidor Web Apache 2.2, servidor de Banco de Dados MySQL, biblioteca de classes Zend Framework 1.10.5 e linguagem de programação PHP 5.3.

**RESULTADOS:** A criação de um sistema seguro foi considerado e para acessá-lo é necessário login e senha vinculados a cada ação do usuário. Após o login, é possível realizar o cadastro de alunos e funcionários, alterar dados, fazer buscas e consultar históricos. Também é possível registrar achados durante a consulta, intervenções aplicadas e a evolução do cliente. O sistema também é capaz de contabilizar o tipo de queixa (s) e numero de atendimentos, dados essenciais para elaboração de relatórios e estudos. A identificação de problemas geradores de uma atenção especial é viável. A criação do sistema permite às bolsistas a divulgação do trabalho de formato mais consistente por meio de ações capazes de reparar os problemas mais freqüentes. Ao final do turno, anotações poderão ser realizadas e lidas pelo próximo usuário que fizer o

**Trabalho 193 - 3/4**

login. Dessa forma, a comunicação entre as bolsistas será facilitada e permitira a continuidade das atividades do dia anterior. Assim sendo, o sistema deverá contribuir no processo de trabalho das bolsistas, agilizando o processo sistematizado e armazenando os dados de forma segura e confiável. **CONCLUSÃO:** A sociedade vem se tornando cada vez mais dependente dos avanços na tecnologia da informação, e o conhecimento nessa área tornou-se pré-requisito para muitas oportunidades de trabalho (MALAGUTTI *et al.*, 2009). Por isso não é de se admirar um crescente aumento na busca desse conhecimento por profissionais da enfermagem, pois a informatização da enfermagem permitirá avanços na gestão dos serviços, aumento na produtividade e melhoria na qualidade dos cuidados prestados. O papel do computador no dia-a-dia da Enfermagem é ajudar o Enfermeiro a organizar e administrar um montante de informações fornecendo em tempo real, todo e qualquer dado que necessita para o desenvolvimento de suas ações. A informação é, portanto, um componente crítico da tomada de decisão eficaz e da alta qualidade da prática de enfermagem (ÉVORA, 2007). No entanto, vale ressaltar que nada substituirá a humanização do cuidado ao prestarmos assistência a um ser humano. A informatização da assistência não seria positiva se não fossem nossos conhecimentos e habilidades. O computador é uma ferramenta a mais para o Enfermeiro, que o estará utilizando de forma adequada se redirecionar o tempo ganho para a individualização dos cuidados e a comunicação plena com o cliente. Dessa forma a informatização da Consulta de Enfermagem realizada no colégio pelas bolsistas do projeto é um avanço que busca consolidar a assistência de Enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVE:** sistemas de informação, registros de Enfermagem, informática em Enfermagem.

**ÁREA TEMÁTICA:** Sistemas de Informação e Comunicação da prática de enfermagem.

**REFERÊNCIAS**

**Trabalho 193 - 4/4**

Carraro TE, Westphalen MEA. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2001. 184 p.

Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. Rev Lat-am Enf. Janeiro-fevereiro, 2003; 11(1): 80-7.

Malagutti W, Caetano KC. Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2009. 340 p.

Évora YDM. A enfermagem na era da informática. Rev Elet Enf. 2007; 09(1): 14.

## ÍNDICE - POR CATEGORIA

### Sistematização da Assistência de Enfermagem

1	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO	16
2	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: CARACTERÍSTICAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA ANTES E DEPOIS DA RESOLUÇÃO COFEN 272/2002	21
3	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL	25
4	COMPORTAMENTO DESORGANIZADO DO BEBÊ: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	31
5	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO ASPECTO ESSENCIAL DA PROFISSÃO: UMA REVISÃO DA LITERATURA	35
6	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À CLASSE ATIVIDADE/EXERCÍCIO EM CLIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	39
7	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM XERODERMIA PIGMENTAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	43
8	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS A PARTIR DE UMA REVISÃO DE LITERATURA	47
9	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO USO DE ANTICOAGULANTES E ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS.	50
10	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA CRIANÇAS INTERNADAS EM UMA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL ESCOLA	54
11	DEGENERAÇÃO ESPINOCEREBELAR E O CUIDADO DE ENFERMAGEM A UMA FAMÍLIA ESPECIAL	59
12	REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE IDOSOS COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	64
13	O EXAME FÍSICO: MÉTODOS DE ENSINO E ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM	69
14	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	74
15	PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO A UM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	79
16	NECESSIDADE DE SEGURANÇA E MEIO AMBIENTE: DESCRIÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PESSOAS COM HIV/AIDS EM UTI	84
17	ANÁLISE DOS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS HOSPITALIZADOS SEGUNDO A TAXONOMIA II DA NANDA	89
18	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO SUBMETIDO A AUTOCATETERISMO VESICAL INTERMINENTE: UM ESTUDO DE CASO	95
19	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: UM DESAFIO NA PREMATURIDADE	98
20	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ATENÇÃO BÁSICA: REORGANIZAÇÃO DE UMA NÔMENCLATURA	102
21	PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS	106
22	COMBINAÇÃO ENTRE TERMOS DA CIPE® PARA COMPOR DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO FOCO PROCESSO DO APARELHO REPRODUTOR	110
23	VALIDAÇÃO NA LITERATURA DE RELACIONAMENTOS ENTRE TERMOS DA CIPE® 2.0 PARA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AOS FOCOS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO	116
24	AÇÕES DE ENFERMAGEM PRESCRITAS PARA PACIENTES INTERNADOS EM UMA UTI DE ADULTOS	121

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

25	TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR DE PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	126
26	COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA E AVE – UM ESTUDO EXPLORATÓRIO.	130
27	PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE GERIATRIA	134
28	TAXONOMIA II DA NANDA-I NA AVALIAÇÃO DO PERÍODO PÓS-PARTO NO CONTEXTO DOMICILIAR	138
29	AVALIAÇÃO DE PUÉRPERAS NA COMUNIDADE: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ENVOLVENDO O CONCEITO AMAMENTAÇÃO	142
30	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES EM PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA	146
31	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS DOMICILIADOS NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB: PROPOSTA DE CATÁLOGO CIPE® - NOTA PRÉVIA	151
32	ALTERAÇÕES NOS PARÂMETROS HEMODINÂMICOS NA IDENTIFICAÇÃO DE DOR AGUDA EM PACIENTES SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA	156
33	AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE EM IDOSOS: IMPLICAÇÕES DA MEMÓRIA PREJUDICADA NA ADESÃO AO REGIME TERAPEUTICO	160
34	RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	164
35	FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE ENTRE DIABÉTICOS SEGUNDO O SEXO	169
36	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – UMA REVISÃO DE LITERATURA	173
37	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES EM RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO DETERMINADO PELA ESCALA DE BRADEN	178
38	CONSENSO DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS CONFORME A NANDA-NOC-NIC PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ATENDIDOS EM VISITA DOMICILIAR	182
39	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM APLICADAS A IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA INSTITUCIONALIZADOS EM ALBERGUES PÚBLICOS	186
40	PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO MULTIPROFISSIONAL PARA IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: UMA APROXIMAÇÃO ENFERMAGEM E SERVIÇO SOCIAL.	189
41	INDICADORES CLÍNICOS DOS FATORES RELACIONADOS DE “PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA (TÁTIL) NOS PÉS” DE PESSOAS COM DIABETES TIPO 2, EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL	193
42	PERFIL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS SUBMETIDAS À APENDICECTOMIA	198
43	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE PORTADOR DE TETRALOGIA DE FALLOT EM USO DE ECMO: UM ESTUDO DE CASO	202
44	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES COM LEUCEMIA: UM ESTUDO NO HOSPITAL OPHIR LOYOLA	207
45	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM DIAGNÓSTICO DE HIDROCEFALIA	211
46	A UTILIZAÇÃO DE ESCALAS AVALIATIVAS E SUA CORRELAÇÃO COM OS RESULTADOS E OS INDICADORES DE ENFERMAGEM	214
47	QUALIDADE NO CUIDAR: ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA DE ENFERMAGEM NA UTI, UMA REVISÃO INTEGRATIVA	218
48	ACURÁCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS EM PACIENTES NO PÓS-OPERATORIO CARDÍACO	222
49	ACURÁCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ EM PACIENTES NO PÓS-OPERATORIO CARDÍACO	225
50	ACURÁCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM TROCA DE GASES PREJUDICADA EM PACIENTES NO PÓS-OPERATORIO CARDÍACO	228
51	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTE COM TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	231

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

52	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	235
53	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E SUA IMPORTÂNCIA NO CUIDADO DOS ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL	239
54	CONTRIBUIÇÕES DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	243
55	RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA EM PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	247
56	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DA CLASSE ATIVIDADE EXERCÍCIO EM PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	251
57	O LIMITE ENTRE O PACIENTE ONCOLÓGICO CIRÚRGICO E O PLANEJAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PALIATIVOS	255
58	ANÁLISE DE FATORES RELACIONADOS E CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DE INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA EM PESSOAS COM ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE ENFERMAGEM	260
59	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	264
60	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PROPOSTA PARA PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DE PACIENTES EM UM CENTRO CIRÚRGICO DE BELO HORIZONTE	269
61	DEMANDA DE CUIDADOS INFANTIS: DESENVOLVIMENTO DE UMA PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PARA NANDA-I.	274
62	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APLICADA AO CLIENTE SUBMETIDO A INTERVENÇÕES HEMODINÂMICAS	278
63	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	283
64	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: FERRAMENTA IMPORTANTE PARA CONDUZIR O CUIDADO.	287
65	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS SUBMETIDOS À FOTOTERAPIA	292
66	IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO DOMÍNIO ATIVIDADE/REPOUSO EM IDOSOS: ENFOQUE NA PREVENÇÃO	297
67	DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS PARA O RESULTADO DE ENFERMAGEM COMPORTAMENTO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS: VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS*	302
68	O CUIDADO À MÃE QUE AMAMENTA UTILIZANDO NANDA/NIC	307
69	EXPECTATIVAS DOS ENFERMEIROS DA UTI ACERCA DA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	312
70	APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM À CLIENTE PORTADORA DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE CASO	316
71	PROPOSTA DE PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE RISCO PERFUSÃO TISSULAR CARDÍACO INEFICAZ	321
72	CARDIOVERSOR-DESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL: PRINCIPAIS DÚVIDAS DOS PACIENTES NO QUE SE REFERE AO AUTOCUIDADO APÓS IMPLANTE	326
73	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A ADOLESCENTE HOSPITALIZADO: ESTUDO DE CASO	330
74	IDENTIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENIR E TRATAR A DISREFLEXIA AUTONÔMICA	335
75	ATIVIDADES NÃO REALIZADAS: ANÁLISE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AS INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS DA NIC PARA O PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ EM IDOSOS.	339
76	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM APLICÁVEIS AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS	343

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

77	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM DOR ONCOLÓGICA UTILIZANDO A CIPE®	350
78	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES HOSPITALIZADOS SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA	355
79	PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CASA DE SAÚDE SÃO MIGUEL EM CRATO-CEARÁ-BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	360
80	TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR: OCORRÊNCIA EM FAMILIARES DE PESSOAS HOSPITALIZADAS PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS	364
81	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA	369
82	IMPLANTAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COMO ELEMENTO DE QUALIFICAÇÃO NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	373
83	SENTIMENTOS DE CRIANÇAS DE UMA INSTITUIÇÃO SÓCIO-EDUCATIVA COM O USO DA PRECE: ELEMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA ESPIRITUALIDADE	377
84	A COMISSÃO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER: HISTÓRIA DE UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA	381
85	CARACTERÍSTICAS DAS ANORMALIDADES CUTÂNEAS DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE COMO SUBSÍDIO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	386
86	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ANSIEDADE NA HEMODIÁLISE E O USO DE FLORES DE BACH	391
87	PERFIL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS INTERNADAS NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DO HULW/PB	395
88	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM UMA SALA DE RECUPERAÇÃO CARDÍACA (SRC)	400
89	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM RN PORTADOR DE SÍNDROME DE MOEBIUS UTILIZANDO A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.	405
90	OS INDICADORES CLÍNICOS ENCONTRADOS NO TRABALHO DE PARTO E A SUA CONCORDÂNCIA COM OS FENÔMENOS DE ENFERMAGEM AGRUPADOS NO EIXO FOCO DA CIPE VERSÃO 1.0.	411
91	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL ASSOCIADO AO ESTILO DE VIDA.	416
92	NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA UMA CLÍNICA CIRÚRGICA	421
93	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA ADOLESCENTE HOSPITALIZADO	425
94	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE QUEDA: FERRAMENTA FACILITADORA NA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE QUEDA	430
95	LEVANTAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM COMUNIDADE: UMA GERONTOLOGIA GERONTOLÓGICA	434
96	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UM ESTUDO DE CASO.	438
97	HEPATITE VIRAL: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.	443
98	SONO, REPOUSO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NUM HOSPITAL GERAL: VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS	447
99	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS NO IDOSO SUBMETIDO À ANGIOPLASTIA	452
100	LEVANTAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DE MINAS GERAIS	456
101	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MEMÓRIA PREJUDICADA E CONFUSÃO CRÔNICA - VALIDAÇÃO DIFERENCIAL	460
102	ESTADO NUTRICIONAL E SUA RELAÇÃO COM O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA	464

103	CARDIOVERSÃO ELÉTRICA - ASPECTOS DA ASSISTÊNCIA E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA	468
104	VOLUME DE LIQUIDO EXCESSIVO PULMONAR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA ATUAÇÃO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA	472
105	PROTEÇÃO INEFIZAZ RELACIONADA COM HEPARINIZAÇÃO ENDOVENOSA: CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	476
106	PREVALÊNCIA DE CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO E ASSOCIAÇÃO COM O ÍNDICE CARDÍACO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CANDIDATOS A TRANSPLANTE CARDÍACO	481
107	ESTUDO ANALÍTICO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO EM ADULTOS E IDOSOS	485
108	PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO A LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO DE RESIDENTES	488
109	CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM 'RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA'	493
110	COMPARATIVO DA IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA EM ADULTOS E IDOSOS	498
111	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E FATOR RELACIONADO À NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA:INGESTÃO MAIOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS EM GESTANTES DE MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA-CE	502
112	PREVALÊNCIA DE NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA:INGESTÃO MAIOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS EM GESTANTES DE MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA-CE	506
113	AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO DE CUIDADORES INFORMAIS ATRAVÉS DA CLASSIFICAÇÃO NOC	510
114	IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA INSTITUCIONALIZADOS	514
115	IMPLANTAÇÃO DA SAE EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – RELATO DE EXPERIENCIA	519
116	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE MOBILIDADE COMPROMETIDA EM CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	524
117	A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE PORTADOR DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE	528
118	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DESAFIOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ASSISTENCIAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA	532
119	PROCESSO DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE POARS	536
120	DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EM UMA UNIDADE CIRÚRGICA DE ONCOLOGIA MAMÁRIA: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.	543

## **Implementação da Sistematização**

121	DIFICULDADES DO PROCESSO DE PENSAMENTO ENVOLVIDO, NA DIFICULDADES DO PROCESSO DE PENSAMENTO ENVOLVIDO,NA APRENDIZAGEM DIAGNÓSTICA EM ENFERMAGEM: OLHAR METACOGNITIVO	547
122	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	552
123	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES EM HEMODIÁLISE	557
124	AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA	562
125	APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM A UM CLIENTE PORTADOR DE TUMOR SEMINOMATOSO TESTICULAR: RELATO DE CASO	566
126	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU: IMPLICAÇÕES DECORRENTES DO CONHECIMENTO PRODUZIDO.	571

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

127	ASPECTOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DA SAE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	576
128	CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA: ENFOQUE NOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES	581
129	PERFIL DOS PACIENTES ASSISTIDOS EM UMA UTI DE UM HOSPITAL PÚBLICO - SUBSÍDIOS PARA IMPLANTAÇÃO DA SAE	585
130	APLICABILIDADE DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA ACADÊMICA	589
131	CUIDAR DE IDOSOS: REFLEXÕES NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	593
132	AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO SOBRE SAE ENTRE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM COMO PROPOSTA PARA PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA SAE EM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB	597
133	SABERES DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SOBRE A PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: RESULTADOS PRELIMINARES	601
134	EXPERIÊNCIA DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE REGISTRO DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES PARA PACIENTES CLÍNICOS E CIRÚRGICOS	605
135	IMPLANTAÇÃO DA SAE NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: DO SONHO À REALIDADE	610
136	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS COM A ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA NAS PRIMEIRAS 6 HORAS APÓS O EVNT0	615
137	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO EM UM HOSPITAL EM FLORIANO-PI	622
138	A INTERDISCIPLINARIDADE POTENCIALIZANDO O ENSINO-APRENDIZAGEM DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	626
139	ESTRATÉGIA EDUCATIVA SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM À LUZ DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS	630
140	PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS: ESTRATÉGIA DE ASSISTÊNCIA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE DIABÉTICO E HIPERTENSO	634
141	A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DO SEGUIMENTO DO PREMATURO	639
142	APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DE UM GRUPO DE EXERCÍCIO EM RACIOCÍNIO CLÍNICO PARA SUPORTE A ELABORAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ENFERMAGEM: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DO CÂNCER II/INCA	643
143	PROPOSIÇÃO DE UM FLUXOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POR INICIANTE	647
144	NANDA, NOC, NIC E CIPE NA ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	652
145	O PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO A OPINIÃO DOS ENFERMEIROS DE UNIDADES DA REDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MA	658
146	REFLEXÕES E PERSPECTIVAS SOBRE O ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO EM UM CURSO DE ENFERMAGEM	661
147	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE): PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS	665
148	REFLEXÕES SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM: ÊNFASE NAS IMPLICAÇÕES DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO	668
149	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS A COMPONENTES E SISTEMAS COMPLEXOS DA TEORIA DE ROY EM PACIENTES CORONARIOPATAS NA HEMODINÂMICA	675
150	EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM MÉTODO PARA EFETIVAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	679

151	APLICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA TRIAGEM DE UM PRONTO SOCORRO: AGREGANDO QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	684
152	A CRIAÇÃO DA LIGA ACADÊMICA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (LASAE-EEAN): RELATO DE EXPERIÊNCIA	687
153	O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RELACIONADO AO PROCESSO DE ENSINO: UM ESTADO DA ARTE	692
154	ESCALA DE ACURÁCIA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: VERSÃO 2	696
155	ENSINO INTEGRATIVO DO EXAME FÍSICO COM O PROCESSO DE ENFERMAGEM: DESENVOLVENDO RACIOCÍNIO CRÍTICO NA GRADUAÇÃO	702
156	ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DE NOVATOS, INTERMEDIÁRIOS E FORMANDOS EM SITUAÇÕES DE ENSINO CLÍNICO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	705

### Gerenciamento, registro dos cuidados de Enfermagem

157	RISCO PARA TRAUMA VASCULAR EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	710
158	ESTRATÉGIAS FACILITADORAS NO PLANEJAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	714
159	AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	717
160	PROPOSTA DE INSTRUMENTOS PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO: AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	722
161	A INTERFACE DA SAE COM O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA INSTITUIÇÃO ONCOLÓGICA	727
162	REGISTRO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA CIRÚRGICA	730
163	A IMPLEMENTAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM INFORMATIZADO EM UMA INSTITUIÇÃO ONCOLÓGICA UM DESAFIO NA CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS	734
164	ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM: GERENCIAMENTO PARA APRENDIZADO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO	739
165	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INDICADORES DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO RISCO DE INFECÇÃO	743
166	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES ADULTOS QUE SOFRERAM QUEDAS DO LEITO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA REGIÃO SUL	747
167	A APLICABILIDADE DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO INSERIDAS NO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL INFORMATIZADO	752
168	PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NUM MUNICÍPIO DO SERTÃO DO MOXOTÓ- PE	757
169	DIRETRIZES E CONCEPÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM, BASEADO EM TERMINOLOGIA PADRONIZADA	762
170	VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID) PARA DOENÇAS ISQUÊMICAS DO MIOCÁRDIO EM PRONTO SOCORRO	766

### Sistemas de Informação e comunicação

171	CONSTRUÇÃO DE UMA TERMINOLOGIA ESPECÍFICA EM REABILITAÇÃO FÍSICA: BANCO DE TERMOS DO PACIENTE ADULTO	770
172	REVISÃO INTEGRATIVA CONTRIBUINDO PARA A (RE)CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FALTA DE ADESÃO.	774
173	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E SUA PRODUÇÃO CIENTÍFICA: UMA REVISÃO	779
174	CONSTRUÇÃO DE BANCO DE DADOS PARA A INFORMATIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA UTI	783
175	CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE EXPERTS EM ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS	787
176	BANCO DE TERMOS DA LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM	791

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

177	IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AUTOCONTROLE INEFICAZ DE SAÚDE NAS DOENÇAS CRÔNICAS: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	797
178	IDENTIFICAÇÃO DOS FOCOS DO PROCESSO CORPORAL DA CIPE® POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	800
179	ELABORAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO FOCO 'DOR' POR MEIO DA COMBINAÇÃO ENTRE TERMOS DA CIPE®	805
180	A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA SOBRE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	810
181	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA – A EXPERIÊNCIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM	815
182	CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO IMPRESSO PARA PASSAGEM DE PLANTÃO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	819
183	ANÁLISE DE TERMOS IDENTIFICADOS NOS REGISTROS DE ENFERMAGEM CONSIDERADOS NÃO CONSTANTES NA CIPE®	822
184	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS HOSPITALIZADOS COM INCAPACIDADE FUNCIONAL UTILIZANDO A CIPE®	826
185	SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM E SUA APLICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	830
186	PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA SOBRE A APLICABILIDADE DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	834
187	ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO INFORMATIZADO PARA AUXILIAR A IMPLANTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PRIVADO	838
188	A ATUAÇÃO DO GRUPO SAE NA IMPLANTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PRIVADO	845
189	CORRELAÇÃO DE PROTOCOLOS DE CUIDADO À SAÚDE E A CIPE®: CONSTRUÇÃO DE CATÁLOGO CIPE® - NOTA PRÉVIA	850
190	INFORMATIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - CIPE	854
191	EVIDÊNCIAS CLÍNICAS PARA REDUÇÃO DE TRAUMA VASCULAR EM PUNÇÕES DE VASOS	858
192	A CONSTRUÇÃO DA SAE INFORMATIZADA EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL CARDIOLÓGICO	864
193	DESENVOLVIMENTO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PARA À CONSULTA DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO	868

## ÍNDICE - POR TÍTULO

167	A APLICABILIDADE DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO INSERIDAS NO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL INFORMATIZADO	752
188	A ATUAÇÃO DO GRUPO SAE NA IMPLANTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PRIVADO	845
84	A COMISSÃO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER: HISTÓRIA DE UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA	381
192	A CONSTRUÇÃO DA SAE INFORMATIZADA EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL CARDIOLÓGICO	864
141	A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DO SEGUIMENTO DO PREMATURO	639
152	A CRIAÇÃO DA LIGA ACADÊMICA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (LASAE-EEAN): RELATO DE EXPERIÊNCIA	687
163	A IMPLEMENTAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM INFORMATIZADO EM UMA INSTITUIÇÃO ONCOLÓGICA UM DESAFIO NA CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS	734
138	A INTERDISCIPLINARIDADE POTENCIALIZANDO O ENSINO-APRENDIZAGEM DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	626
161	A INTERFACE DA SAE COM O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA INSTITUIÇÃO ONCOLÓGICA	727
180	A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA SOBRE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	810
117	A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE PORTADOR DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE	528
46	A UTILIZAÇÃO DE ESCALAS AVALIATIVAS E SUA CORRELAÇÃO COM OS RESULTADOS E OS INDICADORES DE ENFERMAGEM	214
24	AÇÕES DE ENFERMAGEM PRESCRITAS PARA PACIENTES INTERNADOS EM UMA UTI DE ADULTOS	121
156	ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DE NOVATOS, INTERMEDIÁRIOS E FORMANDOS EM SITUAÇÕES DE ENSINO CLÍNICO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	705
48	ACURÁCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS EM PACIENTES NO PÓS-OPERATORIO CARDÍACO	222
49	ACURÁCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ EM PACIENTES NO PÓS-OPERATORIO CARDÍACO	225
50	ACURÁCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM TROCA DE GASES PREJUDICADA EM PACIENTES NO PÓS-OPERATORIO CARDÍACO	228
32	ALTERAÇÕES NOS PARÂMETROS HEMODINÂMICOS NA IDENTIFICAÇÃO DE DOR AGUDA EM PACIENTES SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA	156
58	ANÁLISE DE FATORES RELACIONADOS E CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DE INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA EM PESSOAS COM ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE ENFERMAGEM	260
183	ANÁLISE DE TERMOS IDENTIFICADOS NOS REGISTROS DE ENFERMAGEM CONSIDERADOS NÃO CONSTANTES NA CIPE®	822
17	ANÁLISE DOS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS HOSPITALIZADOS SEGUNDO A TAXONOMIA II DA NANDA	89
130	APLICABILIDADE DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA ACADÊMICA	589
70	APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM À CLIENTE PORTADORA DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE CASO	316
125	APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM A UM CLIENTE PORTADOR DE TUMOR SEMINOMATOSO TESTICULAR: RELATO DE CASO	566
151	APLICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA TRIAGEM DE UM PRONTO SOCORRO: AGREGANDO QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	684

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

142	APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DE UM GRUPO DE EXERCÍCIO EM RACIOCÍNIO CLÍNICO PARA SUPORTE A ELABORAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ENFERMAGEM: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DO CÂNCER II/INCA	643
159	AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	717
127	ASPECTOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DA SAE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	576
45	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM DIAGNÓSTICO DE HIDROCEFALIA	211
52	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	235
122	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	552
43	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE PORTADOR DE TETRALOGIA DE FALLOT EM USO DE ECMO: UM ESTUDO DE CASO	202
7	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM XERODERMIA PIGMENTAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	43
14	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	74
75	ATIVIDADES NÃO REALIZADAS: ANÁLISE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AS INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS DA NIC PARA O PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ EM IDOSOS.	339
33	AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE EM IDOSOS: IMPLICAÇÕES DA MEMÓRIA PREJUDICADA NA ADESÃO AO REGIME TERAPEUTICO	160
132	AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO SOBRE SAE ENTRE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM COMO PROPOSTA PARA PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA SAE EM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB	597
124	AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA	562
29	AVALIAÇÃO DE PUÉRPERAS NA COMUNIDADE: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ENVOLVENDO O CONCEITO AMAMENTAÇÃO	142
113	AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO DE CUIDADORES INFORMAIS ATRAVÉS DA CLASSIFICAÇÃO NOC	510
176	BANCO DE TERMOS DA LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM	791
85	CARACTERÍSTICAS DAS ANORMALIDADES CUTÂNEAS DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE COMO SUBSÍDIO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	386
56	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DA CLASSE ATIVIDADE EXERCÍCIO EM PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	251
111	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E FATOR RELACIONADO À NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: INGESTÃO MAIOR QUE AS NECESSIDADES CORPÓRAIS EM GESTANTES DE MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA-CE	502
103	CARDIOVERSÃO ELÉTRICA - ASPECTOS DA ASSISTÊNCIA E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA	468
72	CARDIOVERSOR-DESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL: PRINCIPAIS DÚVIDAS DOS PACIENTES NO QUE SE REFERE AO AUTOCUIDADO APÓS IMPLANTE	326
36	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – UMA REVISÃO DE LITERATURA	173
22	COMBINAÇÃO ENTRE TERMOS DA CIPE® PARA COMPOR DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO FOCO PROCESSO DO APARELHO REPRODUTOR	110
110	COMPARATIVO DA IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA EM ADULTOS E IDOSOS	498
4	COMPORTAMENTO DESORGANIZADO DO BEBÊ: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	31

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

26	COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA E AVE – UM ESTUDO EXPLORATÓRIO.	130
38	CONSENSO DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS CONFORME A NANDA-NOC-NIC PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ATENDIDOS EM VISITA DOMICILIAR	182
174	CONSTRUÇÃO DE BANCO DE DADOS PARA A INFORMATIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA UTI	783
182	CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO IMPRESSO PARA PASSAGEM DE PLANTÃO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	819
171	CONSTRUÇÃO DE UMA TERMINOLOGIA ESPECÍFICA EM REABILITAÇÃO FÍSICA: BANCO DE TERMOS DO PACIENTE ADULTO	770
109	CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM 'RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA'	493
128	CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA: ENFOQUE NOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES	581
54	CONTRIBUIÇÕES DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	243
189	CORRELAÇÃO DE PROTOCOLOS DE CUIDADO À SAÚDE E A CIPE®: CONSTRUÇÃO DE CATÁLOGO CIPE® - NOTA PRÉVIA	850
175	CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE EXPERTS EM ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS	787
131	CUIDAR DE IDOSOS: REFLEXÕES NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	593
67	DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS PARA O RESULTADO DE ENFERMAGEM COMPORTAMENTO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS: VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS*	302
11	DEGENERAÇÃO ESPINOCEREBELAR E O CUIDADO DE ENFERMAGEM A UMA FAMÍLIA ESPECIAL	59
61	DEMANDA DE CUIDADOS INFANTIS: DESENVOLVIMENTO DE UMA PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PARA NANDA-I.	274
193	DESENVOLVIMENTO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PARA À CONSULTA DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO	868
116	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE MOBILIDADE COMPROMETIDA EM CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	524
86	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ANSIEDADE NA HEMODIÁLISE E O USO DE FLORAIS DE BACH	391
91	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL ASSOCIADO AO ESTILO DE VIDA.	416
53	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E SUA IMPORTÂNCIA NO CUIDADO DOS ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL	239
94	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE QUEDA: FERRAMENTA FACILITADORA NA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE QUEDA	430
64	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: FERRAMENTA IMPORTANTE PARA CONDUZIR O CUIDADO.	287
18	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO SUBMETIDO A AUTOCATETERISMO VESICAL INTERMINENTE: UM ESTUDO DE CASO	95
149	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS A COMPONENTES E SISTEMAS COMPLEXOS DA TEORIA DE ROY EM PACIENTES CORONARIOPATAS NA HEMODINÂMICA	675
44	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES COM LEUCEMIA: UM ESTUDO NO HOSPITAL OPHIR LOYOLA	207
30	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES EM PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA	146

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

59	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	264
37	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES EM RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO DETERMINADO PELA ESCALA DE BRADEN	178
166	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES ADULTOS QUE SOFRERAM QUEDAS DO LEITO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA REGIÃO SUL	747
173	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E SUA PRODUÇÃO CIENTÍFICA: UMA REVISÃO	779
31	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS DOMICILIADOS NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB: PROPOSTA DE CATÁLOGO CIPE® - NOTA PRÉVIA	151
184	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS HOSPITALIZADOS COM INCAPACIDADE FUNCIONAL UTILIZANDO A CIPE®	826
123	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES EM HEMODIÁLISE	557
88	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM UMA SALA DE RECUPERAÇÃO CARDÍACA (SRC)	400
101	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MEMÓRIA PREJUDICADA E CONFUSÃO CRÔNICA - VALIDAÇÃO DIFERENCIAL	460
81	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA	369
93	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA ADOLESCENTE HOSPITALIZADO	425
1	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO	16
77	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM DOR ONCOLÓGICA UTILIZANDO A CIPE®	350
6	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À CLASSE ATIVIDADE/EXERCÍCIO EM CLIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	39
136	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS COM A ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA NAS PRIMEIRAS 6 HORAS APÓS O EVNTO	615
76	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM APLICÁVEIS AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS	343
20	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ATENÇÃO BÁSICA: REORGANIZAÇÃO DE UMA NÔMENCLATURA	102
9	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO USO DE ANTICOAGULANTES E ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS.	50
19	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: UM DESAFIO NA PREMATURIDADE	98
120	DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EM UMA UNIDADE CIRÚRGICA DE ONCOLOGIA MAMÁRIA: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.	543
78	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES HOSPITALIZADOS SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA	355
10	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA CRIANÇAS INTERNADAS EM UMA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL ESCOLA	54
121	DIFICULDADES DO PROCESSO DE PENSAMENTO ENVOLVIDO, NA DIFICULDADES DO PROCESSO DE PENSAMENTO ENVOLVIDO,NA APRENDIZAGEM DIAGNÓSTICA EM ENFERMAGEM: OLHAR METACOGNITIVO	547
169	DIRETRIZES E CONCEPÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM, BASEADO EM TERMINOLOGIA PADRONIZADA	762
150	EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM MÉTODO PARA EFETIVAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	679
179	ELABORAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO FOCO 'DOR' POR MEIO DA COMBINAÇÃO ENTRE TERMOS DA CIPE®	805
187	ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO INFORMATIZADO PARA AUXILIAR A IMPLANTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PRIVADO	838

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

155	ENSINO INTEGRATIVO DO EXAME FÍSICO COM O PROCESSO DE ENFERMAGEM: DESENVOLVENDO RACIOCÍNIO CRÍTICO NA GRADUAÇÃO	702
154	ESCALA DE ACURÁCIA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: VERSÃO 2	696
102	ESTADO NUTRICIONAL E SUA RELAÇÃO COM O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA	464
139	ESTRATÉGIA EDUCATIVA SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM À LUZ DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS	630
158	ESTRATÉGIAS FACILITADORAS NO PLANEJAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	714
164	ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM: GERENCIAMENTO PARA APRENDIZADO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO	739
107	ESTUDO ANALÍTICO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO EM ADULTOS E IDOSOS	485
191	EVIDÊNCIAS CLÍNICAS PARA REDUÇÃO DE TRAUMA VASCULAR EM PUNÇÕES DE VASOS	858
69	EXPECTATIVAS DOS ENFERMEIROS DA UTI ACERCA DA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	312
134	EXPERIÊNCIA DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE REGISTRO DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES PARA PACIENTES CLÍNICOS E CIRÚRGICOS	605
35	FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE ENTRE DIABÉTICOS SEGUNDO O SEXO	169
97	HEPATITE VIRAL: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.	443
74	IDENTIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENIR E TRATAR A DISREFLEXIA AUTONÔMICA	335
66	IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO DOMÍNIO ATIVIDADE/REPOUSO EM IDOSOS: ENFOQUE NA PREVENÇÃO	297
177	IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AUTOCONTROLE INEFICAZ DE SAÚDE NAS DOENÇAS CRÔNICAS: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	797
114	IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA INSTITUCIONALIZADOS	514
178	IDENTIFICAÇÃO DOS FOCOS DO PROCESSO CORPORAL DA CIPE® POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	800
82	IMPLANTAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COMO ELEMENTO DE QUALIFICAÇÃO NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	373
115	IMPLANTAÇÃO DA SAE EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – RELATO DE EXPERIENCIA	519
135	IMPLANTAÇÃO DA SAE NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: DO SONHO À REALIDADE	610
41	INDICADORES CLÍNICOS DOS FATORES RELACIONADOS DE “PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA (TÁTIL) NOS PÉS” DE PESSOAS COM DIABETES TIPO 2, EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL	193
190	INFORMATIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - CIPE	854
39	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM APLICADAS A IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA INSTITUCIONALIZADOS EM ALBERGUES PÚBLICOS	186
8	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS A PARTIR DE UMA REVISÃO DE LITERATURA	47
95	LEVANTAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM COMUNIDADE: UMA GERONTOLOGIA GERONTOLÓGICA	434
100	LEVANTAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DE MINAS GERAIS	456
144	NANDA, NOC, NIC E CIPE NA ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	652

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

16	NECESSIDADE DE SEGURANÇA E MEIO AMBIENTE: DESCRIÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PESSOAS COM HIV/AIDS EM UTI	84
92	NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA UMA CLÍNICA CIRÚRGICA	421
68	O CUIDADO À MÃE QUE AMAMENTA UTILIZANDO NANDA/NIC	307
153	O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RELACIONADO AO PROCESSO DE ENSINO: UM ESTADO DA ARTE	692
13	O EXAME FÍSICO: MÉTODOS DE ENSINO E ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM	69
57	O LIMITE ENTRE O PACIENTE ONCOLÓGICO CIRÚRGICO E O PLANEJAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PALIATIVOS	255
145	O PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO A OPINIÃO DOS ENFERMEIROS DE UNIDADES DA REDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MA	658
90	OS INDICADORES CLÍNICOS ENCONTRADOS NO TRABALHO DE PARTO E A SUA CONCORDÂNCIA COM OS FENÔMENOS DE ENFERMAGEM AGRUPADOS NO EIXO FOCO DA CIPE VERSÃO 1.0.	411
87	PERFIL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS INTERNADAS NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DO HULW/PB	395
42	PERFIL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS SUBMETIDAS À APENDICECTOMIA	198
129	PERFIL DOS PACIENTES ASSISTIDOS EM UMA UTI DE UM HOSPITAL PÚBLICO - SUBSÍDIOS PARA IMPLANTAÇÃO DA SAE	585
27	PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE GERIATRIA	134
40	PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO MULTIPROFISSIONAL PARA IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: UMA APROXIMAÇÃO ENFERMAGEM E SERVIÇO SOCIAL.	189
168	PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NUM MUNICÍPIO DO SERTÃO DO MOXOTÓ- PE	757
106	PREVALÊNCIA DE CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO E ASSOCIAÇÃO COM O ÍNDICE CARDÍACO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CANDIDATOS A TRANSPLANTE CARDÍACO	481
112	PREVALÊNCIA DE NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA:INGESTÃO MAIOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS EM GESTANTES DE MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA-CE	506
65	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS SUBMETIDOS À FOTOTERAPIA	292
15	PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO A UM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	79
108	PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO A LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO DE RESIDENTES	488
119	PROCESSO DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE POA/RS	536
79	PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CASA DE SAÚDE SÃO MIGUEL EM CRATO-CEARÁ-BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	360
21	PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS	106
186	PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA SOBRE A APLICABILIDADE DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	834
143	PROPOSIÇÃO DE UM FLUXOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POR INICIANTE	647
160	PROPOSTA DE INSTRUMENTOS PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO: AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	722

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

71	PROPOSTA DE PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE RISCO PERFUSÃO TISSULAR CARDÍACO INEFICAZ	321
105	PROTEÇÃO INEFICAZ RELACIONADA COM HEPARINIZAÇÃO ENDOVENOSA: CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	476
140	PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS: ESTRATÉGIA DE ASSISTÊNCIA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE DIABÉTICO E HIPERTENSO	634
47	QUALIDADE NO CUIDAR: ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA DE ENFERMAGEM NA UTI, UMA REVISÃO INTEGRATIVA	218
146	REFLEXÕES E PERSPECTIVAS SOBRE O ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO EM UM CURSO DE ENFERMAGEM	661
148	REFLEXÕES SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM: ÊNFASE NAS IMPLICAÇÕES DA IMPLIMENTAÇÃO DO PROCESSO	668
162	REGISTRO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA CIRÚRGICA	730
12	REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE IDOSOS COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	64
172	REVISÃO INTEGRATIVA CONTRIBUINDO PARA A (RE)CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FALTA DE ADESÃO.	774
55	RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA EM PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	247
34	RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	164
157	RISCO PARA TRAUMA VASCULAR EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	710
133	SABERES DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SOBRE A PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: RESULTADOS PRELIMINARES	601
83	SENTIMENTOS DE CRIANÇAS DE UMA INSTITUIÇÃO SÓCIO-EDUCATIVA COM O USO DA PRECE: ELEMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA ESPIRITUALIDADE	377
185	SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM E SUA APLICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	830
147	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE): PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS	665
73	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A ADOLESCENTE HOSPITALIZADO: ESTUDO DE CASO	330
89	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM RN PORTADOR DE SÍNDROME DE MOEBIUS UTILIZANDO A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.	405
96	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UM ESTUDO DE CASO.	438
63	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	283
62	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APLICADA AO CLIENTE SUBMETIDO À INTERVENÇÕES HEMODINÂMICAS	278
5	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO ASPECTO ESSENCIAL DA PROFISSÃO: UMA REVISÃO DA LITERATURA	35
51	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTE COM TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	231
99	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS NO IDOSO SUBMETIDO À ANGIOPLASTIA	452
3	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL	25
126	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU: IMPLICAÇÕES DECORRENTES DO CONHECIMENTO PRODUZIDO.	571

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

181	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA – A EXPERIÊNCIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM	815
2	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: CARACTERÍSTICAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA ANTES E DEPOIS DA RESOLUÇÃO COFEN 272/2002	21
118	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DESAFIOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ASSISTENCIAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA	532
60	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PROPOSTA PARA PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DE PACIENTES EM UM CENTRO CIRÚRGICO DE BELO HORIZONTE	269
137	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO EM UM HOSPITAL EM FLORIANO-PI	622
98	SONO, REPOUSO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NUM HOSPITAL GERAL: VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS	447
28	TAXONOMIA II DA NANDA-I NA AVALIAÇÃO DO PERÍODO PÓS-PARTO NO CONTEXTO DOMICILIAR	138
25	TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR DE PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	126
80	TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR: OCORRÊNCIA EM FAMILIARES DE PESSOAS HOSPITALIZADAS PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS	364
165	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INDICADORES DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO RISCO DE INFECÇÃO	743
170	VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID) PARA DOENÇAS ISQUÊMICAS DO MIOCÁRDIO EM PRONTO SOCORRO	766
23	VALIDAÇÃO NA LITERATURA DE RELACIONAMENTOS ENTRE TERMOS DA CIPE® 2.0 PARA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AOS FOCOS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO	116
104	VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO PULMONAR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA ATUAÇÃO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA	472

## ÍNDICE - POR AUTORES

ABREU, M.A.: 108 (pg.488)  
ABRÃO, F. M.: 96 (pg.438) 97 (pg.443)  
ABRÃO, M. F.: 118 (pg.532)  
ADAMY, E.K.: 62 (pg.278) 63 (pg.283)  
AGUEDA, MRZC.: 123 (pg.557)  
AGUIAR, A. S. C.: 128 (pg.581)  
AGUIAR, A.S.C.: 175 (pg.787)  
ALBUQUERQUE, L. M.: 20 (pg.102) 21 (pg.106)  
ALCÂNTARA, L. F. F. L.: 163 (pg.734)  
ALCÂNTARA, L.F.F.L.: 161 (pg.727)  
ALCÂNTARA, L.F.F.L. DE: 158 (pg.714)  
ALMEIDA: 61 (pg.274)  
ALMEIDA, L. S.: 128 (pg.581)  
ALMEIDA, M. A.: 154 (pg.696) 186 (pg.834)  
ALMEIDA, M.A.: 37 (pg.178) 165 (pg.743) 166 (pg.747)  
ALMEIDA, O. A. E.: 146 (pg.661)  
ALMEIDA, P. C.: 149 (pg.675)  
ALMEIDA, V. DE C. F.: 79 (pg.360)  
ALVES, E. R. P.: 117 (pg.528)  
ALVES, E. R. P.: 96 (pg.438) 97 (pg.443)  
ALVES, F.E.C.: 56 (pg.251)  
ALVES, R. P. A.: 118 (pg.532)  
ALVES, V. L. S.: 159 (pg.717)  
AMARAL, G.P.: 182 (pg.819)  
ANDRADE, A.M.: 98 (pg.447) 157 (pg.710)  
ANDRADE, K.R.P.: 74 (pg.335) 171 (pg.770)  
ANDRADE, L.T.: 74 (pg.335) 171 (pg.770)  
ANDRADE, L.Z.C.: 7 (pg.43)  
ANDRADE, T.C.B.: 28 (pg.138)  
ANDRÉ, R. R.: 164 (pg.739)  
ANTUNES, M. A.: 116 (pg.524) 152 (pg.687) 153 (pg.692)  
APARECIDA, M. T.: 129 (pg.585)  
APPOLONI, A.H.: 144 (pg.652)  
ARAGÃO, J. M. N.: 27 (pg.134)  
ARAUJO, M.A.: 53 (pg.239)  
ARAUJO, N. F.: 127 (pg.576)  
ARAUJO, T. L.: 34 (pg.164) 172 (pg.774)  
ARAUJO, T.L.: 6 (pg.39) 26 (pg.130) 55 (pg.247) 56 (pg.251) 67 (pg.302)  
ARA[UJO, F. A.: 17 (pg.89)  
ARAÚJO, A. A. D.: 130 (pg.589)  
ARAÚJO, E. A. G.: 138 (pg.626) 181 (pg.815)  
ARAÚJO, E.G.: 74 (pg.335) 171 (pg.770)

ARAÚJO, E.I.: 53 (pg.239)  
ARAÚJO, J.H.V.: 60 (pg.269)  
ARAÚJO, M.F.M.: 35 (pg.169)  
ARAÚJO, R. A.: 117 (pg.528)  
ARAÚJO, R. A.: 96 (pg.438)  
ARAÚJO, R.P.S.: 168 (pg.757)  
ARAÚJO, T. L.: 8 (pg.47)  
ARAÚJO, T.M.: 35 (pg.169)  
ARIAS, V.: 64 (pg.287)  
ARREGUY-SENA, C: 191 (pg.858)  
ARREGUY-SENA, C.: 98 (pg.447) 100 (pg.456) 157 (pg.710)  
ASSIS, A. P.: 142 (pg.643) 143 (pg.647)  
ASSIS,F.E.B: 43 (pg.202) 65 (pg.292)  
ATAIDE, M. F: 117 (pg.528)  
AYOUB, A.C.: 71 (pg.321) 72 (pg.326) 76 (pg.343) 103 (pg.468) 104 (pg.472)  
AYOUB,A.C.: 105 (pg.476)  
AZEVEDO, S. L. DE: 155 (pg.702)  
AZEVEDO, S.L. : 140 (pg.634)  
AZEVEDO, SUELY LOPES DE: 90 (pg.411) 91 (pg.416)  
AZZOLIN, A.: 186 (pg.834)  
AZZOLIN, G. M. C.: 64 (pg.287) 164 (pg.739)  
AZZOLIN, K.: 38 (pg.182)  
BACHI, S. M.: 3 (pg.25)  
BACHION M M: 80 (pg.364)  
BACHION, M. M.: 41 (pg.193) 58 (pg.260)  
BACHION, M.M.: 28 (pg.138) 29 (pg.142) 66 (pg.297) 75 (pg.339)  
BALDIN, S. M.: 16 (pg.84)  
BALDIN, S.M.: 174 (pg.783)  
BARATA, J.M.L.: 54 (pg.243)  
BARBOSA, I.M.: 53 (pg.239)  
BARBOSA, L. M. S.: 138 (pg.626) 181 (pg.815)  
BARBOSA, V. B.: 138 (pg.626) 181 (pg.815)  
BARBOSA, V. Q.: 9 (pg.50)  
BARRETO, D. G.: 27 (pg.134)  
BARROS, A. C.: 9 (pg.50)  
BARROS, M.E.S: 87 (pg.395)  
BARROS, R. S.: 137 (pg.622)  
BATISTA, S.A.: 94 (pg.430)  
BAVARESCO, T.: 82 (pg.373) 83 (pg.377) 85 (pg.386) 86 (pg.391)  
BELMONT, J. C.: 3 (pg.25)  
BELTRÃO, B. A.: 172 (pg.774)  
BELTRÃO, B.A: 26 (pg.130)  
BISETTO, L.H.L.: 1 (pg.16) 2 (pg.21)  
BITENCOURT, G. R.: 18 (pg.95) 32 (pg.156) 33 (pg.160) 95 (pg.434) 107 (pg.485) 177 (pg.797)

BITENCOURT, G.R.: 99 (pg.452)  
BITTENCOURT, G.R.: 57 (pg.255)  
BOCCANERA, N. B: 115 (pg.519)  
BOERY, R. N. S. DE O.: 68 (pg.307)  
BOLZAN, M.F.: 167 (pg.752)  
BONOTTO, C. G.: 164 (pg.739)  
BORBA, M. M. S. C.: 142 (pg.643)  
BORBA, M.M.S.C.: 84 (pg.381)  
BORDINHAO, R.C: 108 (pg.488) 108 (pg.488)  
BORDINHÃO, R. C.: 119 (pg.536) 119 (pg.536)  
BORGES, K.S.: 157 (pg.710)  
BORGES, M. M: 115 (pg.519)  
BORGES, R. F.: 119 (pg.536)  
BRAGA, F. F. S: 145 (pg.658)  
BRANDÃO, E. C.: 51 (pg.231)  
BRANDÃO, M. A. G.: 143 (pg.647) 152 (pg.687) 153 (pg.692)  
BRANDÃO, M.A.G.: 106 (pg.481) 169 (pg.762)  
BRANDÃO, MARCOS ANTONIO GOMES: 121 (pg.547)  
BRASILEIRO, J. O.: 137 (pg.622)  
BRIGO, L.: 134 (pg.605)  
BRITO, C.K.: 52 (pg.235)  
BROCARD, D.: 62 (pg.278)  
BRONDANI. A.M.: 23 (pg.116)  
BRUNO, M.L.M.: 182 (pg.819)  
BUB, M. B. C.: 174 (pg.783)  
BUB, M.B.C.: 16 (pg.84)  
CABRAL, I.E.: 116 (pg.524)  
CAETANO, J.A.: 162 (pg.730)  
CAIXETA, L. R.: 124 (pg.562)  
CALDAS, M.C.R.G.: 158 (pg.714)  
CALIXTO, T. F.: 164 (pg.739)  
CALVO, R. S.: 21 (pg.106)  
CAMPOS, F. A. A. C: 130 (pg.589)  
CAPELO, P.: 187 (pg.838)  
CAPELO, P. J.: 188 (pg.845)  
CARDILLO, G. C.: 164 (pg.739)  
CARDOSO, M. V. L. M. L.: 8 (pg.47) 128 (pg.581)  
CARDOSO, M.V.L.M.L.: 4 (pg.31)  
CARNEIRO, M. S.: 150 (pg.679)  
CARROCINI, R.L.G: 151 (pg.684)  
CARVALHO, A. S.: 95 (pg.434)  
CARVALHO, A.S.: 33 (pg.160)  
CARVALHO, C.M.G.: 178 (pg.800)  
CARVALHO, E.C.: 175 (pg.787)

CARVALHO, I. S.: 160 (pg.722)  
CARVALHO, J. A.: 18 (pg.95)  
CARVALHO, M. W. A.: 78 (pg.355)  
CARVALHO, M.W.A.: 77 (pg.350)  
CARVALHO, V.P.S.: 168 (pg.757)  
CAVALCANTE, A. C: 43 (pg.202)  
CAVALCANTE, A.M.R.Z.: 29 (pg.142) 75 (pg.339)  
CAVALCANTE, D.S.: 27 (pg.134)  
CAVALCANTE, E.S.: 173 (pg.779)  
CAVALCANTE, T.F.: 6 (pg.39) 55 (pg.247) 56 (pg.251)  
CERETTA, R. S. R.: 133 (pg.601)  
CERQUEIRA, F.A.: 169 (pg.762)  
CHAGAS, M. S.: 114 (pg.514)  
CHAGAS, M.S.: 39 (pg.186) 40 (pg.189) 113 (pg.510)  
CHAVES, D. B. R.: 172 (pg.774)  
CHAVES, D.B.R.: 25 (pg.126) 26 (pg.130)  
CHIANCA: 24 (pg.121)  
CHIANCA, T.C.M.: 59 (pg.264) 60 (pg.269) 74 (pg.335) 171 (pg.770)  
CLEMENTE, R. P. D. S.: 163 (pg.734)  
COELHO, F. M.: 32 (pg.156)  
COELHO, M. E. A. A.: 79 (pg.360)  
COELHO, P.C: 81 (pg.369)  
COLLET, N.: 11 (pg.59) 73 (pg.330) 141 (pg.639)  
CONCEIÇÃO, A.P.: 76 (pg.343)  
CORRÊA, NATALIA DA SILVA: 90 (pg.411)  
COSSA, R. M. V.: 186 (pg.834)  
COSTA, A. G. S.: 8 (pg.47) 34 (pg.164)  
COSTA, A. M.: 97 (pg.443)  
COSTA, A.G.S.: 6 (pg.39) 26 (pg.130) 55 (pg.247) 56 (pg.251)  
COSTA, E. C. R.: 36 (pg.173)  
COSTA, F. B. C.: 172 (pg.774)  
COSTA, F.F.: 2 (pg.21)  
COSTA, L. L.: 15 (pg.79)  
COSTA, S.G.R.F.: 166 (pg.747)  
COUTO, D.L.: 54 (pg.243)  
CRESPO, N. C. T.: 113 (pg.510)  
CRESPO, N.C.T.: 39 (pg.186) 40 (pg.189) 114 (pg.514)  
CROSSETT, M. G. O.: 186 (pg.834)  
CRUZ, D. A. L. M.: 154 (pg.696)  
CUBAS, M. R.: 20 (pg.102) 36 (pg.173)  
CUBAS, M.R: 179 (pg.805)  
CUBAS, M.R.: 1 (pg.16) 22 (pg.110) 23 (pg.116) 178 (pg.800)  
CUSTÓDIO, I.L.: 5 (pg.35)  
DAMASCENO, A.K.C: 111 (pg.502)

DAMASCENO, M.M.C.: 35 (pg.169)  
DAMASCENO, S.S.: 11 (pg.59)  
DAVIM, R. M. B.: 173 (pg.779)  
DELPHINO, T. M.: 109 (pg.493) 110 (pg.498)  
DENIPOTE, A.G.M.: 22 (pg.110)  
DEUSELÂNDIA, S.: 123 (pg.557)  
DIAS, B.F.: 140 (pg.634)  
DIAS, R.S.: 145 (pg.658)  
DIAS, V.L.M.: 37 (pg.178) 166 (pg.747)  
DINIZ, A. C. V.: 17 (pg.89) 127 (pg.576)  
DODT,R.C.M: 65 (pg.292)  
DONADI, A.P.: 182 (pg.819)  
DUARTE, P.B.A.M.: 174 (pg.783)  
ELLEN MARTINS NORAT, E. M.: 78 (pg.355)  
ENEMBRECK, F.: 187 (pg.838)  
ENEMBRECK, F. S.: 188 (pg.845)  
ESTERCI, L.T.: 98 (pg.447)  
EVANGELISTA, D.R: 111 (pg.502) 112 (pg.506)  
FARIA FILHO, G. S: 124 (pg.562)  
FARIAS, A.M.N: 14 (pg.74)  
FARIAS, C.V.S: 14 (pg.74)  
FARIAS, F. D.: 132 (pg.597)  
FARIAS, L.M.R: 14 (pg.74)  
FAUSTINO, A.M.: 70 (pg.316) 125 (pg.566)  
FELIX, L.G: 30 (pg.146)  
FERNAMBARRE, R. R.: 132 (pg.597)  
FERNANDES, M. G. M.: 73 (pg.330) 184 (pg.826)  
FERNANDES, M. R.: 44 (pg.207)  
FERNANDES, V.A.: 94 (pg.430) 151 (pg.684)  
FERNANDES,V.A.: 170 (pg.766)  
FERREIRA, A.C.C.: 135 (pg.610)  
FERREIRA, D. N.: 129 (pg.585)  
FERREIRA, E. S.: 44 (pg.207) 150 (pg.679)  
FERREIRA, L. C.: 132 (pg.597)  
FILHA,M.J.M: 43 (pg.202)  
FLORENCIO, T.F.: 180 (pg.810)  
FONSECA, E.: 144 (pg.652)  
FONTENELE, F.C.: 175 (pg.787)  
FRANÇA, I. S. X.: 131 (pg.593)  
FREITAS, M. C.: 149 (pg.675)  
FREITAS, R.W.J.F.: 35 (pg.169)  
FRIEDRICH, N.: 94 (pg.430)  
FRIEDRICH,N.: 170 (pg.766)  
FROSSARD, J.M: 99 (pg.452)

FUGAÇA, N. A. P.: 188 (pg.845)  
FULY, P.C.: 9 (pg.50)  
FUNGHETTO, S. S.: 12 (pg.64)  
FURUYA, R. K.: 185 (pg.830)  
FÉLIX, L. G.: 132 (pg.597)  
GALVAO, M.T.G: 162 (pg.730)  
GANZNER,C. H.: 88 (pg.400)  
GARBUIO, D.C.: 144 (pg.652)  
GARCIA, T. R.: 176 (pg.791) 183 (pg.822)  
GARCIA, T.R.: 77 (pg.350)  
GASTALDI, A. B.: 185 (pg.830)  
GENTILLE, A.C.: 57 (pg.255)  
GOMES, A. L. M.: 152 (pg.687) 153 (pg.692)  
GOMES, A.F.: 182 (pg.819)  
GOMES, A.L.M.: 116 (pg.524)  
GOMES, I. P.: 73 (pg.330) 141 (pg.639)  
GOMES, I.S: 148 (pg.668)  
GOMES, K. F.: 79 (pg.360)  
GOMES, L. O. S.: 68 (pg.307)  
GOMES, L.O.S.: 69 (pg.312)  
GOMES,R.L.N: 65 (pg.292)  
GONÇALVES F F: 81 (pg.369)  
GONÇALVES, C.F.G.: 168 (pg.757)  
GUBERT, F. A.: 52 (pg.235)  
GUEDES, E. S.: 154 (pg.696)  
GUEDES, H.M.: 66 (pg.297)  
GUEDES, N.G.: 55 (pg.247)  
GUIMARAES, T.C.F.: 106 (pg.481)  
GUIMARÃES, A. F.: 160 (pg.722)  
HEMESATH, M.P.: 166 (pg.747)  
HILDEBRAND, C. R.: 21 (pg.106)  
IUNG: 61 (pg.274)  
JACOB, L.M.S: 162 (pg.730)  
JANUÁRIO, L. H.: 190 (pg.854)  
JANUÁRIO, M. L. C.: 190 (pg.854)  
JESUS, C.A.C.: 70 (pg.316) 125 (pg.566)  
JOVENTINO, E.S.: 175 (pg.787)  
JOVENTINO,E.S: 65 (pg.292)  
JUCHEM, B. C.: 186 (pg.834)  
KAMADA, I.: 70 (pg.316) 125 (pg.566)  
KLASSEN, M.V.O.: 71 (pg.321) 103 (pg.468) 104 (pg.472) 105 (pg.476)  
KOBAYASHI, R.M.: 76 (pg.343)  
KRAUZER, I.M.: 62 (pg.278)  
LACERDA, R. P.: 131 (pg.593)

LASTA, N.S.: 94 (pg.430) 151 (pg.684)  
LEAL, S.V: 169 (pg.762)  
LEANDRO, T. A.: 34 (pg.164)  
LEITE, E.C.: 85 (pg.386)  
LEITE, M. A. R.: 13 (pg.69)  
LESSA, Q.C.S.S: 99 (pg.452)  
LIMA DE SOUZA, G. L.: 184 (pg.826)  
LIMA DE SOUZA, G.L.: 183 (pg.822)  
LIMA, A. I. F.: 122 (pg.552)  
LIMA, D.M.: 9 (pg.50)  
LIMA, F.E.T.: 4 (pg.31) 5 (pg.35)  
LIMA, L. R.: 12 (pg.64) 124 (pg.562)  
LIMA, M. G.: 15 (pg.79)  
LIMA, R.E.: 140 (pg.634)  
LIMA, V. N.: 146 (pg.661)  
LIMA,M.D.A: 42 (pg.198)  
LINS, DAIANA CASTOR: 91 (pg.416)  
LINS, G. A. I.: 189 (pg.850)  
LIRA, A.L.B.C.: 139 (pg.630)  
LOIOLA, A.M.F.: 182 (pg.819)  
LONGUINIÈRE, A.C.F.: 69 (pg.312)  
LOPES, A.C.C.S.: 84 (pg.381)  
LOPES, C.F.: 120 (pg.543)  
LOPES, E. C. S.: 18 (pg.95)  
LOPES, M. V. O.: 149 (pg.675)  
LOPES, M.L.H: 145 (pg.658)  
LOPES, M.V.O: 112 (pg.506)  
LOPES, M.V.O.: 25 (pg.126) 67 (pg.302) 139 (pg.630)  
LOPES, MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA: 50 (pg.228)  
LOPES, MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA: 49 (pg.225)  
LOPES, MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA4: 48 (pg.222)  
LOPES, V. Y. B.: 45 (pg.211)  
LOUREIRO, L. S. N.: 184 (pg.826)  
LUCENA: 61 (pg.274)  
LUCENA, A. DE F.: 38 (pg.182)  
LUCENA, A.F.: 37 (pg.178) 82 (pg.373) 83 (pg.377) 165 (pg.743)  
LUCIANO, RL.: 123 (pg.557)  
LUDOVICO, A.S.G.: 32 (pg.156)  
LUZ, M. H. B. A.: 51 (pg.231)  
LUZ, M.H.B: 148 (pg.668)  
LÉLIS, A. L. P. A.: 128 (pg.581)  
MACEDO, V.P.: 163 (pg.734)  
MACHADO, P.: 135 (pg.610)  
MACIEL, R.O.: 135 (pg.610)

MACÊDO, A. L. DE S.: 79 (pg.360)  
MAESTRI, E.: 63 (pg.283)  
MAGALHÃES, E. M.: 95 (pg.434)  
MAGALHÃES, E.M.: 33 (pg.160)  
MAGALHÃES, F.J.: 4 (pg.31) 7 (pg.43)  
MALAQUIAS, S. G.: 58 (pg.260)  
MALUCELLI, A.: 22 (pg.110) 179 (pg.805)  
MANZI, N.M.: 70 (pg.316)  
MARCELINO, C.A.G.: 76 (pg.343)  
MARINA, MS: 123 (pg.557)  
MARINHO, C. M. S.: 160 (pg.722)  
MARINHO, N.B.P.: 35 (pg.169)  
MARQUES, D. K. A. NOBREGA, M, M. L. SILVA, K. L.: 93 (pg.425)  
MARQUES, K.B.: 162 (pg.730)  
MARQUES, R.: 135 (pg.610)  
MARQUES, S. F.: 79 (pg.360)  
MARTINS, I. S. N.: 17 (pg.89) 127 (pg.576)  
MARTINS, J.J.: 63 (pg.283)  
MARTINS, M. A.: 58 (pg.260)  
MARTINS, O.S.: 28 (pg.138)  
MARTINS, S. K.: 20 (pg.102)  
MATOS, F. G. O. A.: 154 (pg.696)  
MATOS, L.N.: 106 (pg.481)  
MATTEI, F. D.: 36 (pg.173)  
MATTEI, F.D.: 179 (pg.805)  
MEDEIROS, A. C. T.: 31 (pg.151) 176 (pg.791) 183 (pg.822) 184 (pg.826)  
MEDEIROS, F. A. L.: 131 (pg.593) 132 (pg.597)  
MEDEIROS, R. L.: 17 (pg.89)  
MEDEIROS, R. L. M.: 127 (pg.576)  
MEDEIROS, R.H.: 82 (pg.373) 83 (pg.377) 85 (pg.386) 86 (pg.391)  
MELLO, L.C.: 144 (pg.652)  
MELO, B.M.S: 89 (pg.405) 148 (pg.668)  
MELO, R. P.: 6 (pg.39) 122 (pg.552)  
MELO, R.P.: 7 (pg.43) 175 (pg.787)  
MENEZES, I. C. D.: 17 (pg.89) 127 (pg.576)  
MENEZES, L.R.: 53 (pg.239)  
MENEZES, M.F.B.: 46 (pg.214) 161 (pg.727)  
MENNA BARRETO, L.N.: 165 (pg.743)  
MERCAS, C.A.M.F.: 46 (pg.214)  
MILHOMEM, A. C. M.: 41 (pg.193)  
MIRANDA, G. C. O.: 95 (pg.434)  
MIRANDA, G.C.O.: 33 (pg.160)  
MOMBACH, C.B.: 2 (pg.21)  
MONTEFUSCO, S R A: 80 (pg.364)

MONTEFUSCO, S. R. A: 115 (pg.519)  
MONTEFUSCO, S.R.A: 81 (pg.369)  
MONTEIRO, A.C.L.: 104 (pg.472) 105 (pg.476) 192 (pg.864)  
MONTEIRO, A.C.L.M.: 103 (pg.468)  
MONTEIRO, C.F.S: 89 (pg.405) 148 (pg.668)  
MONTEIRO, D.R.: 166 (pg.747)  
MONTEIRO, F. P. M.: 34 (pg.164) 35 (pg.169)  
MONTEIRO, F.P.M: 42 (pg.198)  
MONTEIRO, F.P.M.: 7 (pg.43)  
MONTEIRO, S.N.C.: 47 (pg.218)  
MONTEIRO,A.C.L.: 71 (pg.321) 72 (pg.326)  
MONTEIRO,F.P.M: 43 (pg.202)  
MORAIS, H. C. C.: 34 (pg.164)  
MOREIRA, E. C. S. G.: 155 (pg.702)  
MOREIRA, E.C.G.: 177 (pg.797)  
MOREIRA, E.C.S.G.: 99 (pg.452)  
MOREIRA, M. C.: 126 (pg.571)  
MOREIRA, R.P.: 6 (pg.39) 55 (pg.247) 56 (pg.251) 175 (pg.787)  
MORENO, F. N.: 36 (pg.173)  
MOTA, G. M.: 173 (pg.779)  
MOTA, R. F.: 113 (pg.510)  
MOTA, R.F.: 39 (pg.186) 114 (pg.514)  
MOURA, E.R.F: 111 (pg.502) 112 (pg.506)  
MOURA, G.N.: 52 (pg.235)  
MOURA, H.N.: 52 (pg.235) 53 (pg.239)  
MUSIHEL, D.A.O.: 178 (pg.800)  
MUSSI, C.: 38 (pg.182)  
NAKATANI, A.Y.K.: 66 (pg.297) 75 (pg.339)  
NAPOLEÃO, A.A.: 144 (pg.652)  
NASCIMENTO, D. M.: 78 (pg.355)  
NASCIMENTO, E.R.P.: 63 (pg.283)  
NASCIMENTO, R. V.: 48 (pg.222)  
NASCIMENTO, RANIELLY VIDAL DO: 49 (pg.225) 50 (pg.228)  
NETTO, V. B. P.: 36 (pg.173)  
NEVES, F.S: 116 (pg.524)  
NEVES, C. R.: 109 (pg.493) 110 (pg.498)  
NEVES, C.R.: 102 (pg.464)  
NEVES, F. M.: 21 (pg.106)  
NEVES, F. S.: 152 (pg.687) 153 (pg.692)  
NOBRE, A. M .D.: 127 (pg.576)  
NOBRE, A. M. D.: 17 (pg.89)  
NOBREGA, M.M.L.: 11 (pg.59)  
NOGUEIRA, P. R. R.: 119 (pg.536)  
NOGUÊS, D. L. B.: 193 (pg.868)

NOMURA, A.T.G.: 166 (pg.747)  
NORAT,E.M. NOBREGA.M.M.L: 92 (pg.421)  
NUNES, C. A. B.: 58 (pg.260)  
NUNES, D.P.: 66 (pg.297) 75 (pg.339)  
NUNES, M.G.S: 167 (pg.752)  
NUNES, P. S.: 75 (pg.339)  
NÓBREGA, M. M. L.: 31 (pg.151) 73 (pg.330) 78 (pg.355) 176 (pg.791) 183 (pg.822) 184 (pg.826)  
NÓBREGA, M. M. L. DA: 189 (pg.850)  
NÓBREGA, M.M.L: 87 (pg.395)  
NÓBREGA, M.M.L.: 77 (pg.350)  
NÓBREGA, M.M.L. DA: 10 (pg.54)  
NÓBREGA, R.V.: 10 (pg.54)  
OLIVEIRA: 61 (pg.274)  
OLIVEIRA, A. R. S.: 34 (pg.164)  
OLIVEIRA, A.C.F: 167 (pg.752)  
OLIVEIRA, A.R.: 55 (pg.247)  
OLIVEIRA, A.R.S.: 6 (pg.39) 25 (pg.126) 26 (pg.130) 56 (pg.251)  
OLIVEIRA, B. R. G.: 141 (pg.639)  
OLIVEIRA, C. B. F.: 146 (pg.661)  
OLIVEIRA, C. J.: 172 (pg.774)  
OLIVEIRA, C. M. S.: 137 (pg.622)  
OLIVEIRA, D.V.R.: 71 (pg.321) 72 (pg.326) 103 (pg.468) 104 (pg.472) 105 (pg.476)  
OLIVEIRA, E. T. O: 117 (pg.528)  
OLIVEIRA, G.B.: 28 (pg.138)  
OLIVEIRA, K. K. D.: 15 (pg.79)  
OLIVEIRA, L.S.: 69 (pg.312)  
OLIVEIRA, M.F.: 149 (pg.675)  
OLIVEIRA, R. C: 117 (pg.528) 118 (pg.532)  
OLIVEIRA, S S: 81 (pg.369)  
OLIVEIRA, S.K.P. DE: 5 (pg.35)  
OLIVEIRA, S.X.: 173 (pg.779)  
OLIVEIRA, T.F.: 25 (pg.126)  
OLIVEIRA. D. F.: 12 (pg.64)  
PAGANINI, A.: 186 (pg.834)  
PAIVA, PRISCILLA BARBOZA: 90 (pg.411) 91 (pg.416)  
PAIVA, S.S.: 162 (pg.730)  
PARODE, V.P.: 83 (pg.377) 86 (pg.391)  
PASCOAL, L. M.: 8 (pg.47)  
PATRICIO, G.M.: 47 (pg.218)  
PAULA, C.L: 167 (pg.752)  
PAZINI, L.: 187 (pg.838) 188 (pg.845)  
PEDROSO, M.: 88 (pg.400)  
PEIXOTO, M.S.P.: 103 (pg.468) 104 (pg.472) 192 (pg.864)  
PEIXOTO, MAURICIO ABREU PINTO: 121 (pg.547)

PEIXOTO, RITA DE CÁSSIA BATISTA DE OLIVEIRA; SANTA: 147 (pg.665)

PEIXOTO, M.S.P.: 71 (pg.321) 72 (pg.326) 105 (pg.476)

PENA, B. S.: 114 (pg.514)

PENA, B.S.: 39 (pg.186) 40 (pg.189) 113 (pg.510)

PEREIRA, A. R. R.: 122 (pg.552)

PEREIRA, J.C.: 100 (pg.456)

PEREIRA, L. V.: 58 (pg.260)

PEREIRA, P. C.: 113 (pg.510)

PEREIRA, P.C.: 40 (pg.189) 114 (pg.514)

PEREIRA, S. K.: 109 (pg.493) 110 (pg.498)

PEREIRA, S.K.: 156 (pg.705)

PERKINS, R: 84 (pg.381)

PERUZZO, A. B.: 88 (pg.400)

PERUZZO, S.: 193 (pg.868)

PINA, A. P. L.: 152 (pg.687) 153 (pg.692)

PINHEIRO, P.N.C.: 52 (pg.235) 53 (pg.239)

PINTO, A.S.: 178 (pg.800)

PONCE DE LEON, C. G. R. M.: 19 (pg.98)

PREDEBON: 61 (pg.274)

PREDEBON, C. M.: 154 (pg.696)

QUEIROZ, A.P.O.: 5 (pg.35)

RABELO, A. C. S.: 149 (pg.675)

RABELO, E. R.: 38 (pg.182) 154 (pg.696)

REAL, R.P.V.: 45 (pg.211)

REIS, P.E.D.: 125 (pg.566)

REIS, P.E.D.: 70 (pg.316)

RIBEIRO, I.B.: 120 (pg.543) 135 (pg.610)

RIBEIRO, R: 160 (pg.722)

RIBEIRO, S.B: 43 (pg.202)

RIBEIRO, V. M.: 68 (pg.307)

RIBEIRO, S.B: 42 (pg.198)

ROCHA, C. P.: 45 (pg.211)

ROCHA, I. C.: 146 (pg.661)

ROCHA, K.M.F: 65 (pg.292)

RODRIGUES, M.F.: 161 (pg.727)

RODRIGUES, R.C.: 25 (pg.126)

RODRIGUES, M. DE F.: 158 (pg.714)

ROLIM, K.M.C.: 4 (pg.31)

ROSSI, L. A.: 185 (pg.830)

RUSCHEL, K.: 38 (pg.182)

SABÓIA, V. M.: 155 (pg.702)

SACRAMENTO, G.: 151 (pg.684)

SACRAMENTO, G.: 170 (pg.766)

SALGADO: 24 (pg.121)

SALGADO, P.O: 60 (pg.269)  
SALGADO, P.O.: 59 (pg.264)  
SALLUM CALIL, AM: 136 (pg.615)  
SANCHES, M. M.: 141 (pg.639)  
SANTANA, M.T.: 47 (pg.218)  
SANTANA, R. F.: 95 (pg.434) 107 (pg.485) 109 (pg.493) 110 (pg.498) 113 (pg.510) 177 (pg.797)  
SANTANA, R.F.: 33 (pg.160) 39 (pg.186) 40 (pg.189) 57 (pg.255) 99 (pg.452) 101 (pg.460) 102 (pg.464) 114 (pg.514) 156 (pg.705)

SANTIAGO, L.C.: 180 (pg.810)  
SANTOS, A.M.G: 163 (pg.734)  
SANTOS, A.P.S.: 19 (pg.98)  
SANTOS, C.C.: 120 (pg.543)  
SANTOS, C.T.: 37 (pg.178) 82 (pg.373)  
SANTOS, F.A.S.: 99 (pg.452)  
SANTOS, M.G.: 57 (pg.255)  
SANTOS, P. R.: 12 (pg.64)  
SANTOS, S. V.: 58 (pg.260)  
SANTOS, T.L.O: 69 (pg.312)  
SANTOS,A.M.G: 46 (pg.214)  
SANTOS,A.V.P: 43 (pg.202)  
SCARSI, T.: 62 (pg.278)  
SCHEID, J. R.: 174 (pg.783)  
SCHEID, J.R.: 16 (pg.84)  
SCHERLOCK, M. DO S.M.: 4 (pg.31)  
SCOPACASA, L.F.: 52 (pg.235)  
SEGANFREDO, D.H.: 165 (pg.743)  
SILVA JUNIOR, F.J.G: 89 (pg.405)  
SILVA, A. R. S.: 97 (pg.443)  
SILVA, A.G.: 37 (pg.178)  
SILVA, A.M.: 140 (pg.634)  
SILVA, A.P.S.: 32 (pg.156)  
SILVA, ANA GRACINDA IGNÁCIO DA SILVA: 121 (pg.547)  
SILVA, ANGELA MARIA: 91 (pg.416)  
SILVA, ANGELA MARIA E: 90 (pg.411)  
SILVA, C. C: 117 (pg.528) 118 (pg.532)  
SILVA, C. C.: 96 (pg.438) 97 (pg.443)  
SILVA, C. C. D.: 13 (pg.69)  
SILVA, C. M. C. DA: 107 (pg.485) 155 (pg.702)  
SILVA, C.F.R.: 102 (pg.464)  
SILVA, C.M.C.: 177 (pg.797)  
SILVA, D. G: 130 (pg.589) 159 (pg.717)  
SILVA, D. M.: 3 (pg.25)  
SILVA, D.C: 89 (pg.405)  
SILVA, D.P: 94 (pg.430)  
SILVA, D.P.: 151 (pg.684)

SILVA, F. D.: 152 (pg.687) 153 (pg.692)  
SILVA, G. R. F.: 51 (pg.231)  
SILVA, G.M.: 168 (pg.757)  
SILVA, G.R.F: 148 (pg.668)  
SILVA, H.Q: 145 (pg.658)  
SILVA, K. G. N.: 27 (pg.134)  
SILVA, K.L.: 10 (pg.54) 11 (pg.59)  
SILVA, L.E.L.: 125 (pg.566)  
SILVA, M. B.: 133 (pg.601) 134 (pg.605)  
SILVA, M. S.: 164 (pg.739)  
SILVA, M.F: 72 (pg.326)  
SILVA, R. S.: 160 (pg.722)  
SILVA, S.A.: 168 (pg.757)  
SILVA, S.H.: 178 (pg.800)  
SILVA, T. L.: 19 (pg.98)  
SILVA, V. M.: 8 (pg.47)  
SILVA, V.M.: 25 (pg.126) 26 (pg.130)  
SILVA,A.B.V.: 76 (pg.343)  
SILVA,D.P.: 170 (pg.766)  
SILVA,V.M: 42 (pg.198)  
SILVESTRINI, C.: 109 (pg.493) 110 (pg.498)  
SOARES, A.L.R: 89 (pg.405)  
SOARES, L. S: 51 (pg.231)  
SOARES, L.P.: 45 (pg.211)  
SOARES, M.J.G.O.: 30 (pg.146)  
SOUSA, R. C.: 137 (pg.622)  
SOUSA, RMC DE: 136 (pg.615)  
SOUSA, S.M.A: 145 (pg.658)  
SOUSA, TALITA: 48 (pg.222) 49 (pg.225) 50 (pg.228)  
SOUSA, V. E. C.: 8 (pg.47)  
SOUSA, VANESSA EMILLE CARVALHO DE: 48 (pg.222) 49 (pg.225)  
SOUSA, VANESSA EMILLE DE CARVALHO DE: 50 (pg.228)  
SOUTO, M.D.: 84 (pg.381) 126 (pg.571) 158 (pg.714)  
SOUTO, R, Q.: 131 (pg.593)  
SOUZA, C. Q. S.: 142 (pg.643)  
SOUZA, C.Q.S: 161 (pg.727)  
SOUZA, C.Q.S.: 84 (pg.381)  
SOUZA, D.R.P.: 74 (pg.335) 171 (pg.770)  
SOUZA, E. N. DE: 38 (pg.182)  
SOUZA, E.B.C .: 140 (pg.634)  
SOUZA, G. L. L.: 176 (pg.791)  
SOUZA, H. S.: 160 (pg.722)  
SOUZA, I.E.O.: 126 (pg.571)  
SOUZA, J.M.: 144 (pg.652)

SOUZA, L.C.: 98 (pg.447)  
SOUZA, M. B.: 32 (pg.156)  
SOUZA, P. O.: 190 (pg.854)  
SOUZA, P.A.: 101 (pg.460) 102 (pg.464)  
SOUZA, S. R. S.: 96 (pg.438)  
STIVAL, M. M.: 12 (pg.64) 124 (pg.562)  
STUCHI, R.A.G.: 100 (pg.456)  
SÁ, A.K.L.: 168 (pg.757)  
SÓRIA, D.A.C.: 32 (pg.156)  
TEIXEIRA, E. R.: 155 (pg.702)  
TONIOLO, R. M. M.: 36 (pg.173)  
TREVISAN, S.: 88 (pg.400)  
VALENTE, M.M.Q.P: 111 (pg.502) 112 (pg.506)  
VARGAS, C. V.: 88 (pg.400)  
VARGAS, C.R: 108 (pg.488)  
VARGAS, P.B.: 57 (pg.255)  
VASCONCELOS, A. S.: 96 (pg.438) 97 (pg.443) 118 (pg.532) 138 (pg.626) 181 (pg.815)  
VASCONCELOS, S.M.R.: 182 (pg.819)  
VAUCHER, C.S.: 163 (pg.734)  
VERBOSKI, B.M.: 2 (pg.21)  
VIDAL, M.L: 161 (pg.727)  
VIDAL, M.L.B.: 46 (pg.214)  
VIDOR, I.D.: 85 (pg.386) 86 (pg.391)  
VIEIRA: 61 (pg.274)  
VIEIRA, C. S.: 141 (pg.639)  
VIEIRA, F.: 28 (pg.138) 29 (pg.142) 75 (pg.339)  
VIEIRA, T.H.: 98 (pg.447) 191 (pg.858)  
VIEIRA, T.S: 89 (pg.405)  
VIEIRA, Â. C. B.: 115 (pg.519)  
VIGO, L.R: 94 (pg.430)  
VIGO, L.R.: 151 (pg.684)  
VIGO, L.R.: 170 (pg.766)  
VITOR, A.F.: 67 (pg.302)  
VIVACQUA, S.A.: 169 (pg.762)  
VOLPE, C. R. G.: 12 (pg.64) 27 (pg.134)  
XIMENES, L.B: 65 (pg.292)  
ZUSE, C. L.: 133 (pg.601) 134 (pg.605)

## ÍNDICE - POR PALAVRA-CHAVE

- 1) SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO; INFORMAÇÃO/COMUNICAÇÃO: 179 (pg.805) 185 (pg.830) 189 (pg.850)
- 2) SAE - PROCESSO DE ENFERMAGEM, NA PRÁTICA CLÍNICA: 24 (pg.121) 76 (pg.343) 115 (pg.519) 124 (pg.562) 125 (pg.566) 130 (pg.589) 133 (pg.601) 134 (pg.605) 145 (pg.658) 147 (pg.665) 170 (pg.766)
- 2.1) SAE - PROCESSO DE ENFERMAGEM, PRÁTICA CLÍNICA/ CRIANÇA, ADOLESCENTE: 3 (pg.25) 45 (pg.211) 52 (pg.235) 53 (pg.239) 73 (pg.330)
- 2.2) SAE - PROCESSO DE ENFERMAGEM, PRÁTICA CLÍNICA/ IDOSO: 12 (pg.64) 39 (pg.186) 131 (pg.593)
- 2.3) SAE - PROCESSO DE ENFERMAGEM, PRÁTICA CLÍNICA/ HOMEM; MULHER: 22 (pg.110) 78 (pg.355)
- 2.4) SAE - PROCESSO DE ENFERMAGEM/ ENSINO: 127 (pg.576) 138 (pg.626) 142 (pg.643) 143 (pg.647) 150 (pg.679) 152 (pg.687) 153 (pg.692) 155 (pg.702) 156 (pg.705) 181 (pg.815)
- 2.5) SAE - PROCESSO DE ENFERMAGEM/ GERENCIAMENTO: 159 (pg.717) 161 (pg.727)
- 2.6) SAE - PROCESSO DE ENFERMAGEM/ PESQUISA: 5 (pg.35) 40 (pg.189) 185 (pg.830)
- 2.7) SAE - PROCESSO DE ENFERMAGEM/ SAÚDE COLETIVA: 140 (pg.634)
- ACIDENTE CEREBRAL VASCULAR: 6 (pg.39) 25 (pg.126) 26 (pg.130)
- ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: 14 (pg.74)
- ACIDENTES POR QUEDAS: 94 (pg.430) 166 (pg.747)
- ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: 161 (pg.727)
- ACURÁCIA: 154 (pg.696) 156 (pg.705)
- ADAPTAÇÃO: 149 (pg.675)
- ADESÃO TERAPÊUTICA: 172 (pg.774)
- ADOLESCENTES: 11 (pg.59)
- ADOLESCÊNCIA: 53 (pg.239)
- AMAMENTAÇÃO: 68 (pg.307)
- ANORMALIDADES CUTÂNEAS: 85 (pg.386)
- APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS: 139 (pg.630)
- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: 7 (pg.43) 14 (pg.74) 15 (pg.79) 45 (pg.211) 72 (pg.326) 104 (pg.472) 125 (pg.566) 135 (pg.610) 145 (pg.658) 174 (pg.783) 192 (pg.864)
- ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: 20 (pg.102) 21 (pg.106)
- AUTOCUIDADO: 18 (pg.95)
- AVALIAÇÃO: 46 (pg.214) 58 (pg.260) 132 (pg.597) 150 (pg.679) 167 (pg.752)
- AVALIAÇÃO EM ENFERMAGEM: 67 (pg.302) 151 (pg.684) 157 (pg.710) 162 (pg.730) 185 (pg.830)
- AVALIAÇÃO EM ENFERMAGEM; PROCESSOS DE ENFERMAGEM; ASSISTÊNCIA AO PACIENTE; ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO: 125 (pg.566)
- CAPACITAÇÃO: 132 (pg.597) 163 (pg.734)
- CARDIOLOGIA: 106 (pg.481) 149 (pg.675)
- CARDIOVERSOR-DEFIBRILADOR: 72 (pg.326)
- CARDIOVERSÃO ELÉTRICA: 103 (pg.468)
- CIRURGIA BARIÁTRICA: 30 (pg.146)
- CIRURGIA TORÁCICA: 88 (pg.400)
- CIRURGIA VASCULAR: 99 (pg.452)
- CLASSIFICAÇÃO: 21 (pg.106) 36 (pg.173) 178 (pg.800) 183 (pg.822) 190 (pg.854)
- CLASSIFICAÇÃO; TERMINOLOGIA; ENFERMAGEM.: 10 (pg.54) 22 (pg.110) 92 (pg.421)
- CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM: 24 (pg.121) 169 (pg.762)
- COMUNICAÇÃO: 26 (pg.130)

COMUNICAÇÃO DA PRÁTICA DA ENFERMAGEM: 182 (pg.819)

CONSULTA DE ENFERMAGEM, SEGUIMENTO: 141 (pg.639)

COOPERAÇÃO DO PACIENTE; DIABETES MELLITUS TIPO 2; DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: 35 (pg.169)

CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR: 52 (pg.235)

CRIANÇA HOSPITALIZADA: 10 (pg.54) 45 (pg.211)

CRIANÇAS: 7 (pg.43) 83 (pg.377) 87 (pg.395)

CUIDADO: 25 (pg.126) 119 (pg.536)

CUIDADO,ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM; TETRALOGIA DE FALLOT: 43 (pg.202)

CUIDADORES: 113 (pg.510)

CUIDADOS CENTRADOS NO PACIENTE. ENFERMAGEM. ENSINO. EXAME FÍSICO. PLANEJAMENTO DE ASSISTÊNCIA AO PAC: 13 (pg.69)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM: 4 (pg.31) 24 (pg.121) 52 (pg.235) 53 (pg.239) 54 (pg.243) 61 (pg.274) 66 (pg.297) 74 (pg.335) 99 (pg.452) 160 (pg.722) 189 (pg.850)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM, ANTICOAGULANTES, ANTIAGREGANTE DE PLAQUETAS.: 9 (pg.50)

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS: 102 (pg.464)

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS(CID): 170 (pg.766)

DEMÊNCIA: 101 (pg.460)

DESCANSO: 98 (pg.447)

DIABETES TIPO 2: 41 (pg.193)

DIAGNOSTIDOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: 19 (pg.98) 44 (pg.207) 76 (pg.343) 94 (pg.430) 136 (pg.615)

DIAGNÓSTICO: 120 (pg.543)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: 6 (pg.39) 10 (pg.54) 15 (pg.79) 16 (pg.84) 25 (pg.126) 26 (pg.130) 27 (pg.134) 28 (pg.138) 29 (pg.142) 30 (pg.146) 31 (pg.151) 32 (pg.156) 33 (pg.160) 41 (pg.193) 42 (pg.198) 56 (pg.251) 58 (pg.260) 59 (pg.264) 61 (pg.274) 64 (pg.287) 65 (pg.292) 66 (pg.297) 68 (pg.307) 74 (pg.335) 80 (pg.364) 81 (pg.369) 83 (pg.377) 86 (pg.391) 87 (pg.395) 88 (pg.400) 95 (pg.434) 98 (pg.447) 101 (pg.460) 102 (pg.464) 103 (pg.468) 107 (pg.485) 108 (pg.488) 111 (pg.502) 112 (pg.506) 114 (pg.514) 116 (pg.524) 119 (pg.536) 123 (pg.557) 128 (pg.581) 139 (pg.630) 142 (pg.643) 143 (pg.647) 144 (pg.652) 151 (pg.684) 154 (pg.696) 156 (pg.705) 165 (pg.743) 166 (pg.747) 172 (pg.774) 173 (pg.779) 177 (pg.797) 184 (pg.826) 186 (pg.834) 187 (pg.838) 188 (pg.845) 191 (pg.858)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, CUIDADOS DE ENFERMAGEM E ESPONDILITE: 117 (pg.528)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, ESTILO DE VIDA, MUDANÇA NO PADRÃO ALIMENTAR E ATIVIDADE FÍSICA INSUFICIENTE: 91 (pg.416)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM; CUIDADOS DE ENFERMAGEM; HEPATITE: 97 (pg.443)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM; ENFERMAGEM CIRÚRGICA; VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO: 109 (pg.493)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM; ENFERMAGEM ONCOLÓGICA; CUIDADOS PALIATIVOS; PROCESSOS DE ENFERMAGEM: 57 (pg.255)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM; PROCESSOS DE ENFERMAGEM; ÚLCERA POR PRESSÃO.: 37 (pg.178)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM; RISCO DE QUEDAS; ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.: 34 (pg.164)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: 14 (pg.74) 17 (pg.89) 93 (pg.425) 106 (pg.481) 149 (pg.675) 170 (pg.766)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM. PRESCRIÇÃO DE: 158 (pg.714)

DIAGNÓSTICOS/INTERVENÇÕES/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 134 (pg.605)

DOENÇA CRÔNICA: 11 (pg.59) 33 (pg.160)

DOENÇAS CARDIOVASCULARES: 170 (pg.766)

DOR: 77 (pg.350) 124 (pg.562) 179 (pg.805)

DOR TORÁCICA: 71 (pg.321)

EDUCAÇÃO: 164 (pg.739)

EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM: 155 (pg.702)

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: 113 (pg.510) 150 (pg.679)

EMERGÊNCIA: 136 (pg.615) 151 (pg.684) 192 (pg.864)

ENFERMAGEM: 2 (pg.21) 6 (pg.39) 7 (pg.43) 17 (pg.89) 31 (pg.151) 51 (pg.231) 63 (pg.283) 67 (pg.302) 69 (pg.312) 71 (pg.321)  
75 (pg.339) 79 (pg.360) 111 (pg.502) 120 (pg.543) 122 (pg.552) 127 (pg.576) 132 (pg.597) 135 (pg.610) 139 (pg.630)  
142 (pg.643) 148 (pg.668) 164 (pg.739) 167 (pg.752) 176 (pg.791) 178 (pg.800) 183 (pg.822) 184 (pg.826)

ENFERMAGEM CIRÚRGICA: 57 (pg.255)

ENFERMAGEM CIRÚRGICA, DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, PROCESSOS DE ENFERMAGEM: 110 (pg.498)

ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA: 1 (pg.16)

ENFERMAGEM NEONATAL: 89 (pg.405)

ENFERMAGEM ONCOLÓGICA: 182 (pg.819)

ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: 87 (pg.395) 116 (pg.524)

ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: 60 (pg.269) 62 (pg.278) 81 (pg.369) 107 (pg.485) 162 (pg.730)

ENFERMAGEM, CLASSIFICAÇÃO; DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM;: 100 (pg.456)

ENFERMAGEM: CLASSIFICAÇÃO: 186 (pg.834)

ENFERMAGEM; DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM; ACIDENTE CEREBRAL VASCULAR.: 55 (pg.247)

ENFERMAGEM; ESTUDOS DE VALIDAÇÃO; VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO; EXPERT: 175 (pg.787)

ENFERMEIROS: 68 (pg.307) 143 (pg.647)

EQUIPE DE ENFERMAGEM: 133 (pg.601)

ESCALAS: 46 (pg.214) 154 (pg.696) 167 (pg.752)

ESPIRITUALIDADE: 83 (pg.377)

ESTADO NUTRICIONAL: 102 (pg.464)

ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: 134 (pg.605)

ESTUDO DE CASO; CUIDADOS DE ENFERMAGEM; INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: 96 (pg.438)

ESTUDOS DE VALIDAÇÃO: 67 (pg.302)

ESTUDOS DE VALIDAÇÃO; FORMAÇÃO DE CONCEITO; DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM; PESQUISA EM ENFERM: 23

(pg.116)

EXAME FÍSICO: 155 (pg.702)

EXERCÍCIO: 56 (pg.251)

FAMÍLIA, CUIDADOR: 80 (pg.364)

FLORAIS DE BACH: 86 (pg.391)

GESTANTES: 111 (pg.502) 112 (pg.506)

HEMODINÂMICA: 62 (pg.278)

HEMODIÁLISE: 85 (pg.386) 86 (pg.391)

HEPARINA: 105 (pg.476)

HIDROCEFALIA: 45 (pg.211)

HIPERBILIRRUBINEMIA; FOTOTERAPIA: 65 (pg.292)

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: 122 (pg.552)

HIV/AIDS: 16 (pg.84)

IDOSO: 17 (pg.89) 18 (pg.95) 31 (pg.151) 33 (pg.160) 66 (pg.297) 75 (pg.339) 95 (pg.434) 107 (pg.485) 177 (pg.797) 184 (pg.826)

IMPLEMENTAÇÃO: 137 (pg.622)

INDICADORES DE QUALIDADE EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE: 166 (pg.747)

INFECÇÃO: 157 (pg.710) 191 (pg.858)

INFORMÁTICA EM ENFERMAGEM: 174 (pg.783) 187 (pg.838) 190 (pg.854) 192 (pg.864)

- INSTRUMENTO IMPRESSO: 169 (pg.762) 182 (pg.819)
- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: 38 (pg.182)
- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA: 15 (pg.79)
- INTEGRIDADE TISSULAR: 58 (pg.260)
- INTERVENÇÃO CIRÚRGICA: 162 (pg.730)
- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: 8 (pg.47) 75 (pg.339) 103 (pg.468)
- LINGUAGEM: 176 (pg.791) 189 (pg.850)
- LITERATURA DE REVISÃO COMO ASSUNTO: 36 (pg.173)
- MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: 64 (pg.287)
- MEDIÇÃO DE DOR: 32 (pg.156)
- MEMÓRIA: 101 (pg.460)
- MONITORIZAÇÃO FISIOLÓGICA: 32 (pg.156)
- MULHER: 28 (pg.138) 29 (pg.142)
- NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: 61 (pg.274)
- NEOPLASIAS MAMARIAS: 120 (pg.543)
- OPERACIONALIZAÇÃO: 137 (pg.622)
- ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO: 164 (pg.739)
- ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM: 72 (pg.326)
- PASSAGEM DE PLANTÃO: 182 (pg.819)
- PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA: 41 (pg.193)
- PESQUISA: 172 (pg.774)
- PESQUISA EM ENFERMAGEM: 186 (pg.834)
- PLANEJAMENTO DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE: 54 (pg.243) 144 (pg.652) 191 (pg.858)
- PLANO DE ALTA: 71 (pg.321)
- PREVALÊNCIA: 112 (pg.506)
- PREVENÇÃO E CONTROLE: 94 (pg.430)
- PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS: 8 (pg.47)
- PROCESSO DE ENFERMAGEM: 18 (pg.95) 36 (pg.173) 79 (pg.360) 95 (pg.434) 99 (pg.452) 107 (pg.485) 108 (pg.488)  
119 (pg.536) 148 (pg.668) 155 (pg.702) 187 (pg.838)
- PROCESSO DE TRABALHO; SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM; CRIANÇA HOSPITALIZADA: 118 (pg.532)
- PROCESSOS DE ENFERMAGEM: 38 (pg.182) 46 (pg.214) 47 (pg.218) 54 (pg.243) 59 (pg.264) 60 (pg.269) 82 (pg.373)  
89 (pg.405) 122 (pg.552) 144 (pg.652) 146 (pg.661) 160 (pg.722) 163 (pg.734) 165 (pg.743) 171 (pg.770) 179 (pg.805)  
188 (pg.845)
- PROCESSOS DE ENFERMAGEM; PLANEJAMENTO DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE; LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: 70  
(pg.316)
- PRODUÇÃO CIENTÍFICA: 2 (pg.21) 5 (pg.35)
- PROMOÇÃO À SAÚDE: 177 (pg.797)
- PRONTO SOCORRO: 170 (pg.766)
- PROTEÇÃO INEFICAZ: 105 (pg.476)
- PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: 104 (pg.472) 105 (pg.476)
- PRÁTICA ASSISTENCIAL: 183 (pg.822)
- QUALIDADE NO CUIDAR: 47 (pg.218)
- REABILITAÇÃO: 74 (pg.335) 171 (pg.770)
- RECÉM-NASCIDO: 4 (pg.31) 141 (pg.639)
- REGISTROS DE ENFERMAGEM: 193 (pg.868)

RESULTADO: 165 (pg.743)

RESULTADOS DE ENFERMAGEM: 113 (pg.510)

SAE: 88 (pg.400)

SAÚDE DA CRIANÇA: 45 (pg.211)

SAÚDE DO IDOSO: 27 (pg.134) 114 (pg.514)

SAÚDE DO TRABALHADOR: 98 (pg.447)

SEM-TETO: 114 (pg.514)

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO; ENFERMAGEM; INFORMÁTICA EM ENFERMAGEM;: 180 (pg.810) 193 (pg.868)

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: 2 (pg.21) 4 (pg.31) 5 (pg.35) 11 (pg.59) 19 (pg.98) 20 (pg.102)  
21 (pg.106) 30 (pg.146) 47 (pg.218) 51 (pg.231) 60 (pg.269) 62 (pg.278) 63 (pg.283) 69 (pg.312) 79 (pg.360) 84 (pg.381)  
85 (pg.386) 115 (pg.519) 123 (pg.557) 124 (pg.562) 127 (pg.576) 135 (pg.610) 136 (pg.615) 137 (pg.622) 148 (pg.668)  
161 (pg.727) 163 (pg.734) 169 (pg.762) 188 (pg.845)

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMPRODUÇÃO ACADÊMICA; PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM.: 126 (pg.571) 152 (pg.687)

SOFTWARE: 190 (pg.854)

SONO: 98 (pg.447)

TATO: 41 (pg.193)

TAXONOMIAS DE ENFERMAGEM: 8 (pg.47) 113 (pg.510)

TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSIAS: 89 (pg.405)

TERMINOLOGIA: 20 (pg.102) 171 (pg.770) 176 (pg.791)

TOMADA DE DECISÕES: 64 (pg.287) 182 (pg.819)

TRABALHO DE PARTO,CIPE,INDICADORES CLÍNICOS,FENÔMENO DE ENFERMAGEM: 90 (pg.411)

TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: 157 (pg.710)

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO: 27 (pg.134)

TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR: 51 (pg.231)

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: 63 (pg.283) 108 (pg.488) 160 (pg.722) 174 (pg.783)

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: 19 (pg.98)

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. CUIDADOS CRÍTICOS. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: 129 (pg.585)

UTI: 16 (pg.84) 59 (pg.264) 69 (pg.312) 82 (pg.373) 133 (pg.601)

VACINAÇÃO: 1 (pg.16)

VASO SANGUÍNEO: 157 (pg.710)

VISITA DOMICILIAR: 28 (pg.138) 38 (pg.182)

VOCABULÁRIO CONTROLADO: 1 (pg.16) 178 (pg.800)

VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO: 104 (pg.472)

ÚLCERA POR PRESSÃO: 82 (pg.373)

# 10° SINADEN

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil:  
30 anos na construção da qualidade no cuidar

## Apoios

Secretaria de Gestão do Trabalho  
e da Educação na Saúde

Secretaria de  
Vigilância em Saúde

Ministério  
da Saúde

Governo  
Federal

