



### Trabalho 313

#### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE IDOSOS EM CUIDADOS INTENSIVOS PARA A DEMANDA DE NECESSIDADE: PROTEGER PELE E TEGUMENTOS.**

GALIZA, F. T. (1); FREITAS, M. C. (2); SILVA, L. F. (3); GUEDES, M. V. C. (4); NOGUEIRA, J. M. (5)

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ; (2) UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ; (3) UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ; (4) UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ; (5) UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Apresentadora:

FRANCISCA TEREZA DE GALIZA ([terezagaliza@yahoo.com.br](mailto:terezagaliza@yahoo.com.br))  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ (PROFESSORA)

Introdução: Compreender as modificações comuns do processo de envelhecimento e atender as necessidades que surgirão em decorrência desse processo, assegurará uma prática clínica de enfermagem que favoreça a promoção da saúde, a manutenção da capacidade funcional e o cuidado paliativo do idoso. Portanto, a avaliação do idoso hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), referenciado por uma teoria de enfermagem que tem como sustentação epistemológica a atenção das demandas de necessidades dos seres cuidados, teoria de Virginia Henderson, possibilita exercitar o raciocínio diagnóstico esperado do enfermeiro; ou seja, o pensar-fazer, utilizando saberes técnicos e científicos para unir o julgamento clínico e a abordagem integralista do idoso nas ações de cuidado cotidiano. Objetivo: O estudo objetivou analisar o saber-fazer do enfermeiro da UTI acerca do levantamento de dados para estabelecer os diagnósticos de enfermagem de idosos internados, a partir da demanda de necessidade: proteger pele e tegumentos, referenciado pela teoria de Virginia Henderson. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, desenvolvido em uma UTI de um hospital público da cidade de Fortaleza-CE. Participaram da pesquisa 18 idosos, com faixa etária entre 60 a 87 anos, sendo dez do sexo masculino. Os dados foram coletados por dez enfermeiras da UTI selecionada, no período de abril a julho de 2011, utilizando-se um instrumento para levantamento de dados junto aos idosos internados e de um diário de campo. Os achados foram analisados com base no raciocínio diagnóstico de Risner. O estudo teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital pesquisado. Resultados: A determinação dos diagnósticos de enfermagem para a necessidade: proteger pele e tegumentos, a partir de 47 avaliações, dos 18 idosos internados foi possível por meio do histórico de enfermagem realizado pelos enfermeiros da UTI, que identificaram os seguintes achados em relação à pele dos membros inferiores e superiores tanto em relação a intervenções médicas-cirúrgicas a exemplo da amputação e incisão de cateter, como a presença de Úlcera por Pressão (UP), totalizando uma frequência de 15% nos membros superiores e 45% nos membros inferiores. Contudo, 75% das avaliações apontavam lesões em outras áreas do corpo, principalmente, UP em região sacra. Observa-se pelos dados que há uma lacuna no cuidado prestado, pois os índices de lesões são altos, em especial na região sacra, apesar de relacionar-se com fatores mórbidos como obesidade, estando diretamente vinculados a outros fatores desencadeadores como a pressão sem alívio, imposta pela imobilidade ou por acessórios que possam prender a circulação sanguínea. A imobilidade no leito foi identificada em todos os idosos analisados, e devido ao estado grave de saúde, impossibilitava o paciente mover-se ou exercitar-se no seu próprio leito, permanecendo totalmente dependente dos profissionais da UTI. Estimular a mudança de decúbito ou proporcionar movimentos dos membros é competência da equipe de enfermagem, apta a intervir quanto a esse problema e reduzir fatores adversos em decorrência da velhice, da hospitalização e do adoecimento. Os diagnósticos identificados foram: Integridade da Pele Prejudicada relacionada com fatores mecânicos, mobilidade física prejudicada, fatores nutricionais, proeminências ósseas, sensações prejudicadas, circulação alterada, mudanças no estado hídrico e extremos de temperatura caracterizada por rompimento da superfície da pele e destruição de camadas da pele; Integridade Tissular Prejudicada relacionada com circulação alterada, déficit de líquidos, fatores mecânicos e mobilidade física prejudicada caracterizada por tecido lesado e/ou destruído; e Risco de integridade da pele prejudicada relacionado com fatores mecânicos, imobilidade física, estado nutricional desequilibrado, circulação prejudicada, proeminências ósseas, sensações prejudicadas, mudanças no turgor da pele, hipertermia e hipotermia. O diagnóstico integridade da pele prejudicada, ou seja, epiderme e/ou derme prejudicada, identificado nos casos de UP em estágios I e II, que envolve, no



### **Trabalho 313**

primeiro caso, a presença de eritema que não retorna ao normal após a remoção da pressão, não havendo rompimento de pele; e, no segundo caso, que ocorre por lesão parcial da pele envolvendo epiderme e derme<sup>1-2</sup>. Assim, os achados mostraram 20% de casos de UP em estágio I e 33% em estágio II, portanto 55% de presença do referido diagnóstico de enfermagem no período de estudo em idosos internados em UTI. A integridade tissular prejudicada, definida por danos a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos, em relação ao surgimento de lesão por pressão manifestou-se em 20% dos casos, considerando a UP em estágio III e IV, que envolvem o rompimento da pele com exposição do tecido subcutâneo e tecido muscular, respectivamente. Esse resultado causou uma inquietação no grupo, pois há uma frequência considerável nos idosos estudados, com condições favoráveis para a complicação desse diagnóstico, e o mesmo não é retratado no instrumento do processo de enfermagem utilizado na UTI. O que contribui para não aceitação, plena, do mesmo dentre os enfermeiros assistenciais. Quanto ao risco de integridade de pele prejudicada, observando os fatores verificados que contribuem para alteração da pele de forma adversa, inferiu-se que 100% dos idosos internados na UTI possuem esse diagnóstico, mesmo os que já apresentam lesão, podendo propiciar o aparecimento de novos prejuízos acerca dessa demanda. Isso exige da enfermagem compromisso técnico, científico e interpessoal no tratamento dessa necessidade. Considerações Finais: A utilização de uma teoria de enfermagem, neste estudo, não apenas subsidiou a coleta de dados e fundamentou a discussão, mas possibilitou uma proximidade das enfermeiras com seu uso prático na rotina do serviço, desmistificando a concepção que o uso de um referencial teórico fosse impossível de ser aplicado na assistência. Determinar os diagnósticos de enfermagem relacionados com a pele e tegumentos propicia evitar riscos e amenizar agravos relacionados à esse sistema, pois estão diretamente interligados aos seus fatores relacionados. As alterações do envelhecimento afetam com mais agressividade e perceptividade esse órgão. A auto-imagem é um elemento que envolve outras questões além das bio/fisiológicas, como aceitação na sociedade, da aparência. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: Conforme se demonstrou neste estudo, o a utilização de uma teoria de enfermagem e do processo de enfermagem, tecnologias próprias da enfermagem, continuam sendo estratégias capazes de desempenhar uma estruturação sistemática do cuidado, priorizando as demandas de necessidades do idoso. Possibilita, ainda, estabelecer uma linguagem própria dentre a equipe de enfermagem e estimula o registro do cuidado clínico prestado.

1. NANDA-Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2009. 456p. 2. SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F. et al. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed, 2011. 336p.