

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza

Iracema Gardã



Trabalho 1704 - 1/4

APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO
PORTADOR DE INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA: RELATO
DE EXPERIÊNCIACARNEIRO, Liana Maria Rocha¹CHAGAS, Ana Carolina Maria Araújo²MINDÉLLO, Maria Isabela Aguiar³SANTOS, Vanessa da Frota⁴LÉLIS, Ana Luíza Paula de Aguiar⁵

Introdução: O Processo de Enfermagem consolida-se na prática clínica da Enfermagem e orienta o trabalho realizado pelo enfermeiro para levantar dados, identificar as necessidades de cuidados, propor e aplicar intervenções e avaliar os resultados dos cuidados que realiza. A documentação do Processo de Enfermagem pode ser um instrumento útil para a avaliação do cuidado pelo gerenciamento das informações de Enfermagem (FONTES, 2007). Assim, faz-se necessário a aplicação do Processo de Enfermagem em todo cuidado a ser realizado, destacando-se no acompanhamento ao portador de Integridade tissular prejudicada, pois se exige um cuidado integral e sistêmico, em que se deve considerar o paciente como um todo, e não somente a ferida de forma isolada, através de um relacionamento dinâmico enfermeiro-cliente. **Objetivo:** Descrever a experiência de acadêmicas de Enfermagem na aplicação do Processo de Enfermagem durante o cuidado a paciente portador de Integridade tissular prejudicada. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. O estudo ocorreu no domicílio de uma usuária da Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza-CE, no período de maio a junho de 2009, desenvolvido durante as aulas práticas da Disciplina Processo de Cuidar do Adulto I do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Foi realizada uma visita domiciliária semanal, totalizando seis visitas ao longo do processo de

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET- Saúde). Relatora. E-mail: lianarcarneiro@yahoo.com.br
2. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET).
3. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.
4. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista voluntária do Programa de Educação pelo trabalho para Saúde (PET- Saúde).
5. Enfermeira. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFC.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza

Iracema Gardã



Trabalho 1704 - 2/4

cuidado à paciente. Os dados foram coletados através da aplicação de um Formulário de Atendimento ao Portador de Integridade de Pele e Tissular Prejudicada utilizado na disciplina. Os registros se deram através de diário de campo e a evolução da ferida através de imagens fotográficas. As acadêmicas desenvolveram o cuidado de Enfermagem, de acordo com as cinco fases do Processo de Enfermagem e utilizaram para a classificação dos diagnósticos, intervenções e avaliações de Enfermagem, respectivamente, o North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2008), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, 2004) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC, 2004). O sujeito do estudo tinha 82 anos, sexo feminino, analfabeta, morava com o filho e recebia um salário mínimo de pensão. Era portadora de hipertensão arterial e, ao analisarem-se os exames, percebeu-se que havia uma suspeita de doença vascular periférica. Há cinco anos, apresentava úlcera na perna direita com espessura profunda parcial (epiderme, derme, tecido subcutâneo), de grande extensão (9cm vertical, 18cm horizontal). No início do tratamento, a ferida apresentava áreas de necrose, tecido fibrinoso abundante, tecido de granulação e epitelização, com exsudato seroso moderado. Ao redor da ferida, a pele se apresentava seca e descamada e a paciente referia dor local. Vale ressaltar que foram respeitados os princípios éticos de pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96. Aplicou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo a confidencialidade das informações e a liberdade de desistência da participação no estudo, assim como para autorização dos registros fotográficos. **Resultados:** A partir da aplicação do Processo de Enfermagem no cuidado à paciente, foram detectados três diagnósticos: Integridade tissular prejudicada relacionado a agentes irritantes e déficit de conhecimento, caracterizado por tecido lesado ou destruído; Déficit no autocuidado para banho/higiene relacionado a prejuízo perceptivo ou cognitivo e diminuição ou falta de motivação, caracterizado por aparência com evidência de sujidade; Confusão crônica relacionado a traumas emocionais em idade avançada, caracterizado por interpretação/resposta alterada aos estímulos, prejuízo cognitivo progressivo/ prolongado e socialização prejudicada. Buscou-se realizar um cuidado holístico à cliente, tendo como base os diagnósticos

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza

Trabalho 1704 - 3/4

encontrados, com enfoque no tratamento de feridas. As Intervenções utilizadas para a realização do cuidado ao portador de Integridade de Pele e Tissular Prejudicada foram: monitoramento das características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor; administração de cuidados a úlcera de pele, conforme a necessidade; aplicação do curativo adequado ao tipo de ferida; manutenção de técnica asséptica no curativo ao fazer os cuidados da lesão; exame da ferida a cada troca de curativo; comparação e registro regular de toda mudança na lesão; orientação à paciente e familiar sobre os procedimentos de cuidado com a ferida. Os seguintes produtos foram aplicados para a realização do curativo Sulfadiazina de Prata, Ácidos Graxos Essenciais, Soro Fisiológico 0,9%, gazes e ataduras estéreis. Na última visita domiciliar, observou-se uma melhora considerável da lesão, diminuindo a quantidade de exsudato, as áreas de necrose, o tamanho da ferida, e o aumento significativo das áreas de tecido de granulação. Percebeu-se ainda que as intervenções realizadas contribuíram para um aumento do conhecimento da paciente acerca do seu estado de saúde. Quanto ao autocuidado para banho/higiene, foram fornecidas orientações sobre os cuidados com a higiene, além de presentear a paciente com uma cesta composta de produtos de higiene corporal e bucal, com o objetivo de incentivá-la na realização do autocuidado. Assim, ao final da implementação do Processo de Enfermagem percebeu-se uma evolução significativa quanto a este diagnóstico, pois antes a paciente não possuía motivação e conhecimento sobre a importância da higiene no processo terapêutico. No quadro cognitivo a paciente melhorou o estado de confusão através de orientações, diálogos e encaminhamento médico que possibilitaram à mesma uma percepção do seu quadro terapêutico e um processo de socialização, contribuindo inclusive para a melhora da auto-estima e, conseqüentemente, o aumento do empenho e enfrentamento no tratamento da ferida. **Conclusões:** Percebeu-se que a aplicação do Processo de Enfermagem permite ao enfermeiro gerenciar o cuidado com segurança e qualidade, além de promover um planejamento individualizado da assistência, buscando ajudar, recuperar, manter e promover a saúde do cliente.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza



Trabalho 1704 - 4/4

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Avaliação em Enfermagem.

Referências:

FONTES, C.M.B.; CRUZ, D. de A.L.M. da. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.3, p.395-402, 2007.

North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação. 2007-2008. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2008.

MC CLOSKEY, J.C.; BULECHEK, J.N. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).** Trad. De Regina Garcez. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC).** Trad. Regina Garcez - 2ª ed. - Porto Alegre, Artmed, 2004.