



Trabalho 1827

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM CLIENTE COM DISTÚRBO TEGUMENTAR.

Anne Caroline Alessandra dos Santos de Almeida¹; Raquel de Moraes Alves²; Vanessa Cristina de Vasconcelos Grossi²; Sônia Regina de Souza³; Ana Cristina Silva Pinto⁴.

O estudo fez parte das estratégias de ensino-aprendizagem da disciplina Assistência de Enfermagem a Saúde do Adulto e do Idoso, oferecida pelo Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, no quinto período do curso de graduação de enfermagem durante a etapa de atividades práticas no plantão interno de um hospital público federal, localizado no município do Rio de Janeiro, no período de março a abril de 2012. Teve como propósito um aprofundamento acerca dos conhecimentos teóricos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem a clientes com distúrbio tegumentar. Tem como objetivos implementar a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) a um cliente portador de distúrbio tegumentar baseada no Processo de Enfermagem e na taxonomia NANDA e NIC e NOC e contribuir para o ganho de experiência e aprendizado sobre a aplicação da sistematização da assistência de Enfermagem. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método científico de trabalho que proporciona melhoria significativa da qualidade da assistência prestada ao cliente através do planejamento individualizado das ações de Enfermagem. Representa um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas que possibilitam reconhecer o problema, intervir e encaminhá-lo, de forma a prestar uma assistência eficaz. É uma atividade privativa do enfermeiro, regulamentada pela Lei do exercício Profissional nº 7489 de 25 de junho de 1986, que visa assistir ao ser humano na sua totalidade, por meio de ações específicas para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. A resolução 272 do COFEN, de 2002, determina que a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem deve ocorrer em toda instituição de saúde pública ou privada. Para tanto, o enfermeiro deverá utilizar o Processo de Enfermagem que é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem e compreende as seguintes fases: histórico (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento e implementação da assistência, evolução de enfermagem e avaliação. O processo de enfermagem fornece estrutura para a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem, tornando-a mais científica e menos intuitiva, é o método de solução dos problemas do cliente. Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, baseado em referências como livros, artigos e revistas de enfermagem e fundamentado na taxonomia NANDA. A pesquisa permitiu correlacionar problemas emergentes do cotidiano da prática profissional a partir das experiências facilitando a percepção das situações relevantes. A escolha da cliente para a realização do estudo baseou-se na complexidade e na demanda assistencial apresentadas.

¹ Acadêmica de Enfermagem do 7º período, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro EEAP/UNIRIO; e-mail:anne-santos@hotmail.com.

² Acadêmicas de Enfermagem do 7º período, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro EEAP/UNIRIO.

³ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro DEMEC/EEAP/UNIRIO. Doutora em Enfermagem.

⁴ Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro DEMEC/EEAP/UNIRIO. Doutoranda em Enfermagem.



Trabalho 1827

Foram utilizados como instrumentos para obtenção de dados a técnica de revisão de prontuário, consulta à documentação interna e observação direta. A cliente apresentava como patologia úlceras por pressão em estágio IV infectadas e com presença de necrose em região sacra e trocateriana direita. A úlcera por pressão é uma lesão de pele causada pela interrupção sangüínea em uma determinada área, que se desenvolve devido a uma pressão aumentada por um período prolongado de tempo. Desenvolve-se quando se tem uma compressão do tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado. O processo de enfermagem propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem, ajudando o enfermeiro a tomar decisões e prever e avaliar as conseqüências. Houve então o levantamento de quatro principais diagnósticos a partir da patologia analisada no estudo, sendo estes: Integridade da pele prejudicada, relacionada à imobilidade física, evidenciada por úlceras em região sacra e trocateriana; Integridade tissular prejudicada, relacionada ao excesso de líquidos e limitação da mobilidade física, evidenciada por úlceras por pressão em região sacra e trocateriana; Perfusão tissular periférica ineficaz, evidenciada por edema e úlceras por pressão em região sacra e trocateriana; Risco de infecção, relacionado às úlceras por pressão em região sacra e trocateriana. A partir destes diagnósticos objetivou-se alcançar respectivamente os seguintes resultados: Apresentará melhora da integridade da pele nas regiões sacral e trocateriana em até quatorze dias; Mostrará melhora progressiva da cicatrização da lesão, em até quatorze dias; Demonstrará melhora da perfusão afetada através da ausência de edemas e de dor, em até quatorze dias; Apresentará cicatrização das feridas em até quatorze dias, não terá secreção purulenta nem eritema e não apresentará febre durante a hospitalização. Sendo assim, foi elaborado um plano de cuidados que consistia em: Promover trocas de curativos a cada 24 horas ou conforme necessidade seguindo as especificações da comissão de curativos, adequando o curativo e a cobertura utilizadas conforme a necessidade da lesão promovendo sua limpeza com soro fisiológico a 0,9%, remover a umidade da pele fazendo movimentos suaves e evitando o atrito, administrar medicamentos tópicos conforme prescrição médica se necessário, examinar/observar monitorar as condições locais da pele como ruptura, cor, calor, textura, edemas, ulcerações, pontos de pressão, infecção, áreas de necrose, fontes de pressão e fricção; Manter técnica asséptica no curativo ao fazer os cuidados da lesão, massagear área em torno da lesão para estimular circulação; reduzir ou remover a compressão venosa externa que impeça o fluxo venoso, massagear área em torno da lesão para estimular circulação, inspecionar os pés e as pernas diariamente em relação às lesões e aos pontos de pressão; Verificar os sinais vitais a cada 4 horas, relatar sinais flogísticos de infecção. Essa experiência tornou possível a colocação em prática dos conhecimentos técnico-científicos adquiridos, além de permitir a participação ativa e direta na identificação dos problemas da cliente, o levantamento dos diagnósticos de enfermagem com base nos problemas apresentados e a elaboração de intervenções de enfermagem para suprir as necessidades de saúde apresentadas. Percebeu-se com esse estudo, que a Sistematização da Assistência de Enfermagem é de grande importância no ambiente hospitalar, pois permite que o enfermeiro aplique seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, possibilitando reconhecer o problema, intervir e encaminhá-lo, de forma a prestar uma assistência eficaz. Dessa forma, incorporar a Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidar de enfermagem humanizado, contínuo e de qualidade para o cliente. A relevância para enfermagem se refere à importância de saber como implementar a sistematização visando uma intervenção eficaz para evitar e/ou minimizar os danos que possam vir a ocorrer, caso não se tenha uma assistência eficiente. Espera-se com este estudo contribuir para o esclarecimento acerca desta doença com vistas a sistematização da assistência e deste modo, ampliar as oportunidades de pesquisas posteriores para expansão do conhecimento em relação ao assunto. **DESCRITORES:** cuidado de



Trabalho 1827

Enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem e úlcera por pressão. **EIXO II:** Interfaces da Enfermagem com práticas profissionais e populares de cuidado em saúde. **REFERÊNCIAS:** 1. Turato ER. Revista Portuguesa Psicossomática, jan-jun, vol. 2, nº 001, 2000, Introdução a Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa- Definições e Principais Características. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/287/28720111.pdf>. [Acesso em Maio de 2012]; 2. Hermida PM, Araújo IEM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. Revista Brasileira de Enfermagem, set-out, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a15.pdf>; 3. Brunner&Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 9ª edição, volume 1, 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 4. Lima MVR, Silva MCS. O Saber e o Fazer dos Acadêmicos de Enfermagem na Prevenção e Tratamento da Úlcera de Pressão. Disponível em: <http://189.75.118.68/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/o%20saber%20e%20o%20fazer.pdf>. [Acesso em: maio de 2012]