



11º SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem e Responsabilidade Social nos Cenários da Prática Profissional
1º a 3 de agosto de 2013 - PUCPR - Curitiba/PR

ANAI S



Promoção:
Associação Brasileira de Enfermagem

Realização:
ABEn Seção Paraná

Patrocínio e Apoio:



Prefeitura de Curitiba
Secretaria da Saúde



SECRETARIA DA
SAÚDE

SECRETARIA DA
**CIÊNCIA, TECNOLOGIA
E ENSINO SUPERIOR**

**FUNDAÇÃO
ARAUCÁRIA**

Apoio ao Desenvolvimento Científico
e Tecnológico do Paraná

Agência Oficial
de Turismo:



Organização e
Comercialização:



Assessoria de
Comunicação:





Trabalho 1

CAPACITAÇÃO EM SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ivete Maroso Krauzer¹
Edlamar Kátia Adamy²
Bernadette Kreutz Erdtmann³
Maria do Carmo Vicenzi⁴

INTRODUÇÃO: Historicamente a enfermagem foi centrada no modelo biomédico e paulatinamente vem incorporando conhecimentos das áreas da educação, administração, psicologia, sociologia, entre outras, no intuito de formular teorias e modelos explicativos dos processos de fazer a enfermagem¹. Neste fazer, encontra-se os conteúdos que compõe a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que caracterizam-se como arcabouço teórico que fundamenta a profissão. Existem várias correntes teóricas que desenvolvem estudos nesta área e buscam exercitar a SAE nas instituições de saúde e ensino. Neste sentido, o Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) busca alicerçar este conhecimento através da realização de projetos de pesquisa e extensão tornando este conhecimento mais evidente e percebendo a relevância do tema no cotidiano da Enfermagem. Estratégias podem ser utilizadas para ensinar a prática da enfermagem que vise uma assistência de melhor qualidade. Sendo assim, a aplicação da SAE torna-se um instrumento de trabalho que contribui para fomentar o conhecimento da enfermagem. No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução N° 358/2009, definiu SAE como “a organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem”². Com esta normativa, mesmo vista com reservas e criticada por muitos profissionais, obteve-se o amparo legal de uma prática já realizada pelos enfermeiros em algumas instituições. De modo geral, isto levou o enfermeiro a elaborar, planejar e avaliar as intervenções de enfermagem, fundamentado em seu conhecimento técnico-científico e na sua formação profissional. O ensino do Processo de Enfermagem (PE) na formação do enfermeiro torna-se uma ferramenta que deve estar contemplada nos cursos de graduação e em atividades curriculares obrigatórias e não obrigatórias. Bem como, a capacitação permanente dos docentes em SAE favorece o ensino aprendizagem dos acadêmicos de enfermagem e estabelece uma interface desta com os serviços de saúde³. No Brasil, infelizmente, ainda são poucas as instituições de saúde que entendem e valorizam a necessidade de sistematizar o PE. O direcionamento que a realização da sistematização proporciona ao enfermeiro beneficia não apenas o profissional, mas as instituições, que terão como avaliar melhor o trabalho desenvolvido⁴. O perfil do enfermeiro moderno exige uma formação que inclui a qualidade do processo assistencial, suprimindo a lacuna existente entre a academia e o cenário prático e que representa um percalço importante na formação em saúde, particularmente na Enfermagem⁵.

OBJETIVO: Capacitar docentes e acadêmicos para desenvolver os conteúdos da SAE.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA: Relato de experiência de um projeto de extensão universitário em que foram capacitadas 25 docentes e discentes, de duas Instituições de Ensino Superior (IES). O ensino da SAE está contemplado nos currículos das escolas de Enfermagem pública e comunitária a partir da terceira fase. Ambas atendem as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação. Foram realizados sete encontros

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente Assistente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Chapecó (SC).

² Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente Assistente da UDESC. Chapecó (SC). Email: edlamar.adamy@udesc.br

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente Assistente da UDESC. Chapecó (SC).

⁴ Enfermeira. Mestre. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Joaçaba (SC).



Trabalho 1

totalizando 44 horas de capacitação, no período compreendido entre os meses de setembro de 2011 a dezembro de 2012. **RESULTADOS:** A capacitação aconteceu em etapas: **1ª etapa: Fase Diagnóstica** - momento em que foi identificada a percepção dos docentes e acadêmicos de enfermagem sobre a SAE utilizando-se da técnica denominada tempestade de ideias. Buscou-se identificar o conhecimento, as habilidades, competências, dificuldades e facilidades dos participantes. **2ª etapa: Capacitação** - A partir da identificação das necessidades, propôs-se o desenvolvimento das atividades por meio de módulos teóricos interativos, utilizando prioritariamente as metodologias participativas. Foram discutidas: concepções teóricas e filosóficas que norteiam a enfermagem; legislação da prática de SAE desenvolvidas no Brasil; exercícios do modelo conceitual selecionado a partir de casos identificados nas unidades de internação; avaliação do PE e elaboração de formulários próprios. **3ª etapa: Seleção do método de estudo e abordagem da SAE no Curso.** Neste momento iniciou-se o processo de discussão da SAE, de forma ordenada e prioritária. A execução do projeto de extensão possibilitou a integração acadêmica, articulando-se ensino e pesquisa, e aconteceu concomitantemente a um projeto de pesquisa denominado: "Sistematização da Assistência de Enfermagem: um instrumento necessário à profissão?". A capacitação integrou áreas do conhecimento ressaltando-se aspectos da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade tornando-se um referencial para muitas disciplinas. O projeto possibilitou a capacitação de docentes e acadêmicos acerca da temática, permitindo a aproximação das instituições de saúde parceiras em atividades teóricas, práticas e de estágio, resultando no impacto científico positivo na formação profissional. Dentre as dificuldades encontradas residem os múltiplos referenciais teóricos e metodológicos sobre SAE encontrados na literatura, o que não permitiu um aprofundamento do conteúdo. A descontinuidade da participação de docentes e acadêmicos nos encontros também foi um fator dificultador. Estas dificuldades não permitiram elaborar o formulário próprio para aplicação da SAE pelas escolas. Os resultados corroboram com a definição de que o processo de ensinar e aprender são complexos, o que implica a necessidade de contínuo aperfeiçoamento dos docentes³. **CONCLUSÃO:** Entende-se que as escolas de graduação em enfermagem precisam estar na vanguarda do conhecimento, propondo possibilidade para desenvolver a SAE como exercício acadêmico, de modo que o estudante perceba a sua importância para a profissão e desenvolva-a na prática profissional. A implantação da SAE poderá ser importante para alicerçar a enfermagem enquanto profissão; qualificar, ainda mais, o cuidado de enfermagem; ampliar a visão de gestão e gerência; reduzir custos; melhorar as anotações no prontuário e aumentar os conhecimentos técnico, científicos e humanos da equipe. Neste sentido, o curso de enfermagem busca aprofundar este conhecimento de modo que nos futuros projetos de pesquisa e extensão a SAE torne-se mais evidente e se perceba a relevância do tema no cotidiano da Enfermagem. A parceria entre as IES e instituições de saúde qualificam o processo de ensino aprendizagem, sobretudo no ensino da legislação do exercício profissional, possibilitando maior visibilidade a profissão. Conclui-se que estas discussões precisam ser constantes e a troca de experiência entre as IES e o serviço são elementos fundamentais para o desenvolvimento do aprendizado dos docentes, profissionais e acadêmicos na consolidação da SAE como uma prática profissional. Não obstante, a relevância da SAE ter sido amplamente referendada, torna-se uma ferramenta útil que contribui para fomentar o conhecimento da enfermagem. Faz-se necessário contextualizar a temática no que diz respeito às dificuldades encontradas na sua implantação, visto que, a viabilidade depende de vários fatores. **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Formação mais integral dos acadêmicos;

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente Assistente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Chapecó (SC).

² Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente Assistente da UDESC. Chapecó (SC). Email: edlamar.adamy@udesc.br

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente Assistente da UDESC. Chapecó (SC).

⁴ Enfermeira. Mestre. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Joaçaba (SC).



Trabalho 1

geração de novos projetos extensionistas; produção do conhecimento; indicadores/insumos para análise de políticas públicas e atividades acadêmicas complementares.

REFERÊNCIAS:

- 1) Krauzer, IM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: um instrumento de trabalho em debate. [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. 2009. 99 p.
- 2) Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/section-nt.asp?infld=1114&editionsectionId=15§ionparentId=>> Acesso em: 02 maio 2013.
- 3) Cossa RMV, Almeida MA. Facilidades no ensino do processo de enfermagem na perspectiva de docentes e enfermeiros. *Rev. Rene.* 2012; 13(3):494-503.
- 4) Silva, MJP. *Comunicação tem remédio*. São Paulo: Edições Loyola;2007.
- 5) Fontes WD, Leadebal ODCP, Ferreira JA. Competências para aplicação do processo de enfermagem: autoavaliação de acadêmicos concluintes do curso de graduação. *Rev. Rene.* 2010; 11(3): 86-94.

Descritores: Processos de Enfermagem. Educação. Educação continuada.

Eixo 1: Ensino de Enfermagem.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente Assistente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Chapecó (SC).

² Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente Assistente da UDESC. Chapecó (SC). Email: edlamar.adamy@udesc.br

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente Assistente da UDESC. Chapecó (SC).

⁴ Enfermeira. Mestre. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Joaçaba (SC).



Trabalho 2

ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Rosimere Ferreira Santana¹

Tânia Cristina Franco Santos²

Lilian Prates Belem Behring³

Resumo: A Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) é regulamentada pela lei do exercício profissional através da Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, a problemática insere-se na necessidade e urgência do cumprimento legal desta normativa em todos os níveis da assistência de enfermagem. **Objetivos:** Descrever a estratégia de capacitação de profissionais enfermeiros, acadêmicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de enfermagem da rede de saúde do Estado do Rio de Janeiro, denominado Projeto CAPACITA-COREN-RJ[®]. **Método e Materiais:** trata-se de um relato de experiência de cunho quali-quantitativo descritivo analítico com variáveis bimodais. **Resultados:** Programaram-se três estratégias de ensino: 1) destinada a equipe de enfermagem e acadêmicos, denominado Registro de enfermagem com enfoque na Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2) Suporte teórico para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, direcionado a enfermeiros e acadêmicos de enfermagem. 3) Aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem voltada para a prática profissional, uma continuidade do primeiro curso, destinado a mesma clientela. Estes enfocam o raciocínio clínico com uso de diferentes classificações. O formato do curso possui duração de 10 horas, com avaliações padronizadas ao final do curso, e certificação. No primeiro semestre de 2013, realizou-se 13 cursos, 2 sobre registros, 8 sobre suporte teórico e, 3 práticos. Com participação de 822 profissionais de enfermagem, destes 661 enfermeiros, 64 técnicos de

¹ Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgico (MEM/EEAAC/UFF). Líder do GESAE_UFF. rosifesa@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora Nacional do programa da Rede Universitária de Telemedicina RUTE/SIG Enfermagem Intensiva e de Alta Complexidade e Coordenadora de Cursos de Urgência e Emergência do Programa Telesaúde Brasil núcleo Rio de Janeiro, Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, Coordenadora do Projeto de capacitação de enfermagem do Estado do Rio de Janeiro - Capacita CorenRJ.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ). Docente convidada do Projeto Capacita-COREN-RJ



Trabalho 2

enfermagem, 91 auxiliares de enfermagem e 6 auxiliares de enfermagem. Quanto a localização 5 foram realizados no interior do Estado, 6 Hospitais Estaduais, 2 Policlínicas; 1 Hospital de Doenças Transmissíveis; 1 Hospital Federal de Cardiologia; 1 Hospital Federal Universitário; 2 Universidades; 1 Hospital Universitário Estadual; 1 Emergência Municipal, e 2 Hospitais Municipais de atendimento Geral, e 1 Hospital Privado. **Conclusão:** A estratégia adotada tem-se mostrado adequada com avaliação positiva na organização dos conteúdos em três atividades inter-relacionadas, dinâmicas e motivadoras para implantação da SAE.

Descritores: Educação Continuada em Enfermagem; Processos de Enfermagem; Diagnostico de Enfermagem

Eixo: Ensino



Trabalho 3

FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA

Diana Cecagno¹; Juliana Marques WeyKcamp Tavares², Flavio Peraça Vieira³
José Richard de Sosa Silva⁴, Hedi Crecencia Heckler de Siqueira⁵

Introdução: Atualmente, as mudanças intensas e sucessivas estimuladas e fortalecidas pela globalização caracterizam uma sociedade em transição paradigmática, induzindo uma nova forma de pensar, ser e agir exigindo a construção contínua de conhecimento. A formação profissional na área da saúde, requer, como forma de desenvolvimento, a incorporação de tecnologias da informação que podem proporcionar um aprendizado mais qualificado e, com isso, propiciar mudanças de comportamento tanto nos profissionais da saúde como da população assistida. Neste sentido, é necessário utilizar uma metodologia de ensino-aprendizagem centrada no discente, orientada ao indivíduo, à família e à comunidade e que leva em conta a realidade na qual se encontram inseridos como um todo, cujos elementos que o compõem se interrelacionam, interdependem e influenciam-se mutuamente. Esse pensar sistêmico/ecossistêmico, percebe a interrelação entre os fenômenos, apreende as noções de complexidade e dos fluxos em redes. Entende-se, que os fatores econômicos, tecnológicos, culturais e saúde se encontram vinculados, interdependentes, se influenciam mutuamente e, por isso, precisam convergir de maneira congruente em benefício do bem estar da população, possibilitando o alcance da sustentabilidade¹. É necessário reconhecer que a interação do ser humano com o meio, a sua autonomia na construção e reconstrução do conhecimento possibilita a transformação de informações que se expressam em processos de aprendizagem e desenvolvimento². Considerando o exposto **objetivou-se** refletir acerca da formação do enfermeiro, sob a perspectiva ecossistêmica. Essa reflexão **justifica-se** na medida em que visa contribuir com a produção de estudos a respeito da formação do enfermeiro. Essa produção do saber poderá proporcionar subsídios para as Instituições de Ensino Superior que oferecem cursos de graduação em enfermagem, especialmente, no que se refere ao processo ensino-aprendizagem. **Metodologia:** Trata-se de uma reflexão teórico-filosófica em analogia a autores que trabalham e discutem a formação profissional com olhar ecossistêmico. **Resultados e discussão:** a formação e o trabalho dos profissionais de enfermagem/saúde, ao ser percebida numa concepção formativa, fundamentada nas necessidades de saúde da população, deve integrar ensino e serviço como uma proposta estratégica interrelacionada envolvendo uma visão política de formação com base no rigor científico e intelectual pautado em princípios éticos em interação com o ambiente ou seja o ecossistema como um todo. A construção dessa estratégia sistêmica/ecossistêmica visa integrar todos os elementos

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem/FURG. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem/FURG. Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem/ UFPEL – Membro do grupo de Estudo e Pesquisa Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem Saúde (GEES). Email: cecagnod@yahoo.com.br

² Enfermeira. Membro do GEES³

³ Enfermeiro. Especialista em Didática e Metodologia do Ensino Superior, Faculdade Anhanguera de Pelotas, Mestrando em Enfermagem pela FURG, e membro do GEES. Funcionário técnico administrativo, HE/UFPEL

⁴ Enfermeiro, Mestre em Enfermagem e Doutorando do Programa de Pós Graduação em Enfermagem FURG Coordenador da Faculdade de Enfermagem Anhanguera de Pelotas/RS. Membro do GEES

⁵ Enfermeira e Administradora Hospitalar, Doutora em Enfermagem pela UFSC, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Saúde – Mestrado e Doutora da FURG e Docente e pesquisadora da Anhanguera/Pelotas. Líder do GEES



Trabalho 3

envolvidos e deve ser expressa num Projeto Pedagógico com conteúdos curriculares apropriados que possibilitam o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes profissionais capazes de qualificar o saber-fazer, o conviver e estimular a continuidade de formação “aprender a aprender”³. A forma de visualizar o ensino com autonomia do indivíduo que aprende requer atitudes que o levam a ser pró-ativo no processo de aprendizagem, conduzindo-o a ser crítico, reflexivo e inovador, características indicadas como necessárias nos tempos atuais³. O processo de construção do conhecimento na perspectiva ecossistêmica deve ser de natureza espiral, buscar instrumentalizar o discente a participar, continuamente, na construção, reconstrução e transformação da aprendizagem, para adquirir as competências, habilidades e atitudes necessárias para o exercício da profissão². Diante da relevância e da complexidade do tema, torna-se necessário direcionar a reflexão a respeito de novas formas de abordar as questões de saúde e a formação profissional. Nesse ponto de vista, é preciso abandonar o ensino, a pesquisa e a prática fragmentada, reducionista que acredita que o estudo das partes permite compreender o todo. A visão ecossistêmica propõe a formação profissional envolvendo e interrelacionando todos os elementos que fazem parte do espaço no qual ela ocorre. Portanto, propõe um olhar de totalidade e de intercâmbio produzindo resultados em conjunto pois, enquanto cada elemento influencia o outro, também é influenciado e, assim o processo de formação profissional deve primar pela não fragmentação do saber¹. Desperta, dessa maneira, um grande desafio emergencial que possibilitará o enfrentamento das questões complexas como saúde e ambiente, ou seja, o desenvolvimento de estratégias de práticas científicas e institucionais que propiciem o “florescer” de abordagens integradas, amparadas numa visão transdisciplinar e com visão ecossistêmica.¹ Quando múltiplos campos do conhecimento interagem em torno de questões comuns, a possibilidade de se constituírem em espaços privilegiados de formação e de encontrar soluções aplicáveis se amplia, pois a análise integrada e contextualizada, ou seja ecossistêmica, acerca dos problemas de saúde e ambiente implica na construção coletiva do conhecimento¹. As ponderações sobre as práticas pedagógicas da enfermagem necessitam ir além das questões epistemológicas e abranger questões ontológicas que dizem respeito ao entendimento da realidade, de significado, de ser e de conviver. Ao abordar a construção do conhecimento e o paradigma educacional emergente, no processo ensino- aprendizagem, esse novo olhar implica considerar o conhecimento construindo redes, nas quais a autonomia e a criatividade são sementes que podem influenciar o pensamento humano numa probabilidade de reconstrução da educação e da condição de aprendiz a partir da compreensão da realidade e do significado da própria existência². Nessa linha de pensamento, a formação e o trabalho dos profissionais de saúde, entre os quais o enfermeiro, também vem sofrendo impactos significativos provocados pela (re)orientação dos sistemas e serviços de saúde, com base no Sistema Único de Saúde (SUS). Refletir sobre esses aspectos indispensáveis para a prática do enfermeiro, leva a questionar a respeito dos atores sociais envolvidos no processo de formação do profissional enfermeiro: como o PP busca criar condições para desenvolver um processo de ensino-aprendizagem capaz de dotar o acadêmico de conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar nos diferentes contextos da prática profissional? Qual o embasamento que o acadêmico recebe para compreender as influências ambientais na saúde e a necessidade de adequar o cuidado às peculiaridades locais conforme o tempo e o espaço em que se encontra atuando? **Contribuições para a enfermagem:** Enfatiza-se que o investimento nas



Trabalho 3

práticas pedagógicas, conforme apontado ao longo do texto, poderá tornar-se real, concreto e contribuir na formação de um profissional crítico, reflexivo, comprometido e capaz de modificar a sua realidade, tornando-o corresponsável pela transformação sócio-cultural necessária para que seja possível a concretização das políticas de saúde do SUS, com destaque na promoção e prevenção da saúde dos usuários.

Descritores: Ecossistema; Enfermeiros; Educação em Enfermagem.

Eixo1: ENSINO DE ENFERMAGEM

REFERENCIAS

- 1.FREITAS, C.M. ; PORTO, M.F. *Saúde, ambiente e sustentabilidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.
- 2.MORAES, M.C. *Pensamento Eco-Sistêmico: Educação, aprendizagem e cidadania no século XXI*. 2ed., Petrópolis, RJ:Vozes, 2008.
- 3.FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia*. São Paulo: Paz Terra, 2009.



Trabalho 4

INTENÇÕES E VALORES DE UMA FERRAMENTA COMPUTACIONAL PARA AUXÍLIO AO ENSINO DO PROCESSO DE RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO

Carla Luiza da Silva¹

Marcia Regina Cubas²

Andreia Malucelli³

Mariane Antunes Cavalheiro⁴

Denilsen Carvalho Gomes⁵

Resumo: Com os avanços da prática de enfermagem e dos recursos pedagógicos, há a necessidade de uma discussão sobre a incorporação de ferramentas computacionais para o ensino do raciocínio para o desenvolvimento do Diagnóstico de Enfermagem na formação acadêmica. O objetivo foi analisar as intenções e os valores de uma ferramenta computacional para auxílio ao ensino do processo de raciocínio diagnóstico. Trata-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa, tendo como cenário uma Escola de Enfermagem de Curitiba e uma Escola de Enfermagem de São Paulo. Os participantes foram doze docentes mestres ou doutores, selecionados por acompanharem disciplinas de prática clínica, tanto no âmbito hospitalar quanto da saúde coletiva. A coleta de dados ocorreu junho a março de 2011, por meio de entrevista semiestruturada. A organização dos dados ocorreu pela Análise de Discurso, que, a partir das categorias de análise, Intenção e Valores inseridos na ferramenta computacional, originou subcategorias interpretativas. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR. Resultados: na categoria Intenção, encontrou-se as seguintes subcategorias semelhantes: Facilitar o processo de raciocínio; Facilitar o ensino-aprendizagem; Avaliação do aluno e autoavaliação dos usuários do sistema. No grupo da complementariedade não se encontrou subcategoria. Na subcategoria singular encontrou-se: Reflexão sobre a prática; Utilização de metodologias informatizadas; Verificação de falhas no uso de tecnologias; Indutor de mudança; Utilização por toda enfermagem; Sistematizar um caminho para o raciocínio; Aluno como produtor dos estudos de casos; Proporciona autonomia; Familiarizar os usuários com as ferramentas. Na Categoria Valor, e sua respectiva subcategoria semelhante, encontrou-se apenas uma subcategoria, Capacitação contínua. Foram encontradas duas subcategorias complementares, que são: Ferramentas como um

¹ Enfermeira. Mestre em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 - CEP 84030-900. Bloco M-DENSP. Fone: 042-3220-3735. E-mail: clsilva21@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Email: marciacubas@gmail.com

³ Bacharel em Informática. Doutora em Engenharia Eletrotécnica e de Computadores. Professora do Programa de Pós-Graduação em Informática, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Email: malu@ppgia.pucpr.br

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Bolsista Fundação Araucária. Enfermeira assistencial no Hospital Geral Unimed de Ponta Grossa – Pr. Email: mariane1_cavalheiro@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Bolsista Marcelino Champagnat. Enfermeira Assistencial no SAMU São José dos Pinhais, Pr. Email: deni_cgomes@yahoo.com.br



Trabalho 4

auxílio ao profissional; Utilidade na prática assistencial, e outras dez singulares, sendo elas: Inovação; Aprendizagem; Respeito ao método; Defesa de conceito e visão de mundo; Avaliação e recuperação de informação; Professor como orientador do processo de aprendizagem; Reflexão sobre o aprendizado do aluno; Ferramenta pode normatizar o desenvolvimento da aprendizagem do diagnóstico; Desconfiança; Adaptação com tecnologias. Conclusões: Verificou-se que as ferramentas computacionais ao serem inseridas e trabalhadas pedagogicamente devem ser discutidas observando seus aspectos de planejamento e a melhor estratégia de aplicação no ensino e na prática assistencial. Observou-se que a ferramenta pode aperfeiçoar o processo de raciocínio diagnóstico e dinamizar o estudo de uma maneira interativa sem preterir o método tradicional de ensino.

Palavras-chave: Informática em Enfermagem. Tecnologia Educacional. Educação em Enfermagem.

Eixo temático: Ensino de Enfermagem

Referências

- ALMEIDA, M.A. **Competências e o processo de ensino-aprendizagem no diagnóstico de enfermagem:** concepção de docentes e discentes. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PUCRS, 2002.
- ALMEIDA, M.A. Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. **Rev. Bras Enferm.** v. 57, n. 3. p. 279-83, 2004.
- BRONDANI, A.M. **Relacionamento entre termos da CIPE® para compor diagnósticos de enfermagem relacionados ao foco processo do sistema circulatório.** Dissertação (Mestrado em Tecnologia em Saúde) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba: PUC, 2010.
- CERULLO, J.A.S.B; CRUZ, D.A.L.M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 18, n. 1. 6 telas. Jan,-fev. 2010.
- CORRÊA, C.G. **Raciocínio clínico:** o desafio do cuidar. Tese (Doutorado em Enfermagem). - Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2003.
- CUBAS, M.R.; ALBUQUERQUE, L.M. **O uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e do Inventário Vocabular da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem como instrumento da Consulta de enfermagem.** In: Santos, A.S.; CUBAS, M.R. Saúde Coletiva: Linhas de Cuidado em Consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- ENEMBRECK, F.S. **Análise de uma ferramenta computacional para auxílio ao ensino do raciocínio para o diagnóstico de enfermagem sob a ótica dos componentes fundamentais da teoria social da aprendizagem.** Dissertação (Mestrado em Tecnologia em Saúde) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba: PUC, 2012.
- KUIPER, R.; PESUT, D.; KAUTZ, D. Promoting the self-regulation of clinical reasoning skills in nursing students. **Open Nursing Journal.** v. 3. p. 76-85. 2009.



Trabalho 4

LEE, J.; CHAM, A.C.M.; PHILIPS, D.R. Diagnosis practice in nursing: a critical review of the literature. **Nursing Health Science**. v. 8, n.1. p. 57-65, 2006.



Trabalho 5

1

COMPONENTES DA TEORIA SOCIAL DE APRENDIZAGEM IDENTIFICADOS NUMA FERRAMENTA COMPUTACIONAL PARA ENSINO NA ENFERMAGEM

Elaine Cristina Rodrigues da Costa¹

Fabiane Santos Enenbreck²

Marcia Regina Cubas³

Lúcia Yasuko Izumi Nichiata⁴

Andreia Malucelli⁵

¹ Mestranda. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Enfermeira Assistencial. Hospital Vita Curitiba. ecrcosta@ig.com.br.

² Mestre. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Enfermeira assistencial. Hospital Vita Curitiba. fabianestos@yahoo.com.br.

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. m.cubas@pucpr.br

⁴ Professor Associado, Livre-Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de São Paulo. izumi@usp.br

⁵ Doutora em Engenharia Eletrotécnica e de Computadores. Professora Titular. Programa de Pós-graduação em Informática. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. malu@ppgia.pucpr.br



Trabalho 5

2

¹ Mestranda. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Enfermeira Assistencial. Hospital Vita Curitiba. ecrcosta@ig.com.br.

² Mestre. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Enfermeira assistencial. Hospital Vita Curitiba. fabianestos@yahoo.com.br.

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. m.cubas@pucpr.br

⁴ Professor Associado, Livre-Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de São Paulo. izumi@usp.br

⁵ Doutora em Engenharia Eletrotécnica e de Computadores. Professora Titular. Programa de Pós-graduação em Informática. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. malu@ppgia.pucpr.br



Trabalho 5

3

INTRODUÇÃO Nas últimas décadas, o processo educacional passa por modificações que incluem a presença constante de tecnologias digitais. O ensino na Enfermagem não está alheio a este movimento, identificando-se na literatura, exemplos de estratégias pedagógicas que utilizam dos instrumentos da computação para auxílio do ensino-aprendizagem de seus conteúdos⁽¹⁻²⁾. A aprendizagem é um processo de construção do estudante que elabora seus saberes por meio de interações estabelecidas com o professor⁽³⁾. Sendo assim, *softwares* educativos construídos para potencializar a aprendizagem e o trabalho docente pressupõem interatividade e uma organização baseada em teorias e metodologias pedagógicas compatíveis com os princípios apresentados⁽³⁾. No desenvolvimento da ferramenta computacional tomou-se como referência a Teoria Social de Aprendizagem (TSA)⁽⁵⁾, que relaciona quatro componentes fundamentais para a aprendizagem: o significado, que exprime a necessidade de dar sentido para o que aprendemos; a prática, que revela a vivência do “aprender fazendo”; a comunidade, que expõe a aprendizagem construindo um sentimento de pertença; e a identidade, que apresenta aspectos relacionados à aprendizagem como processo de construção/transformação de identidade pessoal⁽⁵⁾. **objetivo:** identificar como se apresentam os componentes fundamentais da Teoria Social de Aprendizagem numa ferramenta para auxílio ao ensino do processo de raciocínio para elaboração do Diagnóstico de Enfermagem. **Método** Estudo realizado em duas escolas de Enfermagem, sendo uma na capital do estado do Paraná, e a outra na capital do estado de São Paulo. critérios de inclusão: Professores de disciplinas da prática clínica hospitalar ou em saúde coletiva, por mais de três anos; mestres ou doutores na área de Enfermagem ou da Educação; Estudantes do último ano da graduação. critérios de exclusão: Professores com duplo vínculo em instituição formadora e que não utilizavam linguagens de DE na sua prática docente. Estudantes do último ano de graduação que, no período da coleta, estavam afastados para tratamento de saúde; apresentavam pendências em disciplinas de prática clínica e os transferidos de outras instituições no último ano. Os dados foram coletados por meio de grupo focal, os discursos produzidos foram de questões abertas que abordavam os componentes da TSA, após foram transcritos e submetidos à limpeza. Foram realizadas leituras do texto; identificação dos temas e figuras; busca de ligação entre eles; identificação de harmonia ou mais de um sentido na fala dos enunciadores; seguida da recomposição por meio de frases temáticas que facilitaram a categorização do material; e identificação dos componentes da TSA. Foram extraídos 79 temas, que foram agrupados em cinco categorias analíticas (quatro relacionadas aos componentes da TSA e uma emergente transversal, o próprio aprendido) e em 21 subcategorias. **RESULTADOS** sistemas computacionais podem trazer contribuições significativas para o processo de organização e documentação que envolve as fases do Processo de Enfermagem⁽⁴⁾. A aprendizagem pela prática é premente um processo de capacitação que sustentará o raciocínio para o estabelecimento do Diagnóstico de Enfermagem, que na assistência carece de uma padronização, cuja implantação deve ser

¹ Mestranda. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Enfermeira Assistencial. Hospital Vita Curitiba. ecrcoستا@ig.com.br.

² Mestre. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Enfermeira assistencial. Hospital Vita Curitiba. fabianestos@yahoo.com.br.

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. m.cubas@pucpr.br

⁴ Professor Associado, Livre-Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de São Paulo. izumi@usp.br

⁵ Doutora em Engenharia Eletrotécnica e de Computadores. Professora Titular. Programa de Pós-graduação em Informática. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. malu@ppgia.pucpr.br



Trabalho 5

4

submetida a constante avaliação. Discute-se que há enfermeiros que além de deixarem de realizar o DE, realizam intervenções que não estão relacionados aos problemas encontrados, desta forma, identificam que usar um recurso que auxilie na aprendizagem do raciocínio DE seria interessante, com potencial melhoria da atenção. Desta forma, o professor deve compreender as mudanças que envolvem o ensino-aprendizagem utilizando dos recursos computacionais, buscando meios facilitadores, além de competência técnica para enfrentar esta realidade. Sentimento de pertencimento a comunidade Para que a participação da Enfermagem seja reconhecida e haja um sentimento de pertencimento, com recursos tecnológicos dependem de um processo de aperfeiçoamento, possibilitando ampliar a visibilidade da profissão. Construção de identidade Para criação de uma identidade, a ferramenta deve possibilitar, em seus estudos de caso, a contextualização e facilitar a avaliação de todos os envolvidos. A inovação diz respeito à renovação e mudança de comportamentos e atitudes no processo de ensino-aprendizagem, avaliando-se positivamente, embora apresente desafios. Há evidência sobre a necessidade do preparo do aluno na construção do conhecimento e um dos recursos facilitadores para este processo seria a mediação da tecnologia, que permitiria ao professor atuar como orientador e não como condutor. **CONCLUSÃO** O estudo oportunizou a identificação de aspectos que remetem a inclusão de componentes fundamentais da Teoria Social da Aprendizagem em um recurso computacional, sendo que a presença da aprendizagem como categoria emergente e transversal e que a mesma ocorre em um movimento circular e dinâmico. Identificaram-se limitações nos estudantes e professores diante de recursos tecnológicos, bem como se enfatizou a importância de capacitação profissional para melhorar o processo de ensino/aprendizagem e que a presença do uso do computador não é o suficiente para apoiar este processo. Para além da motivação de professores e estudantes, ambos precisam estar preparados para enfrentar a exigência da realidade e contribuir com a prática de ensino e a assistencial. Oferecer uma ferramenta pedagógica para apoiar no desenvolvimento do raciocínio clínico, auxiliar a interpretação dos dados e trabalhar com o uso de Diagnósticos de Enfermagem é uma experiência gratificante, porém parece ser um grande desafio.

Descritores: Pesquisa em Educação de Enfermagem; Prática do Docente de Enfermagem; Informática em Enfermagem; Ensino de enfermagem.

¹ Mestranda. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Enfermeira Assistencial. Hospital Vita Curitiba. ecrcoستا@ig.com.br.

² Mestre. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Enfermeira assistencial. Hospital Vita Curitiba. fabianestos@yahoo.com.br.

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. m.cubas@pucpr.br

⁴ Professor Associado, Livre-Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de São Paulo. izumi@usp.br

⁵ Doutora em Engenharia Eletrotécnica e de Computadores. Professora Titular. Programa de Pós-graduação em Informática. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. malu@ppgia.pucpr.br



Trabalho 5

5

REFERÊNCIAS

1. Peres HHC, Meira KC, Leite MMJ. Ensino de didática em enfermagem mediado pelo computador: avaliação discente. Rev. esc. enferm. USP [periódico na Internet]. 2007 Jun [citado 2013 Jan 22]; 41(2): 271-278. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/13.pdf>>
2. Prado C, Vaz DR, Almeida DM. Teoria da Aprendizagem Significativa: elaboração e avaliação

¹ Mestranda. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Enfermeira Assistencial. Hospital Vita Curitiba. ecrcosta@ig.com.br.

² Mestre. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Enfermeira assistencial. Hospital Vita Curitiba. fabianestos@yahoo.com.br.

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. m.cubas@pucpr.br

⁴ Professor Associado, Livre-Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de São Paulo. izumi@usp.br

⁵ Doutora em Engenharia Eletrotécnica e de Computadores. Professora Titular. Programa de Pós-graduação em Informática. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. malu@ppgia.pucpr.br



Trabalho 5

6

de aula virtual na plataforma Moodle. Rev Bras Enferm [periódico na Internet]. 2011 Nov-Dez [citado 2013 Jan 22]; 64(6): 1114-21. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a19.pdf>>

3. Silva M. Educação na cibercultura: o desafio comunicacional do professor presencial e online. Revista da Faeeba Educação e Contemporaneidade. 2003 12(20): 261-72.

4. Nichiata LYI, Padoveze MC, Ciosak SI, Gryscek ALFPL, Costa AA, Takahashi RF et al. The International Classification of Public Health Nursing Practices - CIPESC[®]: a pedagogical tool for epidemiological studies. Rev. esc. enferm. USP [periódico na Internet]. 2012 Jun [citado 2013

5. Wenger, E. Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity. New York: Cambridge University Press, 1998.

¹ Mestranda. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Enfermeira Assistencial. Hospital Vita Curitiba. ecrcosta@ig.com.br.

² Mestre. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Enfermeira assistencial. Hospital Vita Curitiba. fabianestos@yahoo.com.br.

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. m.cubas@pucpr.br

⁴ Professor Associado, Livre-Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de São Paulo. izumi@usp.br

⁵ Doutora em Engenharia Eletrotécnica e de Computadores. Professora Titular. Programa de Pós-graduação em Informática. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. malu@ppgia.pucpr.br



Trabalho 6

ESTUDO DE CASO COMO SISTEMÁTICA DE ENSINO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

MARQUES BAPTISTA, CarmenLilium Brum¹, JOSÉ, Karise Christie Canali Abdala², LISIESKI, Nádia³

Sistematizar a assistência de enfermagem é condição para exercermos plenamente, nossas ações de cuidado ao paciente com qualidade e segurança. Para tal, é necessário que ensinemos aos acadêmicos de enfermagem a realizar todos os seus passos. Contudo verifica-se que uma das maiores dificuldades dos alunos refere-se à tomada de decisão para a definição dos diagnósticos de enfermagem pertinentes aquele paciente de maneira que possam efetivamente ser aplicados. 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 ao alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável”¹ (p. 33). Enquanto instrumento de trabalho, o diagnóstico de enfermagem proporciona ao enfermeiro um plano de ação, que o aproxima de seu objeto de trabalho através de ações anteriormente refletidas, embasado nos problemas detectados no paciente e, portanto, a produtividade espelha a sensível melhora no processo de trabalho através da qualidade das ações². Diante desta problemática optou-se em trabalhar a disciplina de Sistematização da Assistência de Enfermagem, no curso de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau, através de uma metodologia processual de construção do seu conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem e consequentemente sobre o diagnóstico de enfermagem tendo como estratégia o estudo de caso. O estudo de caso caracteriza-se como metodologia investigativa, quando se quer compreender, explorar e descrever acontecimentos no qual diversos fatores são envolvidos³. Trabalha-se com momentos de concentração e dispersão, utilizando neste último momento estudos casos clínicos acompanham os alunos desde o primeiro dia de aula. Nestes estudos, o aluno retoma a teoria voltada a prática verificando a aplicação dos princípios estudados. Acredita-se na sistematização da assistência de enfermagem como um gerenciador do cuidado de enfermagem, sendo assim após a introdução onde se abordamos marcos históricos e legais da SAE, inicia-se a revisão da coleta de dados, onde procura-se abordar a origem dos dados e os tipos de dados, enfatizando que os dados trabalhados para o diagnósticos de enfermagem são os dados atuais, objetivos e subjetivos. Os dados de histórico servem como cenário para as situações atuais. Neste momento, tem-se a abordagem das respostas humanas do indivíduo, família e comunidade que são abordados sobre o ponto de vista de achados que se desviam da normalidade (positivamente ou negativamente), e de achados que não são respostas humanas, mas que intervêm sobremaneira na situação atual do paciente. Ao trabalharmos as respostas humanas as mudanças na sua saúde e no ciclo vital procuram-se realizar, e ensinar aos alunos a buscar por uma sequência lógica de eventos caracterizando a situação de uma cadeia de complexidade encontrada no histórico do paciente, e nas interações fisiopatológicas que indivíduo vivência. E somente neste momento se faz a abordagem dos diagnósticos de enfermagem que são realmente significativos para o paciente do ponto de vista fisiopatológico, emocional e social. Estimula-se neste momento manuseio do manual de diagnóstico de enfermagem, e a leitura da definição do diagnóstico de enfermagem, como fator de escolha de um diagnóstico em detrimento do outro. Observamos que os estudos de caso clínicos, trazem a tona as dificuldades de se produzir a integralização entre as diversas áreas do conhecimento que permeiam a formação do enfermeiro, ainda sendo fragmentada pelo aluno em sistemas que não se comunicam. Mas no ser humano, como ser único, as interações são constantes e essenciais ao viver, trazendo dificuldade em se produzir diagnósticos de enfermagem fidedignos ao ser assistido. Os diagnósticos de enfermagem devem ser priorizados para que realmente possam ser aplicados na prática, caso contrário tornam-se apenas teoria ficando longe da realidade vivenciadas nos campos de estágio. Ao trabalharmos com um estudo de caso clínico que se estende por toda carga

1. Enfermeira, Mestre em Assistência de Enfermagem , professora horista do Curso de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau, Enfermeira da Gerência de Saúde de Blumenau - cliliammarques@gmail.com
2. Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva, professora substituta do Curso de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau. karisejose@hotmail.com
3. Enfermeira, Mestre em Saúde da Família e Gestão do trabalho, professora substituta do Curso de Enfermagem da Universidade regional de Blumenau. nadia.lisieski@sc.senac.com.br



Trabalho 6

horária da disciplina, produz-se a identificação do aluno com o paciente, fictício, permitindo o aprofundamento nas questões específicas. Ao produzir-se a apresentação em sala de aula de cada uma das fases da sistematização da assistência de enfermagem, trocam-se as informações e surge o aprendizado com a vivência do outro, funcionando como um agregador de mais conhecimentos. Abre-se neste momento o leque da criatividade dos alunos, para formas de estudar e aprender em enfermagem. Para compartilhar a sistematização da assistência de enfermagem os alunos utilizam esquemas, aplicativos, cartazes entre outros, para justificar seus achados e suas linhas de pensamento, de modo que os diagnósticos de enfermagem sejam fidedignos e adequados ao paciente. Ao final da disciplina que se desenvolve em 54 horas, percebe-se que os alunos começam a desenvolver as habilidades para fazer a sistematização da assistência de enfermagem e o diagnóstico de enfermagem, estimula-se a capacidade do aluno em pensar em várias informações, permitindo que as áreas específicas conversem entre si. Bem como se espera que os alunos sejam capazes de mudar de uma categoria de informação para outra e identificar as várias implicações a partir das informações coletadas⁵. A prática do que foi aprendido em sala de aula, é a aplicação diária da sistematização da assistência de enfermagem nos campo de estágio, que são realizados em unidades hospitalares nas mais diversas áreas: clínica médica, cirúrgica, pediatria, emergência, infectologia e neurocirurgia. Sendo assim o aluno tem a possibilidade de experienciar, sob supervisão dos professores, a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem em pacientes reais. Colocam em prática o planejamento do cuidado de enfermagem, ao ponto de reconhecerem o perfil de pacientes internados, tanto patologicamente quanto epidemiologicamente, e produzirem instrumentos de coleta de dados e padrões mínimos de assistência, que agilizam a aplicação de sistematização e facilitam a aplicação do diagnóstico de enfermagem. Isto ocorre em nossa realidade pela falta de informatização da sistematização da assistência em unidades abertas das instituições onde os estágios ocorrem. Sendo assim o curso de enfermagem leva os alunos a desenvolver suas habilidades de pensamento lógico e ampliar seus conhecimentos na ciência da enfermagem, juntamente com o conhecimento científico e habilidades interpessoais.

Referências:

1. CARPENITTO, L. J. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 8ª.ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
2. FOSCHIERA, F.; VIERA, C. S. - **O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br
3. YIN, R.K. O Método de Estudo de Caso. 4ª ed. Ed. Bookmann, 2010.
4. LUNNEY, M, COL. Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: Análise e estudos de caso em enfermagem. Porto Alegre, Artmed, 2011.

Educação em enfermagem; estudo de caso; diagnóstico de enfermagem;

1. Enfermeira, Mestre em Assistência de Enfermagem , professora horista do Curso de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau, Enfermeira da Gerência de Saúde de Blumenau - cliliammarques@gmail.com
2. Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva, professora substituta do Curso de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau. karisejose@hotmail.com
3. Enfermeira, Mestre em Saúde da Família e Gestão do trabalho, professora substituta do Curso de Enfermagem da Universidade regional de Blumenau. nadia.lisieski@sc.senac.com.br



Trabalho 6

Eixo 1 - ENSINO EM ENFERMAGEM

1. Enfermeira, Mestre em Assistência de Enfermagem , professora horista do Curso de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau, Enfermeira da Gerência de Saúde de Blumenau - cliliamarques@gmail.com
2. Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva, professora substituta do Curso de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau. karisejose@hotmail.com
3. Enfermeira, Mestre em Saúde da Família e Gestão do trabalho, professora substituta do Curso de Enfermagem da Universidade regional de Blumenau. nadia.lisieski@sc.senac.com.br



Trabalho 7

DOCÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CAMPO PRÁTICO DE GERENCIAMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sherida Karanini Paz de Oliveira¹; Ana Beatriz Diógenes Cavalcante²; Rafaela Carolini de Oliveira Távora³, Lídia Stella Teixeira Meneses⁴; Samila Gomes Ribeiro⁵

A graduação em enfermagem no Brasil vivencia transformações e faz-se importante ressaltar o quantitativo de enfermeiros graduados por ano. Esses devem ser capazes de uma reflexão crítica e ética e estar aptos ao exercício de habilidades e competências assistenciais e gerenciais dos serviços de enfermagem. Assim, nas atividades de estágio faz-se necessário que seja oportunizado conhecimentos teórico-práticos aos alunos. Objetivou-se relatar experiência vivenciada em campo prático acadêmico com discentes de enfermagem relacionada a gerenciamento e escalas de serviço. O lócus constituiu-se de quatro instituições de saúde conveniadas em 2012. A ação baseou-se na Metodologia Ativa como a Problemática e a Aprendizagem baseada em problemas¹, por meio da utilização do Arco de Charles Maguerez¹: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação na realidade. Com foco nas escalas de serviço, foi realizada leitura, revisão e comentários dos pontos a serem melhorados. Os grupos realizaram simulação na elaboração de escalas de serviços, tendo como parâmetros princípios do direito do trabalhador. Apenas uma das instituições, de natureza privada, apresentou os impressos completos plenamente bem elaborados, com clareza nas informações e visualmente apresentados, enquanto que as demais apresentaram precariamente os dados mínimos que deveriam compor este instrumento. É necessário que as instituições hospitalares sigam os rigores legais para a elaboração de suas escalas, bem como melhorem a qualidade de seus impressos. Elaborou-se um modelo de escala para contribuir na melhoria nos registros dos dados, clareza na informação e padronização dos impressos. O trabalho foi significativo e proveitoso para acadêmicos e profissionais do serviço de enfermagem havendo troca de experiências entre a assistência e a academia.

REFERÊNCIA: 1. Prado *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc Anna Nery* 2012; 16 (1):172-7.

Descritores: enfermagem, ensino, gerência.

EIXO 4: Ensino de Enfermagem

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem - UFC. Professora substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. E-mail: karanini@yahoo.com.br

² Enfermeira. Especialista em Administração hospitalar e Saúde pública; Obstetrícia, PSF, Auditoria dos sistemas e serviços de saúde. Docente da Faculdade Terra Nordeste - FATENE-Ce. Membro do grupo de pesquisa da UFC-Ce. abeatrizdc@ig.com.br

³ Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos. Doutoranda em Enfermagem -UFC. rafatavora@yahoo.com.br
Enfermeira. Mestranda em Enfermagem – UFC. lidiastellatm@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em enfermagem - UFC.



Trabalho 8

ENSINO/APRENDIZAGEM DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA OPINIÃO DO MONITOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thabata Vanessa Carneiro Aires¹
Nádile Juliane Costa de Castro²
Thiago Vasconcelos dos Santos³

Introdução: Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade da assistência e maior autonomia aos enfermeiros. (1) Portanto o ensino dessa sistemática de trabalho é de suma importância para os discentes de Enfermagem, tendo em vista que é por meio da SAE que vai se dá a verdadeira fonte de condutas prestadas por esta classe trabalhadora. **Objetivos:** Relatar os obstáculos do ensino da SAE na visão do monitor de Semiologia. **Descrição metodológica:** É um estudo exploratório, de caráter qualitativo, pesquisado por meio de um relato de experiência. **Resultados:** Os obstáculos do ensino/aprendizagem, segundo percepção do monitor de Semiologia foi demonstrado de varias maneiras, citando os casos análogos “Não entendimento das etapas”; “Não compreensão da SAE como ferramenta para consolidação da Enfermagem como ciência”; “Dificuldade no entendimento dos diversos tipos de diagnósticos de enfermagem, assim como do manuseio dos livros e materiais contendo esses diagnósticos”. Observa-se que os docentes não estão alcançando o nível de compreensão por parte dos discentes acerca da SAE e tudo que está em seu entorno; criando um obstáculo no ensino/aprendizagem, dificultando a propagação da Enfermagem como ciência; fazendo com que os alunos saiam da academia realizando condutas curativistas. **Conclusão:** Conclui-se que os docentes necessitam procurar formas mais didáticas para repassar o ensino da SAE tendo em vista a relevância desta ferramenta para os cuidados de Enfermagem. **Contribuições ou implicações para a Enfermagem:** Este trabalho demonstra que os enfermeiros docentes precisam procurar métodos pedagógicos mais eficazes para o ensino da SAE. **Referências:** (1) TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. **Descritores:** Aprendizagem, Ensino, Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Eixo temático:** Ensino de Enfermagem.

1. Enfermeira. Ex -monitora de Semiologia na UNAMA- Universidade da Amazônia. thabata.vanessa@gmail.com.
2. Enfermeira. Mestre em Doenças Tropicais. Docente de Semiologia na UNAMA- Universidade da Amazônia.
3. Enfermeiro. Mestre em Doenças Tropicais. Ex docente de Semiologia e Semiotécnica na UNAMA- Universidade da Amazônia.



Trabalho 9

CONCEPÇÕES E ESTRATÉGIAS DO PROFESSOR PARA DESENVOLVER O PENSAMENTO CRÍTICO REFLEXIVO DO ALUNO

Isamara Correa Lemos* Eloisa Helena Santos**

Introdução

Atualmente, a formação de profissionais de saúde tem sido intensamente repensada em decorrência das mudanças estruturais do mundo contemporâneo, que se refletiram nos aspectos político, econômico, cultural, social e tecnológico. Neste sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's), que passaram a orientar a formação dos profissionais de saúde do século XXI, definem que o desenvolvimento de habilidades e competências do egresso dos cursos de graduação em enfermagem deve estar dirigido para uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva. O pensamento crítico-reflexivo interpela os profissionais de saúde, redimensiona seus olhares e desafia-os a reavaliar as práticas em saúde que sejam pautadas em um saber linear e reducionista. Embora mencionado como objetivo relevante a ser alcançado nos programas curriculares, o desenvolvimento de pensamento crítico parece um mistério na prática docente ao se observar as dificuldades apresentadas nesta prática. Um duplo problema relacionado a esse esforço mental crítico-reflexivo refere-se a uma definição clara do que ele é, aliado a uma dificuldade da sua aplicação na enfermagem. Alguns autores associam o pensamento crítico-reflexivo ao processo de enfermagem, método científico do cuidar, incorporado à prática para direcionar o cuidado ao paciente. No entanto, o cuidado de enfermagem, de um modo geral, ainda se apresenta fortemente centrado na doença. O pensamento crítico-reflexivo associado ao processo de enfermagem é capaz de ampliar o campo de visão para além das históricas fórmulas prescritivas e normativas e, sobretudo, para além dos modelos atualmente instituídos como norteadores de uma assistência centrada no ser humano. A constante busca, para encontrar estratégias que possibilitem a utilização de recursos inovadores, como forma de colocar em prática um ensino que resulte na formação de um aluno consciente do seu papel na sociedade e na profissão em que estará inserido, apresenta-se como uma preocupação na prática docente em enfermagem.

Objetivo

Analisar as concepções e estratégias do professor do curso de Enfermagem em seu esforço para desenvolver o pensamento crítico-reflexivo.

Material e Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza qualitativa com utilização de dados quantitativos. Os sujeitos da pesquisa foram os professores que ministram a disciplina estágio curricular supervisionado dos 7º e 8º períodos do curso de graduação em enfermagem

* Enfermeira. Mestre em Educação pelo Centro Universitário UNA. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Docente do curso de graduação em enfermagem e especialização em Terapia Intensiva do Centro Universitário UNA. E-mail: isamara.correa@hotmail.com

** Professora do Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local do Centro Universitário UNA. Membro da Rede Franco-lusófona Ergologia, Trabalho e Desenvolvimento e de seu Comitê Científico. Doutora em Educação, Pós-Doutora em Sociologia do Trabalho e em Ergologia. Mestre em Educação e Graduada em Serviço Social. Foi professora convidada da Universidade de Paris X. Professora adjunta da Faculdade de Educação da UFMG onde trabalhou até 2003. Membro fundadora do Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação do qual foi coordenadora. Experiências profissionais: assistente social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; ensino superior (doutorado, mestrado, especialização, graduação), ensino fundamental, pesquisa, extensão, gestão acadêmica, gestão pública, consultorias, conferências, pareceres. Membro de comissões/conselhos editoriais de periódicos. Orientações acadêmicas, especialmente em nível de mestrado e doutorado.



Trabalho 9

em uma instituição de ensino privada localizada em Belo Horizonte. Os dados foram coletados a partir de questionário e entrevista semi-estruturada. O questionário foi aplicado a uma amostra de n=12 professores.

As entrevistas foram realizadas com 08 professores aleatoriamente, adotando-se a técnica de saturação dos dados para cessar a realização das demais entrevistas. Para explorar e aprofundar a análise dos dados que emergiram das entrevistas foi utilizado o método de análise de conteúdo.¹

Resultados e discussão

Na Enfermagem moderna, o processo de enfermagem vem sendo muito discutido como ferramenta para o aperfeiçoamento da prática profissional. É, pois, entendido como um instrumento metodológico que provê um guia sistematizado para o desenvolvimento de um estilo de pensamento que direciona os julgamentos clínicos necessários para a assistência de enfermagem. O pensamento crítico facilita o desenvolvimento cognitivo requerido pelo processo de enfermagem.² Apesar de a literatura na área de enfermagem trabalhar com o conceito de pensamento crítico extremamente vinculado ou equiparado a processo de enfermagem, não houve na análise na fala dos professores a associação de pensamento crítico-reflexivo a esse método assistencial do enfermeiro. Seus conceitos se aproximaram mais da capacidade de analisar problemas e refletir criticamente sobre estes, sem, contudo, ser associado ao método de cuidar em enfermagem. As diversas definições de pensamento crítico-reflexivo enfatizam determinadas categorias, como por exemplo, raciocínio lógico, habilidades intelectuais e atitudes questionadoras para a tomada de decisão. O conceito de pensamento crítico na enfermagem, se analisado segundo a ótica de Watson e Glaser³, se associa à concepção de *racionalidade técnica*. A partir do modelo da racionalidade técnica, a prática profissional é magistralmente instrumental, dirigida à solução de problemas mediante a aplicação rigorosa de teorias e técnicas científicas. Os conceitos referidos pelos professores do estudo contrapõem a concepção de pensamento crítico associado a uma racionalidade técnica, aproximando-se mais daquilo que Paulo Freire chamou de “capacidade reflexiva”. Os métodos de ensino utilizados com maior frequência pelos professores entrevistados são: aula expositiva (n=10), discussão de casos clínicos (n=9) e trabalho em grupo (n=9). A ênfase na aula expositiva, que configura a denominada aula magistral, evidencia uma prática educativa ainda tradicional com pouca participação do aluno. A aula expositiva dificilmente pode abordar outra coisa que não sejam conteúdos conceituais; a partir dela, pode-se expor exemplos da realização de algum conteúdo procedimental, mas a abordagem é basicamente conceitual. Contrapondo a essa abordagem tradicional, os trabalhos em grupo, seminários e a discussão de casos clínicos favorecem um processo de ensino-aprendizagem em que o aluno é mais autônomo na produção e aquisição do conhecimento, fazendo com que seja protagonista deste processo.⁴ Essas atividades são discutidas pelos professores como capazes de estimular o pensamento crítico-reflexivo, à medida que favorece a argumentação. O estudo de caso, ou

* Enfermeira. Mestre em Educação pelo Centro Universitário UNA. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Docente do curso de graduação em enfermagem e especialização em Terapia Intensiva do Centro Universitário UNA. E-mail: isamara.correa@hotmail.com

** Professora do Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local do Centro Universitário UNA. Membro da Rede Franco-lusófona Ergologia, Trabalho e Desenvolvimento e de seu Comitê Científico. Doutora em Educação, Pós-Doutora em Sociologia do Trabalho e em Ergologia. Mestre em Educação e Graduada em Serviço Social. Foi professora convidada da Universidade de Paris X. Professora adjunta da Faculdade de Educação da UFMG onde trabalhou até 2003. Membro fundadora do Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação do qual foi coordenadora. Experiências profissionais: assistente social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; ensino superior (doutorado, mestrado, especialização, graduação), ensino fundamental, pesquisa, extensão, gestão acadêmica, gestão pública, consultorias, conferências, pareceres. Membro de comissões/conselhos editoriais de periódicos. Orientações acadêmicas, especialmente em nível de mestrado e doutorado.



Trabalho 9

grupos de discussão clínicas (GD), envolve o uso de situações clínicas para favorecer ou estimular o aluno a adquirir novos conhecimentos ou reorganizar antigos conceitos. Estas atividades “exploram semelhanças percebidas entre as interações de uma aula prática e as de um mundo prático”.⁵ A interação teoria e prática vivenciada durante os estágios também favorece o desenvolvimento do pensamento crítico reflexivo, pois permite que o problema seja elaborado a partir da realidade manifesta e significativa para os alunos. Na problematização, a relação dialética prática-teoria-prática, é o eixo básico de orientação do processo, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem, a realidade social, sendo indispensável ao desenvolvimento do pensamento crítico reflexivo.

Considerações finais

O pensamento crítico-reflexivo na concepção dos professores deste estudo ultrapassa o conceito comumente definido na literatura da enfermagem e associa-se a uma capacidade de reflexão e ação dentro de contextos amplos e complexos, não restritos unicamente ao campo de conhecimento técnico-científico da enfermagem. Porém, os professores demonstram dificuldade em conceituar o termo pensamento crítico-reflexivo e nenhum deles faz menção ao processo de enfermagem. As estratégias de ensino para desenvolver o pensamento crítico-reflexivo têm características inovadoras, o uso da metodologia da problematização, abordagem baseada em problemas. Estas metodologias, conforme evidenciam outros estudos, são amplamente utilizadas nas instituições de ensino da área da saúde, sobretudo por se tratarem, do ponto de vista epistemológico, como sendo metodologias ativas que se caracterizam por centrarem-se na aprendizagem experiencial, portanto, na efetiva articulação teoria e prática.

Descritores: Enfermagem. Pensamento crítico. Educação.

Eixo 1: Ensino de Enfermagem

Referencias

- 1 Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- 2 Sedlak CA, Ludwich R. Dressing up nursing diagnoses; a critical thinking strategy. *Nurse Educator*, v.11, n.4, p. 19 - 22, jul.-ago. 1996.
- 3 Watson G, Glaser E. *Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1980.
- 4 Schön D. *Educando o Profissional Reflexivo: um novo design pra o ensino e a aprendizagem*. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed; 2000.

* Enfermeira. Mestre em Educação pelo Centro Universitário UNA. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Docente do curso de graduação em enfermagem e especialização em Terapia Intensiva do Centro Universitário UNA. E-mail: isamara.correa@hotmail.com

** Professora do Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local do Centro Universitário UNA. Membro da Rede Franco-lusófona Ergologia, Trabalho e Desenvolvimento e de seu Comitê Científico. Doutora em Educação, Pós-Doutora em Sociologia do Trabalho e em Ergologia. Mestre em Educação e Graduada em Serviço Social. Foi professora convidada da Universidade de Paris X. Professora adjunta da Faculdade de Educação da UFMG onde trabalhou até 2003. Membro fundadora do Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação do qual foi coordenadora. Experiências profissionais: assistente social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; ensino superior (doutorado, mestrado, especialização, graduação), ensino fundamental, pesquisa, extensão, gestão acadêmica, gestão pública, consultorias, conferências, pareceres. Membro de comissões/conselhos editoriais de periódicos. Orientações acadêmicas, especialmente em nível de mestrado e doutorado.



Trabalho 9

5 Zabala, A. A prática educativa: como ensinar. Tradução Ernani F. da F. Rosa. Porto Alegre: Artmed; 1998, 224 p.

* Enfermeira. Mestre em Educação pelo Centro Universitário UNA. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Docente do curso de graduação em enfermagem e especialização em Terapia Intensiva do Centro Universitário UNA. E-mail: isamara.correa@hotmail.com

** Professora do Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local do Centro Universitário UNA. Membro da Rede Franco-lusófona Ergologia, Trabalho e Desenvolvimento e de seu Comitê Científico. Doutora em Educação, Pós-Doutora em Sociologia do Trabalho e em Ergologia. Mestre em Educação e Graduada em Serviço Social. Foi professora convidada da Universidade de Paris X. Professora adjunta da Faculdade de Educação da UFMG onde trabalhou até 2003. Membro fundadora do Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação do qual foi coordenadora. Experiências profissionais: assistente social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; ensino superior (doutorado, mestrado, especialização, graduação), ensino fundamental, pesquisa, extensão, gestão acadêmica, gestão pública, consultorias, conferências, pareceres. Membro de comissões/conselhos editoriais de periódicos. Orientações acadêmicas, especialmente em nível de mestrado e doutorado.



Trabalho 10

Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no pré-natal de baixo risco em um Ambulatório Escola na Região Serrana – RJ.

Aline Furtado da Rosa; Daniela Pessoa; Camila Mendoza

Dentre as atividades da prática do enfermeiro proporcionar conforto e acolhimento também está dentro do contexto do cotidiano profissional bem como o cuidado, a organização e otimização da prestação da assistência. Nesse contexto pensou-se na implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no pré-natal de baixo risco em um Ambulatório Escola na Região Serrana – RJ. Para isso traçou-se o seguinte objetivo: descrever o processo de implantação do protocolo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na consulta do pré-natal de acordo com diagnóstico de NANDA. Trata-se de um estudo qualitativo de cunho descritivo, onde relata-se a experiência da Implantação da SAE na consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco em um Ambulatório Escola na Região Serrana-RJ. Para implantação foram necessárias: leituras em literaturas especializadas; participação em cursos específicos sobre a temática realizados pelo Capacita COREN – RJ. O estudo trouxe contribuição para o encaminhamento e atendimento das reais necessidades das gestantes atendidas, preservando a equidade na atuação da Atenção Básica e organização da assistência as gestantes. Os alunos que participaram da implantação do protocolo vivenciaram a experiência da criação de um instrumento e validação do mesmo, além da avaliação para entendimento de potencialidades ou fragilidades de tal. Saber trabalhar em time, expor opiniões e conhecimentos prévios fez parte do contexto diário de docente e discente diante dessa prática. A SAE trouxe uma reflexão acerca do compromisso profissional do enfermeiro traduzindo o seguinte cuidado: O profissional enfermeiro é responsável no cuidado do bem estar físico e mental das gestantes; preocupa-se em dar respostas aos problemas apontados por meio dos diagnósticos que resulta em ações resolutivas. Acredita-se que desta forma o estágio supervisionado contribui para sociedade com a oferta de profissionais que sabem trabalhar com as demandas dos serviços de saúde (privado ou público), os quais estão pautadas na promoção, proteção e recuperação da saúde. Descritores: Educação; Pre-natal; Enfermagem

Bibliografia

- 1- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional com eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde da Saúde, 2004.
- 2- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/99. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. [Acesso em 06 de março de 2013] Disponível em: <http://WWW.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>.
- 3- Horta WA, Processo de enfermagem. São Paulo:EPU; 1979.



11º SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E RESPONSABILIDADE SOCIAL NOS CAMPOS DE PRÁTICA PROFISSIONAL

01 A 03 DE AGOSTO DE 2013
CAMPUS DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PUCPR - CURITIBA/PR 

Trabalho 10



Trabalho 11

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA

SANTOS, Danilo Marcelo Araujo dos¹
SOUSA, Francisca Georgina Macedo de²
SANTOS, Adriana Torres³
PAIVA, Mirtes Valéria Sarmiento⁴

Introdução: A mortalidade neonatal contribui sobremaneira para alta taxa de mortalidade infantil e representa o risco de morte nos primeiros 28 dias de vida do recém-nascido. A mudança no perfil desse indicador tem relação direta com possibilidades de intervenção a partir de estratégias envolvendo a organização dos serviços de saúde e a reestruturação dos modelos assistenciais a partir de práticas inovadoras que ultrapassem o modelo biomédico e qualifiquem os cuidados imediatos ao recém-nascido na primeira semana de vida. Sob esse escopo, o puerpério revela-se como momento de cuidado estratégico para a díade mãe-filho. Para tanto, serviços e profissionais de saúde devem se organizar para garantir essa atenção dando ênfase à visita domiciliar na primeira semana de vida, pois a ausência dessa atividade oculta aspectos importantes para o planejamento do cuidado à díade. Considerando os objetivos do Milênio divulgados pela Organização Mundial de Saúde, em especial o quarto e quinto, que propõem reduzir a mortalidade infantil e a criação de ações voltadas para a melhoria da saúde materna compreendemos a necessária articulação desses processos com a formação dos profissionais de saúde. Nesse contexto, a visita domiciliar na primeira semana de vida do recém-nascido assim como o manejo dessa atividade, foi inserido nos conteúdos teóricos e práticos da disciplina Saúde da Criança do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Enquanto conteúdo prático, este é desenvolvido em Unidades de Saúde da Família em uma articulação dinâmica com a equipe de saúde, docentes e discentes da disciplina. **Objetivo:** relatar os diagnósticos e intervenções de enfermagem realizadas a díade mãe e filho quando da visita domiciliar na primeira semana de vida da criança. **Descrição Metodológica:** relato de experiência para descrever o processo de cuidar do recém-nascido em contexto domiciliar na primeira semana de vida quando das aulas práticas da disciplina Saúde da Criança. A visita domiciliar foi utilizada como estratégia para subsidiar o planejamento do cuidado e as intervenções de enfermagem. Nos semestres letivos 1 e 2 de 2012 foram realizadas 22 visitas domiciliares a 18 famílias com puérperas e recém-nascidos entre dois e oito dias de vida. Houve situações em que a mesma família foi visitada mais de uma vez no sentido de permitir a continuidade do cuidado e de desenvolver habilidades maternas para o cuidado ao recém-nascido e para o autocuidado da puérpera. As famílias eram identificadas por meio dos Agentes Comunitários de três Unidades de Saúde da

¹ Enfermeiro/ HUUFMA, Mestrando do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFMA, Membro do GEPSFCA – Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente. E-mail: danilomasantos@hotmail.com

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da disciplina Saúde da Criança da UFMA, Coordenadora do GEPSFCA

³ Discente de graduação em Enfermagem/ UFMA, Membro do GEPSFCA

⁴ Discente de graduação em Enfermagem/ UFMA, Membro do GEPSFCA



Trabalho 11

Família de um município maranhense que faz parte da Grande São Luís localizado a 27 km da capital. Os diagnósticos foram construídos a partir da Taxonomia da NANDA e as intervenções apoiadas na NIC. **Resultados:** das 18 famílias visitadas cinco delas eram nucleares e as demais famílias estendidas e, em duas delas residiam na mesma casa três famílias. A maioria das famílias era constituída por vários subsistemas (pais, avós, tios, tias, cunhados, sobrinhos, sogros e sogras) com grande variabilidade no ciclo vital. 15 famílias foram caracterizadas como funcionais e três disfuncionais por apresentar conflitos produtores de agressões verbais e físicas envolvendo a puerpera. A seguir serão descritos os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem: 1- Processos familiares interrompidos relacionados a crise de desenvolvimento evidenciado por expressões de conflito na família (Promoção do envolvimento familiar; Manutenção do processo familiar; Promoção da integridade familiar; Suporte à família); 2- Relacionamento ineficaz relacionado a história de violência doméstica evidenciado por ausência de demonstração de respeito mútuo e incapacidade de comunicar-se de forma satisfatória entre os membros da família (Controle do ambiente; prevenção de violência; Promoção da integridade familiar); 3- Risco de Infecção relacionada a ferida operatória de cesariana, fissuras mamilares e esquema vacinal incompleto (Controle de Infecção; Cuidados com local de incisão; Cuidados com lesões; Controle de imunização/vacinação; Avaliação da saúde); 4- Integridade da pele prejudicada relacionada a umidade e deficiência imunológica evidenciado por fissura mamilar e abscesso mamário (Cuidados com lesões; Administração de medicamentos tópico; Proteção contra infecção); 5- Dor aguda relacionada a fissura, ingurgitamento e abscesso mamário evidenciado por relato verbal de dor (Assistência a analgesia controlada pelo paciente; Controle da dor; Controle de medicamentos); 6- Risco de paternidade ou maternidade prejudicada relacionada a conflito conjugal, falta de coesão familiar e pai do RN não envolvido (Promoção da integridade familiar; Promoção da paternidade; Promoção do envolvimento familiar; Orientação aos pais: bebê; Promoção do vínculo); 7- Risco de desequilíbrio na temperatura corporal relacionado ao banho do RN em local inadequado (Ensino: segurança do bebê; Identificação de riscos; Regulação da temperatura da água do banho); 8- Icterícia Neonatal relacionada a idade do RN entre 1-7 dias, evidenciado por esclerótica amarelada e pele amarelo-alaranjada (Orientação aos pais: bebê; Fototerapia: recém-nascido - banho de sol); 9- Risco de vínculo prejudicado relacionado à separação dos pais (Melhora do papel); 10- Risco de Infecção relacionado a dermatites de contato e aos cuidados inadequados com o coto umbilical (Controle de infecção; Cuidados com lesões; Cuidados com o coto umbilical - limpeza e uso de bastão de nitrato de prata); 11- Integridade da pele prejudicada relacionada a pele úmida e fatores mecânicos evidenciado por dermatite de contato e escabiose (Cuidados com lesões; Administração de medicamentos: tópico; Controle de prurido; Cuidados de higiene na troca de fraldas); 12- Mucosa oral prejudicada relacionado a higiene oral ineficaz evidenciado por monilíase oral (Restauração da saúde oral; Administração de medicamento tópico; Proteção contra infecção); 13- Risco de contaminação relacionado a práticas de higiene pessoal com uso de talcos (Educação em saúde; Orientação aos pais: bebê; Ensino: segurança do bebê 0 – 3 meses); 14- Risco de Aspiração relacionado ao mal posicionamento da criança no berço (Precauções contra aspiração; Posicionamento adequado; Ensino: segurança do bebê); **Conclusões:** A identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem forneceram subsídios para o cuidado integral de modo especial à díade mãe e filho, com contribuições para redução de



Trabalho 11

agravos. O cuidado à criança na primeira semana de vida em contexto domiciliar aproxima a família do serviço e dos profissionais aumentando o vínculo e a segurança para o cuidado materno. Configurou-se como oportunidade para a verbalização de dúvidas e adequação de práticas cuidativas ao recém-nascido. **Implicações ou Contribuições para a Enfermagem:** as práticas de cuidado à diáde mãe e filho na primeira semana de vida foram embasadas na dimensão científica da Enfermagem e possibilitaram aos discentes desenvolverem habilidades para a relação terapêutica como a aproximação com o contexto familiar, a ampliação do vínculo e da responsabilização, o diálogo e o apoio ao cuidado por meio de relações horizontais entre os envolvidos.

Referências:

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014; Porto Alegre: Artmed, 2013.

Descritores: Enfermagem Pediátrica; Educação em Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

Eixo 1: Ensino da Enfermagem.



Trabalho 12

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE GRADUAÇÃO SANDUÍCHE NA PERSPECTIVA DAS TAXONOMIAS DE ENFERMAGEM

Autores: Jéssica Dantas de Sá¹; Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira².

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico o qual o enfermeiro faz uso, orientando e documentando a assistência realizada, é utilizado como ferramenta fundamental na obtenção do cuidado qualificado pela enfermagem em todo o mundo⁽¹⁾. No ensino da enfermagem diversas metodologias podem ser empregadas para um melhor entendimento deste, uma vez que requer um raciocínio clínico e uma tomada de decisões a partir da interpretação dos dados obtidos. Os sistemas de classificação em enfermagem contribuem para uma comunicação eficaz deste processo, embasada em evidências científica⁽¹⁾. A taxonomia NANDA Internacional se destaca por ser hoje a mais utilizada em todo o mundo, permitindo a padronização das respostas humanas identificadas⁽²⁾. A vivência de um intercâmbio enquanto aluna de graduação na Espanha permitiu visualização de metodologias distintas empregadas ali em relação ao PE e a utilização das taxonomias tanto no ensino como na prática profissional. A lei espanhola 41/2002 aprovou a obrigatoriedade de registros escritos de todas as ações realizadas pelo enfermeiro no país, assim a realização de planos de cuidado para os pacientes passou a ser uma imposição legal, o que incentivou ainda mais a inserção desta metodologia no ensino da enfermagem, bem como proporcionou a implementação de sistemas informáticos operacionais para a facilitação da realização do PE na prática clínica⁽³⁾. Nesta perspectiva, a necessidade de aprender a raciocinar clinicamente, a partir da interpretação das respostas humanas dos clientes, traduzindo-as em diagnósticos de enfermagem, faz com que sejam empregadas metodologias para a obtenção deste raciocínio, uma vez que é entendida como uma das etapas mais complexas em termos cognitivos, diretamente envolvidos na tomada de decisão clínica⁽⁴⁾.

Objetivos: Relatar a vivência sobre graduação sanduíche na Espanha, com enfoque na utilização das taxonomias de enfermagem no ensino e na prática. **Descrição metodológica:** Trata-se de um relato de experiência a partir de uma graduação sanduíche na Espanha. O intercâmbio ocorreu no período de setembro de 2012 a junho de 2013, na Universidad Católica San Antonio de Murcia. As experiências aqui relatadas são oriundas das disciplinas cursadas de Practicum II, Prácticum III e Practicum V, as quais permitiram a observação e utilização das taxonomias no ensino a partir das sessões de simulação e da realização de planos de cuidado, a vivência também prática com utilização e observação dos sistemas informáticos Selene e OMI no ambiente profissional. **Resultados:** as metodologias vivenciadas na Espanha para o referido alcance foram: utilização de simulações clínicas baseadas nas taxonomias de enfermagem; emprego do modelo de Análise de Resultados do Estado Atual (AREA), o qual permite o reconhecimento das relações estabelecidas entre os diagnósticos de enfermagem (Rede de raciocínio clínico, identificação do problema principal e eleição das principais necessidades)⁽⁵⁾, e a utilização na prática clínica de sistemas informáticos que auxiliam na realização de planos de cuidado. As sessões clínicas consistem em um caso clínico a ser simulado com descrição do cenário clínico, das doenças que acometem o cliente, bem como uma anamnese e exame físico deste. O caso apresenta ainda os diagnósticos de enfermagem do cliente de acordo com a taxonomia NANDA Internacional, bem como os resultados que o aluno deverá alcançar, com base na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Assim os alunos deverão buscar intervenções da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) para o alcance destes resultados, e realizar-las no momento da simulação, onde ocorrerão as mais diversas situações e/ou complicações, a depender do desempenho do aluno na realização de suas atividades. Neste momento, os demais companheiros e o professor estarão avaliando a realização das intervenções através de uma lista de intervenções da NIC que seriam as intervenções esperadas pelo professor para o caso proposto. Ao final o ambiente permite ainda uma discussão sobre a atuação dos estudantes, embasando-a nas informações obtidas a partir das taxonomias. Outra vivência relevante foi a utilização do modelo AREA na realização dos planos de cuidado, ferramenta esta que auxilia os alunos na realização de um raciocínio clínico, onde o mesmo deve



Trabalho 12

realizar uma rede de raciocínio gráfica, tal ferramenta permite e facilita a priorização dos problemas evidenciados, facilitando a visualização dos principais diagnósticos de seu cliente, que são julgados com foco na resolutividade destes. A utilização na prática clínica de instrumentos informáticos para a realização de planos de cuidados (SELENE e OMI), tanto na atenção primária como no ambiente hospitalar é tida como ferramenta bastante útil na aplicabilidade do PE, o SELENE apresenta uma avaliação inicial do cliente, com perguntas pontuais baseadas nos padrões funcionais de Gordon, onde ao final deverá ser identificado um diagnóstico da NANDA Internacional para este cliente. O OMI já se apresenta como uma versão mais completa, permitindo a avaliação do cliente com base nos domínios da NANDA Internacional, fornecendo ainda indicação de possíveis intervenções e resultados aos diagnósticos elegidos. Este sistema permite ainda uma reavaliação do cliente em período determinado pelo enfermeiro, além de registrar as pontuações a partir da escala likert, obtidas a cada nova avaliação, proporcionando observação e seguimento adequado do cliente. **Conclusões:** Conclui-se que a vivência na graduação sanduiche na Espanha na perspectiva das taxonomias de Enfermagem envolveu sessões clínicas de simulação, modelo AREA e uso de sistemas de informática. As sessões de simulação proporcionam o desenvolvimento de habilidades práticas e cognitivas, bem como a visualização da aplicabilidade prática de uma linguagem enfermeiro. O modelo AREA foi entendido como um instrumento que facilita o raciocínio clínico do enfermeiro, com foco nos objetivos que se pretende alcançar, por meio da visualização gráfica. A utilização dos sistemas informáticos na prática clínica para a realização de planos de cuidado, por sua vez, foram vistos como um excelente instrumento para a sistematização da assistência. Destarte, a vivência com diferentes metodologias no ensino e aprendizagem do PE permitiram maior entendimento deste, em especial incentivando a utilização das taxonomias e o raciocínio clínico dos futuros profissionais. **Contribuições para a enfermagem:** O presente relato pretende contribuir com o ensino das taxonomias de enfermagem no contexto brasileiro a partir da inserção de metodologias utilizadas na Espanha, como estratégias para o ensino e a difusão destas de maneira cada vez mais eficaz no país.

Descritores: Enfermagem; Processos de Enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem.

Eixo temático: Ensino de enfermagem.

Referências:

1. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar; 13(1):188-193.
2. North American Nursing Diagnosis Association-I (NANDA International). Diagnósticos Enfermeiro: definiciones y clasificaciones 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
3. Molina JL, Saura JTM, Martinez PL, Gonzalez nieto L. Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica: Aspectos jurídicos. Enferm. glob 2010; 19:1-14.
4. Lira ALBC, Lopes MVO. Diagnóstico de enfermagem: estratégia educativa fundamentada na aprendizagem baseada em problemas1 Rev. Latino-Am. Enfermagem jul.-ago. 2011;19(4):[08 telas].
5. Bellido Vallejo JC. Sobre el modelo AREA y el proceso enfermero. Inquietudes. 2006; 35:21-29.

¹ Acadêmica do 8º período de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de Iniciação Científica. jessica.dantas.sa@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. analisa@ufrnet.br



Trabalho 13

O JOGO EDUCATIVO COMO PROPOSTA DE ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Alessandra Borges Brum Cleires¹; Debora Lucy da Silva dos Santos Saraiva²; Maurício Abreu Pinto Peixoto³; Ana Paula de Souza Lima⁴; Diane Dias Nascimento⁵

O tema a que se destina este trabalho diz respeito aos jogos educativos como artifício para o ensino-aprendizado do aluno da graduação acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A Resolução COFEN nº 358/2009 enfatiza a necessidade de aplicação da SAE na prática cotidiana de cuidados, sendo uma atividade privativa do enfermeiro que, utiliza o método científico para identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem. Surge como questão norteadora: qual a aplicação prática dos jogos no ensino da SAE? Este estudo traz por objeto: o jogo como ferramenta de ensino da SAE. Emerge o seguinte objetivo: identificar na literatura as iniciativas de aplicação de jogos no ensino deste conteúdo. A relevância do estudo: estimular a inserção de metodologias ativas e reflexivas de ensino-aprendizagem em enfermagem. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica desenvolvida nas bases de dados: LILACS, MEDLINE e CINAHL. Foram critérios de inclusão na amostra: publicações na língua portuguesa, inglesa e espanhola com aderência à temática num recorte temporal dos últimos trinta anos. Resultados: Nesta revisão não foram encontradas iniciativas de construção e utilização deste recurso para o ensino da SAE. Os textos nas temáticas jogos, ensino e enfermagem, apenas abordam aspectos relacionados a promoção de habilidades e competências dos alunos no apoio ao entendimento e desenvolvimento na tomada de decisão, pensamento crítico e o trabalho em equipe em situações de prática clínica. Conclui-se que a utilização deste recurso poderá facilitar o processo ensino-aprendizagem, estimulando a participação ativa e compreensão do assunto de forma prazerosa.

DESCRITORES: Jogos Experimentais. Ensino. Enfermagem.

EIXO I – Ensino de Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

1. Huizinga J. Homo Ludens: o jogo como elemento da cultura. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

1 Enfermeira. Mestranda do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Estudante do Grupo de Pesquisa TECCONSAE – UFRJ. Preceptora do Internato do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Arthur Sá Earp Neto. Petrópolis, RJ, Brasil. E-mail: alessandracleires@gmail.com

2 Enfermeira. Mestranda do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Estudante do Grupo de Pesquisa GEAC – NUTES/UFRJ.

3 Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina. Professor Adjunto do NUTES/UFRJ. Pesquisador líder do Grupo de Pesquisa GEAC – NUTES/UFRJ.

4 Enfermeira. Mestranda do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Estudante do Grupo de Pesquisa TECCONSAE – UFRJ.

5 Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem pela Universidade Estácio de Sá.



Trabalho 13

2. Alfaro-Lefevre, R. Aplicação do processo de enfermagem. Um guia passo a passo. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.



Trabalho 14

CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Kamila F. Navroski¹; Ana Paula A. Baltazar²; Bianca Piotto Seidel³; Milena Roberta Barbosa Gonçalves⁴; Denise F. Kletemberg⁵

Introdução: Projeções da Organização Mundial de Saúde apontam que em 2025 o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de idosos. A inversão da pirâmide populacional acarretará transformações profundas na estrutura sócio-econômico-político-cultural da sociedade, que repercutirá diretamente no setor saúde, requerendo suporte e orientação por profissionais especializados.¹ Concomitante a este contexto, há o crescente número de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), devido às dificuldades encontradas pelos familiares em dar a devida assistência a este idoso.² Diante desta realidade, sobressai o papel do enfermeiro frente ao idoso institucionalizado. Seu processo de trabalho deverá estar centrado na educação para a saúde, no cuidar tendo como base o conhecimento das doenças associadas ao processo de envelhecimento, no retorno da capacidade funcional do idoso na realização das suas atividades diárias, com o objetivo de atender as suas necessidades básicas e alcançar sua independência e bem estar, pois o que distingue a saúde do idoso é a possibilidade de manutenção de sua autonomia e independência¹. Dessa forma, o enfermeiro deve utilizar um instrumento de coleta de dados que lhe permita identificar os problemas de maneira individualizada, para planejar, executar e avaliar a assistência a cada pessoa, facilitando o processo de enfermagem. Esta estratégia deve ser documentada e contínua, com a participação do idoso e da família, com a finalidade de que ambos estejam inseridos no cuidado, visando facilitar o processo de adaptação às novas condições que o idoso encontra em seu ambiente institucional e ainda se responsabilize pelo seu autocuidado³. A coleta de dados é a identificação e obtenção de informações pertinentes aos diversos tipos de clientes, que permite ao enfermeiro levantar os diagnósticos e propor as ações para o alcance do resultado esperado. **Objetivo:** Elaborar um instrumento de consulta de enfermagem direcionado a população de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Descrição Metodológica:** Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, realizado durante o campo de estágio da disciplina de Processo de Cuidar em Enfermagem do Adulto e Idoso, do segundo ano do curso de graduação em Enfermagem. Realizado em uma Instituição de Longa Permanência na cidade de Curitiba-PR, com capacidade para 150 moradoras, sendo apenas mulheres

¹ Acadêmica do curso de enfermagem da Universidade Positivo. Email: kamila_navroski@yahoo.com.br

² Acadêmica do curso de enfermagem da Universidade Positivo. Email: aninhatmz09@hotmail.com

³ Enfermeira. Asilo São Vicente de Paula.

⁴ Enfermeira. Asilo São Vicente de Paula.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do curso de graduação da Universidade Positivo. Líder do Núcleo de Estudos Cuidado e Educação em Saúde.



Trabalho 14

com diferentes níveis de dependência. Esta Instituição se divide em três setores, elencados por grau de dependência e transtorno mental. Os dados foram coletados entre abril e maio de 2013, com o auxílio de um instrumento de histórico de enfermagem ambulatorial que apresentava dados de identificação, história de vida, padrões de nutrição, eliminatório, sono/repouso e dependência; conhecimento sobre o motivo da internação (história pregressa), internações e cirurgias anteriores; controle da saúde englobando o uso de tabaco, álcool, medicamentos e reações alérgicas; exame físico; avaliação neurológica; e elaboração de diagnósticos de enfermagem. Após a aplicação deste instrumento foi discutido entre os discentes a adaptabilidade para a ILPI, sendo o mesmo readaptado para o público alvo da instituição. Por se tratar de metodologia pedagógica da disciplina, este trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa. **Resultados:** Por se tratar de um instrumento ambulatorial foram realizadas algumas alterações adaptando-o para a ILP. O instrumento foi reorganizado quer em situações de reagrupamento de itens, exclusão e inclusão de dados considerados relevantes para a promoção da autonomia e independência das moradoras. O instrumento ficou composto por: identificação; histórico – conhecimento sobre o motivo da internação (história pregressa), internações e cirurgias anteriores; comorbidades; tabagismo; alterações do sistema digestório, respiratório, hepático, urinário; anemia, leucemia; escala da dor. Exame físico: nível de consciência; avaliação neurológica; sinais vitais; dados antropométricos; cabeça e pescoço: (cabelo, acuidade visual, nariz, boca, uso de prótese, acuidade auditiva, nuca, sustentação cervical, pupilas); tórax: (murmúrios vesiculares, roncosp, estertores, sibilos); tosse, abdome: RHA (ruídos hidroaéreos); alterações de membros superiores e membros inferiores; condições da pele/mucosa; padrões de sono/repouso; alimentar; SNG (sonda nasogástrica); SNE (sonda nasoenteral); condição nutricional; eliminações: alterações relacionadas à diurese, SVD (sonda vesical de demora), alterações relacionadas à evacuação; diagnósticos de enfermagem, e intervenções de enfermagem. **Discussão:** Frente às dificuldades no processo de comunicação entre os alunos e as idosas, relacionadas ao déficit cognitivo, a operacionalização da Consulta de Enfermagem se estendeu por mais de uma hora. Notou-se que não era necessário o item registro, pois não havia um código ou matrícula para cada moradora; o uso de medicamentos foi retirado, devido a desconhecimento da moradora e foi acrescentado o item de risco para queda, devido ao levantamento deste diagnóstico de enfermagem nas avaliações realizadas. **Conclusão:** A partir do momento em que vivenciamos esta realidade, percebemos a necessidade de implantar o processo de enfermagem em uma ILPI. A utilização de um instrumento de coleta de dados bem elaborado, adaptado ao perfil dos idosos institucionalizados, auxilia no processo de trabalho do enfermeiro. Dessa forma enquanto graduandos, pudemos perceber a relevância da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Instituição de Longa Permanência. **Contribuições para a enfermagem:** O novo modelo desenvolvido permite a avaliação do idoso de maneira objetiva, proporcionando condições para a enfermeira identificar os problemas presentes, planejar a sua assistência, intervir e avaliar a assistência prestada de maneira individualizada e integral, procurando conservar a autonomia e o máximo de independência para este idoso. Desta maneira estará auxiliando o idoso a se adaptar às mudanças físicas e



Trabalho 14

emocionais que interferem com a sua capacidade para o autocuidado, procurando garantir a qualidade de vida das pessoas na terceira idade. **Referências:** ¹Cunha JXP, Oliveira JB, Nery VAS, Sena ELS, Boery RNSO, Yarid SD. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. RSD [Internet]. 2012 [acesso em 2013 mai 5];36(95):657-664. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a18v36n95.pdf>. ²Santos SSC, Feliciani AM, Silva BT da. Perfil de Idosos Residentes em Instituição de Longa Permanência: Proposta de ações de Enfermagem/Saúde. RENE [Internet]. 2008 [acesso em 2013 mai 8];8(3):26-33. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/664>. ³Lenardt MH, Willig MH, Silva SC, Shimbo AY. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. Cogitare enferm. [Internet]. 2006 [acesso em 2013 mai 8];11 (2):117-23. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/viewFile/6853/4867>. **Descritores:** Instituição de Longa Permanência para idosos; Processos de Enfermagem, Idosos. **Eixo temático:** Ensino de Enfermagem.



Trabalho 15

A INSERÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO SEIVA EM UM CURRÍCULO INTEGRADO: ANÁLISE DOCUMENTAL

Josilaine Porfírio da Silva¹, Mara Lucia Garanhani²

Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE é reconhecida como um método que organiza e qualifica o trabalho do enfermeiro. Se bem elaborada e executada ela induz o enfermeiro e a sua equipe à prestação de cuidados integrais e individualizados¹.

Considerando que a prática dos profissionais reflete em grande parte o conhecimento adquirido enquanto estudante, as Instituições de ensino superior tem grande responsabilidade na apreensão e desenvolvimento de habilidades pelos alunos para a realização da SAE.

O Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) assumiu desde o ano 2000 a estratégia pedagógica do currículo integrado. Nesta estratégia os conteúdos são integrados, os anos estão estruturados em módulos interdisciplinares e há uma articulação dinâmica entre prática e teoria².

Os módulos interdisciplinares deste currículo integrado possuem temas transversais que visam ampliar o conhecimento dos estudantes, intitulados pelos docentes como seivas. Dentre estas seivas encontra-se a Metodologia da Assistência, que deve permear todas as séries de maneira gradativa e ter uma abordagem adequada à particularidade de cada módulo interdisciplinar³.

Frente à importância da aplicação da SAE pelo profissional enfermeiro e, compreendendo a proposta que a organização pedagógica do currículo integrado permite alcançar, justifica-se a necessidade de compreender como a temática SAE é desenvolvida enquanto seiva em um curso de graduação.

Objetivo

Analisar a inserção da Sistematização da Assistência de Enfermagem enquanto seiva nos cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares do currículo integrado de um curso de graduação em enfermagem.

Descrição metodológica

Estudo qualitativo, descritivo, do tipo documental, realizado junto aos Cadernos de Planejamento e Desenvolvimento dos módulos interdisciplinares de um curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, que utiliza a estratégia pedagógica do currículo integrado.

Os Cadernos de Planejamento e Desenvolvimento são documentos que apresentam a estrutura do módulo interdisciplinar, junto a estes se levantou como se dá a inserção da Sistematização da Assistência de Enfermagem no decorrer dos quatro anos do curso de graduação.

Foram examinados os 16 cadernos referentes aos 16 módulos interdisciplinares que compõem o curso de enfermagem, vigentes no ano de 2011.

Os dados foram coletados nos meses de setembro à dezembro de 2012 junto ao colegiado do curso de enfermagem. De posse destes documentos procedeu-se à leitura do material composta por quatro momentos: Leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa⁴. Com o agrupamento dos dados procedeu-se à caracterização da temática em estudo.

¹ Enfermeira do Hospital Zona Sul de Londrina. Mestranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Londrina – UEL. Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: josi_laine1@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em enfermagem na Universidade Estadual de Londrina-UEL. Londrina, Paraná, Brasil.



Trabalho 15

A pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, e obteve parecer favorável, sob o número 84180/2012, conforme CAAE 06270612.2.0000.5231 e seguiu todos os preceitos éticos.

Resultados e Discussões

Na primeira série os alunos realizam entrevista, baseados no método científico; identificam necessidades de saúde, formulam e analisam problemas da coletividade e elaboram um plano de intervenção; realizam exame físico de todos os sistemas. Não há menção nos Cadernos de planejamento e desenvolvimento de relação entre estas atividades e a SAE, porém sob o olhar das pesquisadoras estas habilidades auxiliam na realização da SAE.

Nesta série os primeiros fundamentos são apresentados aos alunos sobre o processo de cuidar, ao longo do curso a SAE é retomada e aprofundada, com a discussão de diferentes aspectos relacionados à temática, por meio de sucessivas aproximações³.

Na segunda série do curso a SAE é descrita, bem como, sua importância, todas as etapas necessárias para implantá-la, o modelo do processo de enfermagem segundo Wanda Horta e também o modelo de elaboração de diagnósticos de enfermagem da NANDA. Há um contato inicial com as teorias de enfermagem, que serviram de base para a elaboração do processo de enfermagem e da SAE. Na área de Saúde Pública os alunos realizam Planejamento da assistência de enfermagem a pacientes com diferentes afecções crônicas, consulta de enfermagem e visita domiciliar.

Na terceira série do curso a SAE é descrita em todos os Cadernos de planejamento e desenvolvimento. Sua utilização se dá através do processo de enfermagem e suas etapas, com aprofundamento na estrutura do diagnóstico de enfermagem da NANDA, na elaboração da prescrição e evolução de enfermagem. Também são discutidos os aspectos legais da SAE. No segundo semestre os alunos realizam atividades na área hospitalar e de saúde pública, os protocolos de saúde também são utilizados neste momento.

Na quarta série a SAE também é descrita em todos os Cadernos de planejamento e desenvolvimento. Os alunos devem prestar assistência sistematizada e realizar as etapas do processo de enfermagem. Apresentam estudos de caso, e discutem a SAE e sua aplicabilidade. No segundo semestre os alunos iniciam o internato. Na unidade hospitalar devem realizar a SAE através das etapas do processo de enfermagem, nas unidades de saúde pública desenvolvem atividades de planejamento e organização da assistência, realizam consulta de enfermagem e utilizam protocolos de assistência em saúde, porém não há utilização do termo SAE no Caderno de Planejamento e Desenvolvimento.

Conclusão

O tema SAE está inserido nos módulos interdisciplinares a partir da segunda série do curso, embora já na primeira série, observamos conteúdos que possibilitam o desenvolvimento de habilidades que poderão colaborar com a compreensão da temática.

O fato da SAE permear todas as séries do curso proporciona melhor compreensão pelos acadêmicos e fortalece a incorporação desta importante atividade pelos mesmos, além disso, atende a proposta de tê-la como seiva no currículo integrado. As estratégias utilizadas no ensino da SAE e as sucessivas aproximações encontradas no currículo estudado visam tornar este tema mais significativo no aprendizado dos alunos.

Contribuições / implicações para a Enfermagem

A compreensão da inserção desta temática como seiva poderá contribuir com a organização de cursos de graduação em enfermagem no ensino da SAE, fortalecendo o aprendizado e



Trabalho 15

prática desta pelos futuros profissionais e garantindo maior qualidade da assistência ao paciente. Dá-se este primeiro passo na instituição em estudo, sendo este apenas uma continuidade da linha de pesquisa que tem sido construída ao longo dos anos.

Referências

1. Venturini DA, Matsuda LM, Waidman MAP. Produção científica brasileira sobre sistematização da assistência de enfermagem. Cienc Cuid Saude. 2009 out-dez; 8(4):707-15.
2. Garanhani ML, Valle EM. Educação em enfermagem: análise existencial em um currículo integrado sob o olhar de Heidegger. Londrina: Eduel; 2010.
3. Guariente MHDM et.al. Seivas do currículo integrado de enfermagem. In: Kikuchi EM, Guariente MHDM, organizadoras. Currículo integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina: UEL; 2012.
4. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2010.

Descritores: Educação em enfermagem; Pesquisa em Educação de Enfermagem; Currículo.

Eixo temático: EIXO 1 – Ensino de Enfermagem.



Trabalho 16

PROPOSTA CURRICULAR COM PRIORIDADE NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

Gabriel Mendes Plantier¹; Natália Favreto Faria Plantier²

Introdução: No Brasil, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) começou a ser implantada a partir da década de 70 sob influência de Doutora Wanda de Aguiar Horta, autora da teoria das Necessidades Humanas Básicas^{1,2}. Desde então, a viabilização da SAE vem sendo discutida tanto em instituições prestadoras de assistência quanto de ensino em saúde². Hoje, a Resolução COFEN 358/2009 define que a SAE “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE)”³. Este, por sua vez, é organizado, pela mesma resolução, em cinco etapas “inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes”; São elas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem³. Assim, o PE pode ser entendido como uma ferramenta metodológica que possibilita ao enfermeiro identificar, compreender, descrever, explicar e prever como indivíduos respondem aos problemas de saúde ou aos processos vitais, bem como determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional de Enfermagem². A operacionalização do PE, de maneira sistemática, deliberada e contextualizada, oferece respaldo, segurança e direcionamento para a assistência de Enfermagem, dando à profissão credibilidade e visibilidade para sua cientificação⁴, além de melhorar significativamente a qualidade da assistência contínua, integral e individual prestada ao ser humano¹. Apesar disso, a consolidação deste processo organizacional na prática diária de trabalho ainda tem enfrentado muitos obstáculos, por exemplo: excesso de trabalho, escassez de tempo, carência de pessoal, ausência de impressos padronizados, falta de estímulo por parte da gerência, inexistência de programas de educação permanente nos serviços e déficits na formação profissional, com enfoques acadêmicos predominantemente técnicos, que pouco articulam o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro com as bases conceituais do cuidar^{1,3}. Nesta última questão, acredita-se que a escola de Enfermagem, ao desenvolver conteúdos a respeito da SAE e de suas concepções teóricas durante a graduação, exerce um papel fundamental para o despertar de um processo de trabalho sistematizado do acadêmico e futuro profissional, que, com pensamento crítico-reflexivo, contribuirá para a consolidação da SAE no cenário brasileiro. Assim, espera-se que os currículos obrigatórios dos cursos de graduação em Enfermagem das Instituições de Ensino Superior contemplem conteúdos referentes e priorizem a SAE, o PE e suas bases teóricas³. **Objetivo:** O trabalho ambiciona apresentar uma proposta curricular de um curso de graduação em Enfermagem que prioriza o ensino da SAE sustentada pela Teoria de Wanda de Aguiar Horta. **Descrição Metodológica:** Trata-se de um estudo de caso descritivo, cujo objeto de estudo é a grade curricular de um curso de graduação em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior privada do interior do estado de São Paulo. A descrição é pautada em planos de ensino, ementário e experiência teórico-prática de docentes da disciplina de Semiologia, direcionada especificamente ao ensino da SAE. **Resultados:** O curso de graduação em Enfermagem em questão dá-se em cinco anos, subdivididos em dez termos de um semestre cada. Os cinco primeiros termos compõem o “núcleo básico”, no qual as disciplinas fundamentais para a área de saúde – como Anatomia Humana, Fisiologia Humana, Processos Patológicos, entre outras – tornam-se complementares à disciplina concebida, nesta proposta curricular, como principal: Semiologia. O “Estudo dos Sinais” inicia-se já no primeiro termo, com a exposição das concepções teóricas que subsidiam a prática de Enfermagem ao longo da História, com

1. Enfermeiro. Especialista. Docente da disciplina de Semiologia da Faculdade de Enfermagem de Presidente Prudente/SP. E-mail: gabrielplantier@hotmail.com
2. Enfermeira. Especialista. Docente da disciplina de Semiologia da Faculdade de Enfermagem de Presidente Prudente/SP. E-mail: enf.natalia@hotmail.com



Trabalho 16

ênfase na Teoria das Necessidades Humanas Básicas; bem como discussões sobre anamnese, que incluem técnicas de entrevista, estratégias de comunicação terapêutica e a coleta de dados propriamente dita. No segundo termo, em Semiologia II, o aluno é estimulado a utilizar a práxis, com técnicas propedêuticas e pensamento holístico, para desenvolver o exame físico geral e específico do cliente; finalizando, assim, o Histórico de Enfermagem. Na disciplina de Semiologia III, durante o terceiro termo, são apresentados os Diagnósticos de Enfermagem (baseados na Taxonomia NANDA-I – *North American Nursing Diagnosis Association*), período em que há grande incentivo para o desenvolvimento do raciocínio clínico do aluno, que utiliza os dados coletados na primeira fase do PE para “nomear” as respostas humanas no processo saúde-doença. No termo seguinte, em Semiologia IV, o discente continua construindo a assistência científica de Enfermagem através do Planejamento das ações de Enfermagem e da Implementação, em busca de Resultados Esperados, utilizando as taxonomias NIC (*Nursing Interventions Association*) e NOC (*Nursing Outcomes Association*). Finalmente, no quinto termo, há o denominado “Ensaio Clínico de Assistência de Enfermagem”, composto por estágios curriculares em instituições hospitalares e unidades de saúde coletiva. Neste semestre, além de aplicar as fases aprendidas do PE na prática clínica diária, o aluno implementa as ações de Enfermagem prescritas pelos colegas e realiza a última fase do PE: a avaliação do processo como um todo e o alcance dos Resultados Esperados para o cliente através da implementação da assistência de Enfermagem. A metodologia de ensino empregada nas disciplinas de Semiologia é a de *Problem Based Learning* – PBL, modelo de aprendizagem baseado em problemas. Dessa forma, percebe-se que a grade curricular em estudo emprega, em todo o núcleo básico, o Processo de Enfermagem e suas bases conceituais como foco central. **Contribuições para a Enfermagem:** Considerando que a SAE torna possível a operacionalização do PE, e que este, apesar de orientar o cuidado e documentar a prática profissional, evidenciando a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde, trata-se de um instrumento metodológico que tem encontrado muitos obstáculos para sua efetiva viabilização. Entre as dificuldades apontadas, inclui-se a formação profissional deficitária no que diz respeito à SAE, ao PE e às Teorias de Enfermagem^{1,3}. Nesta realidade encontra-se a relevância deste trabalho, que apresenta uma grade curricular que centraliza e valoriza esses temas, assim como dá abertura para futuras pesquisas que avaliem a eficácia e validem o método descrito. **Conclusão:** A proposta curricular em questão aproxima o aluno dos referenciais teóricos que sustentam o “saber” e o “fazer” da Enfermagem logo no início de sua construção acadêmica, evoluindo com o desenvolvimento da SAE em todo o núcleo básico da graduação. Espera-se a formação de profissionais críticos-reflexivos, que contribuam com uma Enfermagem deliberadamente científica e autônoma através da aplicação contínua e sistemática do PE na prática assistencial. Porém, a proposta curricular ainda aguarda validação científica.

Descritores: Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de Enfermagem, Educação em Enfermagem.

Eixo Temático: EIXO I: ENSINO DE ENFERMAGEM

Referências

1. Argenta MI. Congruência entre o ensino da sistematização da assistência de enfermagem e o processo de trabalho do enfermeiro [tese de doutorado]. Florianópolis, 2011.
1. Enfermeiro. Especialista. Docente da disciplina de Semiologia da Faculdade de Enfermagem de Presidente Prudente/SP. E-mail: gabrielplantier@hotmail.com
2. Enfermeira. Especialista. Docente da disciplina de Semiologia da Faculdade de Enfermagem de Presidente Prudente/SP. E-mail: enf.natalia@hotmail.com



Trabalho 16

2. Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem: Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”; 2000. Recife/Olinda – PE.
3. COFEN. Resolução n. 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF).
4. Dell’Acqua MCQ, Miyadahira AMK. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. Rev Latino-am Enfermagem 2002 março-abril; 10(2):185-91.

1. Enfermeiro. Especialista. Docente da disciplina de Semiologia da Faculdade de Enfermagem de Presidente Prudente/SP. E-mail: gabrielplantier@hotmail.com
2. Enfermeira. Especialista. Docente da disciplina de Semiologia da Faculdade de Enfermagem de Presidente Prudente/SP. E-mail: enf.natalia@hotmail.com



Trabalho 17

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE UMA NUTRIZ COM TRAUMA MAMILAR: Relato de portfólio reflexivo.

Ana Carolina Simões Pereira¹; Bruna Caroline dos Santos Soares¹;
Fernanda Paula Cerântola Siqueira²

Introdução: O aleitamento materno deve ser visto como prática indispensável para qualidade de saúde e vida das mães e crianças, mas eventos como os traumas mamilares tem se tornado um problema frequente durante a amamentação e pode levar ao desmame precoce. Diante da problemática para manutenção do processo de amamentação de crianças hospitalizadas, o enfermeiro para assisti-la deve agregar as áreas de competência do cuidado do ponto de vista individual, coletivo e gestão, utilizando ferramentas como a implementação da sistematização da assistência de enfermagem, com abordagem centrada na criança e família. O processo de enfermagem tem como etapas a coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, identificação do resultado (meta), planejamento das ações, implementação e evolução de enfermagem. Considerando os aspectos apontados, bem como a importância do ensino da sistematização da assistência de enfermagem, a 3ª série do Curso de Enfermagem da Famema, vem em movimento constante para operacionalizar todas as etapas do processo de enfermagem, bem como utilizar a Taxonomia II da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para identificação de diagnóstico. NANDA define diagnóstico de enfermagem como o julgamento clínico sobre respostas dos indivíduos, família ou comunidades a problemas ou processos de saúde potenciais ou vitais onde este proporciona uma base para a seleção de intervenções e obtenção de resultados finais que o enfermeiro planejou. **Objetivo:** Identificar os diagnósticos de enfermagem de uma nutriz com trauma mamilar que participava do Programa Mãe-Acompanhante em uma Unidade de Internação Pediátrica. **Método:** Relato de caso do desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem à criança e sua mãe-acompanhante portadora de trauma mamilar bilateral. O instrumento para coleta de dados foi o portfólio reflexivo desenvolvido pelo estudante da 3ª série do Curso de Enfermagem da Famema ao acompanhar o caso na Área do Cuidado à Criança Hospitalizada, a qual desenvolve suas atividades práticas em Unidade de Internação Pediátrica de um Hospital Materno Infantil. O portfólio reflexivo é um instrumento, no qual o estudante registra em forma de narrativas reflexivas o processo de aprendizagem, suas ações, entre estas a atividade de desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem. Este estudo seguiu às exigências formais implícitas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados/Discussão:** Os diagnósticos de enfermagem foram estabelecidos com base na Taxonomia II da NANDA, todos do tipo real: *Amamentação Ineficaz* relacionado ao déficit de conhecimento caracterizado por processo de amamentação insatisfatório, lactente chora na primeira hora após a amamentação; *Integridade da pele prejudicada* relacionado a fator mecânico(pega incorreta do seio materno) caracterizado por rompimento da superfície da pele(fissura mamilar bilateral), *Dor* relacionado a agente lesivo(fissura mamilar bilateral) caracterizado por relato verbal de dor, expressão facial e comportamento de proteção. Ressaltamos que no 3º dia de acompanhamento desta nutriz e seu filho verificamos que a nutriz desenvolvia as ações propostas com segurança e autonomia, expressando que o processo de amamentação era satisfatório e sem dor evoluindo assim um dos diagnósticos para *Amamentação Eficaz*, e definindo o de *Dor* como resolvido. Embora nesse mesmo período a nutriz também tenha relatado melhora significativa do processo de cicatrização das fissuras mamilares o diagnóstico de *Integridade da pele prejudicada* foi plenamente resolvido após um período de dez dias. Desta forma, os estudantes mantiveram contato com esta nutriz após a alta por meio do telefone e visita domiciliária para avaliar as intervenções propostas. Identificar esses diagnósticos de enfermagem para esta criança e sua mãe-acompanhante foi



Trabalho 17

de extrema importância, pois possibilitou sistematizar a assistência de enfermagem envolvendo essa mulher/mãe no estabelecimento de prioridades, metas e de critérios de resultados, bem como na seleção de prescrições de enfermagem. Permitiu ainda, que as respostas da criança e sua mãe-acompanhante às prescrições de enfermagem fossem continuamente avaliadas e replanejadas assegurando que o processo de amamentação fosse mantido e eficaz. **Considerações finais:** As ações de enfermagem relacionadas ao aleitamento materno realizadas de forma sistematizada, bem como a utilização do diagnóstico como etapa do processo de enfermagem, no atendimento à mãe e filho, durante o período de hospitalização contribuiu para uma assistência direcionada e eficaz. Aos estudantes possibilitou a vivência concreta da atenção do cuidado centrada na criança e família por meio da operacionalização da sistematização, fundamentação e reflexão desta prática no cenário real. Contribuiu ainda, para que os estudantes percebessem que a assistência deste caso deveria ser direcionada principalmente à mãe, cujas necessidades eram prioritárias, e a não resolução do trauma mamilar resultaria em consequências para a alimentação e saúde da criança.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem. Aleitamento Materno. Trauma Mamilar.

Referências:

Abrão ACFV, Gutierrez MGR, Marin HF. Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz - Estudo de identificação e validação clínica. Acta Paul Enferm 2005; 18(1):46-55.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [citado 12 maio 2012]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2009. 112p.:il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, Brasília, n.23).

Craven RF, Hirnle CJ. Fundamentos de enfermagem: Saúde e função humanas. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.9, Processo de enfermagem: Fundamentos para a prática; p.135-146.

Garcez RM (Trad.). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2012 – 2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período Pós-parto imediato e tardio. Esc Anna Nery Rev Enferm 2010 jan-mar; 14 (1): 83-89.

¹Acadêmicos de Enfermagem. Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília-Famema.

E-mail: carolzinha_sp_14@hotmail.com / bruna_caroline12@hotmail.com

²Enfermeira. Prof^a Doutora em Ciências pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem-EE/EERP-USP. Docente do Curso de Enfermagem da Famema. E-mail: fercerantola@yahoo.com.br

Eixo temático: Ensino de Enfermagem



Trabalho 18

RELAÇÃO DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E O GRAU DE DEPENDÊNCIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Emilene R. Bochnia¹; Nathana M. Costa²; Gerso Hannig²; Hiohan G. Schneider²; Denise F. Kletemberg³

Introdução: A capacidade de realizar as atividades cotidianas, com autonomia e independência é um dos principais indicadores de saúde da população idosa. A relevância da capacidade funcional repousa em sua correlação com a sensação de bem-estar dos indivíduos, sua utilidade como um preditor de saúde e de consumo de serviços sociais, e em seu impacto sobre a família e a sociedade. A Organização Mundial de Saúde define capacidade funcional (CF) como um construto que indica o máximo possível de funcionalidade que uma pessoa pode atingir em um dado momento¹. Entretanto, com o avanço da idade cronológica pode haver declínio da capacidade funcional associado a fatores clínicos, que compromete a capacidade para desempenhar atividades e a sociabilidade do indivíduo. Assim, a equipe de enfermagem deve prestar assistência para a promoção da capacidade funcional do idoso, estimulando-o a usar as habilidades de que dispõe; avaliação do atendimento às necessidades básicas do idoso; sistematização dos cuidados e orientação dos cuidadores em relação aos problemas detectados; organização dos cuidados e medicamentos; auxílio ao idoso e à sua família para lidar com as perdas². Em Instituições de Longa Permanência para Idosos (IPLI) a capacidade funcional de idosos independentes ainda está preservada, com o desempenho das atividades de vida diária (AVD's) normalmente. No caso de idosos que apresentam algum grau de dependência funcional, as AVD's já se tornaram um exercício difícil. Grande parte não pratica mais essas atividades por motivos como: artrose, artrite, osteoporose, demência, diabetes, perda funcional relacionada à força³. Neste contexto o levantamento dos diagnósticos de enfermagem é ferramenta imprescindível, para fundamentar a prescrição das ações frente ao grau de dependência do idoso. Este raciocínio clínico deverá ser iniciado durante a formação profissional, propiciando ao graduando, a percepção dos diferentes diagnósticos frente a perspectiva de manutenção da independência do idoso. Cabe ressaltar que o levantamento dos diagnósticos de enfermagem requer que o profissional tenha conhecimentos técnico-científicos atualizados, bem como pensamento crítico ao interpretar os dados coletados na anamnese e no exame físico, para que possa assumir a responsabilidade pelo cuidado que está propondo, através da prescrição de enfermagem⁴.

Objetivo: Relacionar os diagnósticos de enfermagem em idosos institucionalizados com diferentes graus de dependência em uma Instituição de Longa Permanência para idosos.

Descrição metodológica: Trata-se de um estudo descritivo, relato de experiência, vinculado às aulas práticas da disciplina de Saúde do Adulto e do Idoso, do terceiro período do curso de graduação em Enfermagem. Realizado em uma Instituição de Longa Permanência para idosos na cidade de Curitiba-PR, com capacidade para 150 moradores, sendo apenas mulheres, entre 60 e 95 anos com diferentes níveis de atenção. Esta Instituição se divide em três setores segundo o grau de dependência e doenças psiquiátricas. Os

1 Acadêmica do curso de enfermagem da Universidade Positivo. Email: mibochnia@hotmail.com

2 Acadêmico do curso de enfermagem da Universidade Positivo.

3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do curso de graduação da Universidade Positivo. Líder do Núcleo de Estudos Cuidado e Educação em Saúde (NECES)



Trabalho 18

dados foram coletados de março a maio de 2013, com 30 idosos residentes na instituição, com o auxílio de instrumento para a consulta de enfermagem, que continha a identificação, religião, padrões de nutrição, eliminatório, grau de dependência, capacidade cognitiva, de autopercepção e de sono/repouso; controle da saúde englobando o uso de tabaco, álcool e medicamentos, bem como dados do exame físico. Após a coleta dos dados foram levantados os diagnósticos de enfermagem e transcritos na taxonomia da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®) com suas respectivas intervenções. Por se tratar de metodologia pedagógica da disciplina, este trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa. **Resultados:** Os diagnósticos mais apresentados pelas moradoras com diferentes graus de dependência foram: Risco para quedas, Audição comprometida, Sono alterado, Comunicação, Confusão, Integridade da pele comprometida, Dentição comprometida. **Discussão:** O diagnóstico Risco para quedas foi mais prevalente entre os idosos dependentes, devido às transferências leito/cadeira, fraqueza muscular e déficit cognitivo. Houve também maior incidência entre idosos dependentes a Audição comprometida: alteração sensorial perceptiva que envolve o processo de envelhecimento, embora tenha sido elencado em praticamente todas as moradoras. O diagnóstico de Sono alterado foi encontrado sem distinção de grau de dependência, pois os idosos institucionalizados frequentemente descansam durante o dia, devido à falta de atividades, o que prejudica a qualidade de sono durante a noite. Assim sofrem de insônia e tendem a utilizar medicamentos para dormir. Comunicação comprometida: as moradoras apresentam dificuldade devido à demência, diagnóstico, mas frequente em moradoras de dependência leve e moderada; Confusão: devido à demência, ou pela doença de Alzheimer que atinge grande parte dos idosos da ILPS, este diagnóstico não obteve diferenciação quantitativa entre os graus de dependência. Diferentemente da Integridade da pele comprometida, mais prevalente entre idosos que possuem perda de mobilidade, alterações da pele devido ao processo de envelhecimento, déficits de autocuidado, sendo mais comum em idosos de dependência moderada. Dentição comprometida: esse é um diagnóstico que acomete praticamente todas as moradoras, pois nem todos institucionalizados possuem prótese dentária para facilitar na mastigação. **Conclusão:** O estudo permitiu compreender a situação de saúde em diferentes graus de dependência de pessoas idosas institucionalizadas, ao levantar os diagnósticos na perspectiva da capacidade funcional, para direcionar as ações para promoção da autonomia e independência. **Contribuições para a enfermagem:** Observou-se no contexto da ILPI, a necessidade da sistematização do cuidado de enfermagem para o planejamento das ações na abordagem da humanização, na multidimensionalidade e da interdisciplinaridade necessária no cuidado gerontológico. Destaca-se a importância da atuação do enfermeiro nas ILPIs desenvolvendo ações relacionadas à promoção da saúde, proteção, reabilitação e educação em saúde, promovendo a autonomia das pessoas idosas em condições de dependência e uma melhor qualidade de vida.

Descritores: Instituição de Longa permanência para idosos, Diagnósticos, Idosos.

Eixo temático: Ensino de Enfermagem

Referências: 1. Organização Mundial de Saúde (OMS)/Organização Panamericana de Saúde (OPAS). CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Universidade de São Paulo; 2003. 2. Giacomini K. Avaliação Funcional: o que é função, como avaliar função e como lidar com as perdas. In: Saldanha AL, Caldas CP. Saúde do Idoso A arte de cuidar. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Interciência; 2004. p 133-5. 3. Marchon RM, Cordeiro RC, Nakano MM. Capacidade Funcional: estudo prospectivo



Trabalho 18

em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. RBGG [Internet]. 2010 [acesso em 2013 mai 7]; 13(2): 203-214. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br> 4.
Tannure AC, Gonçalves AMP. Diagnósticos de enfermagem: análise e interpretação de dados. SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem. 1ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p 41-6.



Trabalho 19

CONSULTA DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIA NA PROMOÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Patrícia Costa dos Santos da Silva¹; Andréia Cristina Barbosa¹; Eliana Cavalari¹; Michelle Pita Tavares Gonçalves²; Eugenia Velludo Veiga³

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é apontada como fator de risco para complicações e doenças cardiovasculares na sociedade atual, sendo uma das alternativas mais importantes para assegurar a autonomia e promoção à saúde dos hipertensos as ações educativas. Assim, a consulta de enfermagem que é uma atividade privativa do enfermeiro e originou-se da atuação direta deste junto ao cliente, na relação de ajuda, nos centros de saúde e em domicílio, busca promover à saúde por meio de ações educativas, reconhecidas como importantes pela população¹. **Objetivo:** Identificar as evidências na literatura científica sobre a consulta de enfermagem como estratégia na promoção à saúde das pessoas com HAS e suas respectivas potencialidades e fragilidades. **Método:** Revisão integrativa de literatura, que a partir dos descritores controlados: “diagnóstico de enfermagem”, “hipertensão” selecionou produções científicas nas bases de dados MEDLINE e LILACS. A questão norteadora da pesquisa foi: “Quais as potencialidades e fragilidades da consulta de enfermagem como estratégia na promoção à saúde das pessoas com HAS?”. Como critérios de inclusão definiu-se: artigos em português, espanhol e inglês, produzidos entre 2003 a 2013. **Resultados:** Encontrou-se 210 artigos, após a leitura selecionou-se 10, que atendiam aos critérios de inclusão. Os estudos analisados apontam como potencialidades da consulta de enfermagem desenvolvimento de habilidades técnicas e cognitivas para o exercício das atividades de autocuidado, engajando-se no perfil desejável para a melhoria da qualidade de vida, além de assegurar a qualidade do serviço de enfermagem. Dentre as fragilidades da consulta de enfermagem como estratégia na promoção à saúde destacam-se a necessidade de habilidades técnicas e cognitivas por parte dos enfermeiros, falta de motivação e interesse dos envolvidos no processo educacional. **Conclusão:** Concluiu-se que a consulta de enfermagem apesar das fragilidades apontadas é uma importante ferramenta educacional na promoção à saúde das pessoas com HAS.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; hipertensão.

Eixo – Assistência de Enfermagem

Referência: 1. Santos ZMSA, Silva RM. Consulta de enfermagem à mulher hipertensa: uma tecnologia para educação em saúde. Rev. bras. enferm. 2003,56(6):605-609.

¹ Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação Enfermagem Fundamental - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

²Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa Oficina de Projetos em Esfigmomanometria.

³Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



Trabalho 20

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Patrícia Costa dos Santos da Silva¹; Andréia Cristina Barbosa².

Introdução: A cobrança do mundo atual em relação à qualidade da assistência prestada ao cliente na área da saúde exige profissionais capacitados. Para tal a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem sendo cada vez mais estudada e utilizada por diversos pesquisadores na área da enfermagem. A SAE requer dos enfermeiros a união dos conhecimentos técnicos associados ao raciocínio clínico para que se possa prestar uma assistência adequada às necessidades de cada cliente¹. Desta forma, torna-se imprescindível que o educador estimule a reflexão, a criatividade e o raciocínio clínico no ensino da SAE. **Objetivo:** Descrever a experiência de duas docentes e os principais desafios e as perspectivas no ensino da SAE e sua importância para a formação do enfermeiro. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de duas docentes de uma universidade privada localizada no sul de Minas Gerais, das disciplinas enfermagem na saúde do idoso e enfermagem em centro cirúrgico. Tais disciplinas apresentam respectivamente a carga horária de 40 horas-aula e 100 horas-aula. Gostaríamos de apresentar a experiência no ensino da SAE nestas disciplinas e os principais desafios e perspectivas, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. **Resultados:** Na disciplina enfermagem na saúde do idoso os alunos realizavam a consulta de enfermagem, realizavam a SAE e os cuidados aos idosos institucionalizados. Ao término da disciplina os alunos foram avaliados em relação a atividade que foi desenvolvida junto aos idosos. Na disciplina de enfermagem em centro cirúrgico temos como principais dificuldades enfrentadas no ensino da SAE, a elaboração do diagnóstico de enfermagem, isto ocorre em decorrência da falta de habilidade prática na execução do exame físico e avaliação do cliente. Nestas disciplinas encontramos como desafios a falta de motivação para implantação da SAE em sua totalidade em outras disciplinas e a motivação pessoal e institucional. Mesmo diante deste cenário, vislumbramos como perspectivas o desenvolvimento de um profissional crítico, reflexivo e responsável pelo processo de cuidar. **Conclusão:** Pode-se concluir que é necessário, tornar real a sensibilização das Instituições de Ensino Superior quanto à formação teórico e a prática sobre a SAE. Ancorados também no envolvimento da instituição de saúde no processo de construção e elaboração de instrumentos facilitadores para implantação e implementação da SAE.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; hipertensão.

Eixo – Assistência de Enfermagem

Referência: 1. Sampaio RS, Santos I, Amantea ML, Nunes AS. A classificação das intervenções de Enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros. Acta paul. Enferm. 2011, 24(1):120-126.

¹ Enfermeira. Professora da Universidade José do Rosário Vellano. Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação Enfermagem Fundamental - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

²Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação Enfermagem Fundamental - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



11º SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E RESPONSABILIDADE SOCIAL NOS CAMPOS DE PRÁTICA PROFISSIONAL

01 A 03 DE AGOSTO DE 2013
CAMPUS DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PUCPR - CURITIBA/PR 

Trabalho 20



Trabalho 21

1

ESTUDO DE CASO COMO EXERCÍCIO À TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Priscila Meyenberg Cunha Sade²

Marilene Loewen Wall³

Verônica de Azevedo Mazza⁴

Aida Maris Peres⁵

Introdução: Na dimensão cuidar a tomada de decisão clínica é um processo que compreende tanto o diagnóstico como a avaliação clínica e a determinação daquilo que vai ser executado, constituindo-se, em um componente vital para a prática de enfermagem⁽¹⁾. No contexto da formação do aluno de enfermagem, a tomada de decisão deve considerar recursos para uma ação crítico-reflexiva, como o uso de metodologias ativas de ensino que sejam refletidas no desenvolvimento autônomo, na assunção de responsabilidades, na postura profissional e, sobretudo, no comportamento ético do aluno. Contudo, no processo de aprendizagem, percebe-se que a prática profissional em campos de estágio na graduação enfatiza as habilidades técnicas, tanto por parte dos docentes quanto dos discentes, em detrimento do levantamento dos problemas de enfermagem do paciente e planejamento da assistência, o que limita a tomada de decisão clínica e determina que o cuidado seja produto de ações isoladas⁽²⁾. Diante desta perspectiva, enquanto docente de um curso de graduação em enfermagem, sentime desafiada em aperfeiçoar a proposta de ensino em um campo de estágio, utilizando o método de estudo de caso fundamentado no processo de enfermagem (PE) de Horta, como estratégia ao desenvolvimento de tomada de decisão clínica durante a prática do cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UTI Cor). A escolha pelo uso do PE, de acordo como modelo conceitual de Horta, foi porque no Brasil é o modelo mais conhecido e seguido para o ensino e a implantação do processo de enfermagem nos serviços de saúde⁽³⁾. No que se refere à metodologia ativa de ensino selecionada, o estudo de caso permite que o aluno observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações⁽⁴⁾. **Objetivo:** Relatar a experiência do uso do estudo de caso fundamentado no PE durante o ensino em campo prático de um curso de graduação em Enfermagem como exercício à tomada de decisão clínica. **Método:** O relato de experiência reporta-se a uma atividade curricular descrita a partir da observação livre do uso do estudo de caso fundamentado no PE de Horta como metodologia de ensino ativa em um Curso de Graduação de Enfermagem com seis discentes, durante o Ensino Clínico da Disciplina Processo de Cuidar na Saúde do Adulto em uma UTI Cor de um hospital filantrópico de ensino da cidade Curitiba/PR. O desenvolvimento do estudo de caso ocorreu em seis dias não consecutivos, entre setembro e outubro de 2012 no período da manhã. Os dados empíricos foram obtidos a partir da observação livre e das anotações da docente em diário de campo. **Resultados:** No DIA 1, para a estruturação do estudo de caso, os alunos individualmente aplicaram um roteiro

¹ Artigo produzido na Disciplina Vivência na Prática Assistencial do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

² Enfermeira. Professora da Faculdade Evangélica do Paraná. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. . Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde da UFPR - GPPGPS. E-mail: priscila.sade@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora. Professora adjunta da Universidade Federal do Paraná. Membro Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem - NEPECHE.

⁴ Enfermeira. Doutora. Professora adjunta da Universidade Federal do Paraná. Líder do Grupo de Estudo da Família, Saúde e desenvolvimento Infantil da UFPR – GEFASED.

⁵ Enfermeira. Doutora. Professora adjunta da Universidade Federal do Paraná. . Membro do GPPGPS.



Trabalho 21

2

para o desenvolvimento deste, com base no PE com o paciente sob seus cuidados. Neste grupo, os seis pacientes do estudo de caso permaneceram média de dez dias internados, fato que possibilitou o desenvolvimento do roteiro do estudo de caso do DIA 1 ao 6. Identificado o paciente, inicialmente, realizaram o histórico, o levantamento de problemas e os diagnósticos de enfermagem. As observações realizadas e descritas em Diário de Campo do DIA 1 revelaram que todos os alunos possuíam dificuldades para estruturar os diagnósticos e, por conseguinte, as prescrições de enfermagem. Determinados estudos têm revelado que dentre as dificuldades de aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, e que podem ter relação com a descrição acima, encontram-se: déficit de aprofundamento de conhecimentos para diagnosticar; matriz curricular que não contempla conteúdos necessários ao desenvolvimento do tema de forma contínua; dificuldade do estudante de fazer relações significativas com conteúdos anteriores e fazer interpretações e julgamentos que conduzam a solução de problemas⁽⁵⁾. Diante do exposto, foi realizada uma aula, com duração de cinquenta minutos, sobre diagnósticos de enfermagem, de acordo com a taxonomia NANDA, com o recurso dos problemas de enfermagem levantados do paciente em estudo de cada um. Como tarefa de casa os alunos foram orientados a elaborar a prescrição, bem como a evolução de enfermagem, para que no DIA 2 pudessem apresentar em forma de estudo de caso ao grupo de estágio. A apresentação dos casos foi um momento muito produtivo, pois os alunos puderam compreender que o PE, além de sustentar o planejamento das ações de cuidado, proporciona cientificidade a este, assim como favorece o processo de tomada de decisão clínica. Neste dia os alunos definiram o plano de cuidados a ser instituído com o paciente sob sua responsabilidade e implementaram as prescrições de enfermagem durante sua prática clínica. Entre os DIAS 3 e 5 os alunos continuaram a desvelar as fases do PE, sublinhando a importância da interação com o paciente e do raciocínio clínico para organizar e planejar a assistência de enfermagem nestes dias. No dia DIA 6 foi realizada uma avaliação, em roda de conversa, com os alunos sobre o uso do estudo de caso como exercício à tomada de decisão clínica. Todos expressaram suas opiniões e, unânimes, destacaram que o ponto alto eram as discussões ao final de cada dia para reavaliar as etapas do PE. **Conclusão:** Todas as vivências oportunizadas no desenvolvimento do estudo de caso auxiliaram o crescimento dos alunos e, também, da docente, ao possibilitar a intervenção de maneira científica, na gestão do processo de cuidar. As discussões e os resgates teóricos realizados ao longo do período da prática clínica, também, foram preponderantes, pois permitiram aos alunos realizar correlações entre a teoria e a prática e, assim, facilitaram o processo de aprendizagem. Somado ao exposto, a inserção dos estudantes na realidade dos pacientes internados em uma UTI Cor oportunizou a elaboração de um forte potencial de argumentação, uma vez que foram desafiados e, por isso, permaneceram envolvidos e instigados a realizar proposições para mudança, mediante a aplicação dos elementos teóricos e práticos que dispunham.

Descritores: educação em enfermagem, processos de enfermagem, tomada de decisões.

Eixo: Ensino de Enfermagem

Referências:

1. Campos DCF, Graveto JMGN. Papel do enfermeiro e envolvimento do cliente no processo de tomada de decisão clínica. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2009; 17(6):1065-70.
2. Andrade JS, Vieira M J. Prática assistencial de Enfermagem: problemas, perspectivas e necessidades de sistematização. Rev Bras de Enferm. 2005; 58(3):261-5.



Trabalho 21

3

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):568-72.
4. Anastasiou L. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: UNIVILLE; 2005.
5. Silva AGI, Peixoto MAP, Brandão MAG, Ferreira MA, Martins JSA. Dificuldades dos estudantes de enfermagem na aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, na perspectiva da metacognição. Esc. Anna Nery [online]. 2011; 15(3):466-71.



Trabalho 22

PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM PROGRAMA DE ORTOPEDIA E REABILITAÇÃO INFANTIL

Larissa Faquim Bazaga¹, Isabel Cristina Correia Pereira², Denise Nobre de Souza², Kelly Patrícia Cassiano Meneses², Polyanne Aparecida Alves Moita³.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial. Incorporar a SAE é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidar de enfermagem humanizada, contínuo, e com qualidade¹. Para incluir a SAE na prática assistencial precisa, inicialmente, de treinamento profissional. O treinamento do enfermeiro para a implantação da SAE consiste em aprimorar o embasamento teórico-científico em sua práxis, conhecer o próprio cliente e suas reais necessidades, promover novos conhecimentos científicos, favorecer o melhor atendimento de Enfermagem ao cliente/família, e auxiliar na avaliação do cuidado prestado ao cliente/família. Nesse sentido, o treinamento produz um estado de mudança no conjunto de Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA), uma vez que implementa ou modifica a bagagem particular de cada um². O objetivo geral deste trabalho foi avaliar o conhecimento básico e a percepção do enfermeiro frente ao processo de sistematização da assistência de enfermagem em um programa de ortopedia e reabilitação infantil. Trata-se de um estudo exploratório analítico, onde foi inicialmente planejado e implementado um treinamento teórico para as enfermeiras nos meses de Novembro e Dezembro de 2012. O treinamento teórico foi dividido em 4 temas: Paradigmas e Metaparadigmas; Legislação sobre SAE; Teorias de Enfermagem; e Classificação para Práticas Enfermagem (CIPE®). O planejamento do treinamento baseou-se no conteúdo a ser abordado (SAE) de forma sinérgica com o público-alvo e a cultura da empresa. Os objetivos gerais e específicos de cada aula, bem como os materiais para estudo foram enviados com 1 semana de antecedência para os enfermeiros escalados, visando um momento de interação e discussão entre o grupo. Ao final das aulas, aplicamos um instrumento de avaliação (ANEXO 1) onde as enfermeiras preencheram sobre a sua percepção e motivação a respeito do processo de implantação da SAE, bem como sobre os seus conhecimentos básicos antes do treinamento e após o mesmo. Nesse instrumento constavam duas etapas de avaliação: Avaliação de conhecimento e Avaliação de Reação. O conteúdo abordou tópicos objetivos, e elaboramos um tópico subjetivo para que as profissionais expressassem livremente suas percepções sobre o treinamento teórico e o processo de implantação da SAE. A partir da análise dos dados obtidos desse instrumento, realizamos uma avaliação quantitativa sobre o conhecimento básico dos enfermeiros, e uma análise qualitativa à luz da metodologia de Carvalho sobre a percepção desses frente a implantação da SAE. As aulas foram ministradas para 28 enfermeiras do programa de ortopedia e reabilitação infantil, 100% da equipe. A **análise quantitativa** do instrumento demonstrou que 96% dos enfermeiros se sentem motivados para o processo de implantação da SAE, e que a percepção sobre a SAE modificou após as aulas. Com relação ao conhecimento teórico sobre o assunto 66,6% dos Enfermeiros conheciam apenas parcialmente o assunto abordado. Observa-se que 22 enfermeiros, ou seja, 81,4% tinham conhecimento *ruim* sobre o assunto Paradigmas e Metaparadigmas antes da aula ministrada, e que, após o treinamento, consideraram o conhecimento apenas como *bom ou ótimo*. Em relação ao assunto abordado sobre Legislação da SAE, 62,9% dos enfermeiros

1 Pós-Graduada em Administração Hospitalar. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil. E-mail: 12153@sarah.com. Telefone: (61) 81020558. 2. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação 3. Mestre em Gerenciamento e Administração em Enfermagem pela EEUSP. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação



Trabalho 22

tinham conhecimento *ruim*, e após o treinamento a avaliação foi de 62,9% considerado como *bom*. O conhecimento sobre as Teorias da Enfermagem foi considerado *ruim* para 62,9% das informações dos enfermeiros, e após o treinamento, 100% consideraram seu conhecimento entre *bom* e *ótimo*. Sobre a CIPE® houve análise de 88,8% dos enfermeiros considerando seu conhecimento *ruim* antes do treinamento, e após o treinamento para 62,9% destes o conhecimento tornou-se *bom*. Na análise de reação 85,1% dos enfermeiros consideraram o treinamento teórico como *ótimo*. O método de ensino utilizado no treinamento foi avaliado como *ótimo* por 100% dos enfermeiros. Com relação ao preenchimento subjetivo do instrumento de avaliação, descrevemos abaixo, na íntegra, alguns relatos dos enfermeiros para uma posterior **análise qualitativa**: “Para um melhor aproveitamento treinar na prática torna o processo mais prático. Acredito que virá nos Estudos de caso”; “Não conhecia a CIPE e algumas teorias que fundamentam a SAE. Passei a conhecer novas terminologias, e a entender a importância do conhecimento multidisciplinar para contribuir na sistematização”; “Acredito que foi muito enriquecedor as aulas teóricas da forma como foram expostas, abrindo oportunidade de cada um contribuir com seus conhecimentos e experiências”; “Achava difícil de aplicar na prática e hoje vejo que é possível”; “Acredito que a motivação, persistência, capacitação foi essencial para empolgar a equipe e nos influenciar a buscar mais conhecimento sobre o assunto”; “O treinamento alcançou o objetivo de estimular a participação no processo de implantação da SAE. As aulas foram interessantes, informaram bem, focaram em pontos importantes. O restante virá com a prática”; “Minha percepção sobre a SAE mudou completamente”; “Me sinto totalmente motivada para participar do processo de implantação da SAE”; “Os textos indicados anteriormente foram essenciais e a motivação da instrutora estimulante”; “Mesmo com a implantação efetivada considero importante manter o grupo de estudo com toda a equipe!”. Concluímos que os resultados foram positivos em relação ao treinamento teórico dos enfermeiros, o que se pode considerar um grupo inserido em um ambiente propício a novos conhecimentos, habilidades e atitudes. Acreditamos que, segundo Carvalho existe aspectos fundamentais do treinamento para que haja aprendizagem efetiva. O primeiro deles refere-se a frequência tendo em vista sua íntima relação com o desenvolvimento de hábitos. Considerando esse aspecto serão realizados treinamentos práticos no formato de estudo de caso, para que os enfermeiros vivenciem a prática do processo de enfermagem. O segundo aspecto fundamental refere-se a intensidade do treinamento, ou seja, relacionando a forma com que o treinamento é apresentado e a efetiva participação do treinando em sua realização. Dessa forma, avaliamos que grupo de enfermeiros em questão recebeu um treinamento específico para profissionais que desenvolvem um trabalho em pediatria, e também foi considerado para o planejamento desse treinamento as dificuldades e particularidades desse programa, segundo as descrições subjetivas feitas por esses profissionais também consideramos como alcançado esse aspecto. O terceiro princípio trata da adequação dos métodos utilizados, ressaltando-se os métodos de avaliação e participação dos treinandos, dando uma ênfase para a importância da participação efetiva para o aprendizado. Algumas descrições subjetivas, bem como os resultados quantitativos demonstram que esse princípio foi alcançado quando houve uma avaliação de todos os enfermeiros do programa considerando a metodologia do treinamento como “ótima”. O último dos princípios estabelecidos refere-se à continuidade dos treinamentos e o autor ressalta a importância de que os treinamentos ocorram periodicamente tendo em vista as constantes necessidades de aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos treinandos. Nesse sentido, consideramos que para os enfermeiros do grupo analisado haverá

1 Pós-Graduada em Administração Hospitalar. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil. E-mail: 12153@sarah.com. Telefone: (61) 81020558. 2. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação 3. Mestre em Gerenciamento e Administração em Enfermagem pela EEUSP. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação



Trabalho 22

continuamente um levantamento de necessidade sobre a dificuldade teórica e práticas vivenciadas, a fim de detectarmos as temáticas e os treinamentos que serão realizadas com uma frequência determinada visando uma educação continuada desse processo.

Referências

1. Silva AL, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem – um caminho para o cuidado complexo. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(4): 13-23.
2. Menezes J. Avaliação do programa de treinamentos adotado pelo brde com base na perspectiva da abordagem de competências/ Ruas. – Porto Alegre, 2007
3. Carvalho AV.; Nascimento LP. Administração de recursos humanos. São Paulo: Pioneira, 1993.
4. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.

Descritores: planejamento de assistência ao paciente; processos de enfermagem; treinamento em serviço;

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1 Pós-Graduada em Administração Hospitalar. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil. E-mail: 12153@sarah.com. Telefone: (61) 81020558. 2. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação 3. Mestre em Gerenciamento e Administração em Enfermagem pela EEUSP. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação



Trabalho 22



ANEXO 1

Avaliação do Treinamento- SAE Programa de Ortopédia e Reabilitação Infantil

Técnica de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem Enfermeira

Avaliação de conhecimento

1. Já conhecia o assunto abordado?

Sim Não Parcialmente _____

2. Especifique seu conhecimento sobre cada assunto abordado:

Tema	Antes do Treinamento	Após o treinamento
Paradigmas e Metaparadigmas	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Ruim
Legislação sobre SAE	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Ruim
Teorias de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Ruim
CIPE	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Ruim

Avaliação de Reação

3. De forma geral como é a sua avaliação do treinamento?

Ótimo Bom Razoável Ruim Péssimo _____

4. Sua percepção sobre a SAE mudou?

Sim Não Parcialmente _____

5. Você se sente motivada para participar do processo de implantação da SAE?

Sim Não Parcialmente _____

6. O método de ensino utilizado no treinamento foi adequado para o seu entendimento sobre assunto?

Sim Não Parcialmente _____

Utilize esse espaço para contribuir com críticas e sugestões sobre o treinamento teórico concluído:

Obrigada pela participação

1 Pós-Graduada em Administração Hospitalar. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil. E-mail: 12153@sarah.com. Telefone: (61) 81020558. 2. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação 3. Mestre em Gerenciamento e Administração em Enfermagem pela EEUSP. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação



Trabalho 23

Ensino da sistematização da assistência de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem em um Estado do Sul do Brasil

Maritê Inez Argenta

Francine Lima Gelbcke

RESUMO: Este estudo teve como propósito contextualizar o ensino da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um dos estados da região sul do Brasil. Estudo qualitativo de caráter descritivo, que teve como instrumentos de coleta de dados o estudo documental e a entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo de Bardim a coleta ocorreu no período de junho a dezembro de 2010. A amostra foi de 15 escolas de graduação em enfermagem, sendo duas públicas e 13 privadas. Os resultados evidenciam que a inserção dos conteúdos referentes à SAE e a operacionalização do processo de enfermagem ocorre nas matrizes curriculares a partir da terceira fase, majoritariamente. As referências bibliográficas utilizadas estão de acordo com as produções nacionais, porém identificou-se a falta de referência às Leis e Resoluções que amparam e dão respaldo para que o enfermeiro utilize a SAE. O referencial teórico que as instituições de ensino superior (IES) utilizam predominantemente é a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta e a classificação diagnóstica da NANDA. Chamou atenção a falta de referências em relação à utilização da CIPE, apesar do esforço que está sendo realizado no país pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) para divulgação e sua utilização. Pode-se concluir que não existem diferenças significativas entre o ensino da SAE na graduação das IES públicas e privadas e que o mesmo ocorre de forma desarticulada com a prática dos serviços.

Descritores: ensino; enfermagem; sistematização da assistência de enfermagem e processo e enfermagem.



Trabalho 24

O ENSINO DA ENFERMAGEM E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MACAÉ.¹

Roberta Pereira Coutinho²

Beatriz Fernandes Dias³

Jennifer Veloso Criado⁴

Bruna Affonso Rodrigues⁵

Luana dos Santos Costa⁶

O processo de enfermagem é um método de sistematizar a assistência prestada ao cliente pelo enfermeiro e é composta por cinco etapas, a saber: histórico do cliente, exame físico, o diagnóstico de Enfermagem, a prescrição, a implementação e a avaliação final (GARCIA; NÓBREGA, 2000). A resolução número 358 do Conselho Federal de Enfermagem, que data do ano de 2009 resolve pela obrigatoriedade da implementação do Processo de Enfermagem em todo o âmbito nacional. Esta resolução determina que o processo de enfermagem deve ser constituído pelas cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. Desde nossa chegada à Universidade Federal do Rio de Janeiro / Campus Macaé, nossas visitas ao Hospital Público de Macaé (HPM) tem sido constantes. O que pudemos perceber foi a escassa utilização do Processo de Enfermagem. Esse fato nos fez perceber o quanto a realidade acadêmica está distante da realidade prática. O Cuidado de enfermagem é prestado ao cliente a as prescrições são realizadas, sem que um histórico preciso seja colhido e sem um diagnóstico preciso. Parecia-nos crucial articular a formação de nossos acadêmicos com a realidade dos hospitais públicos do Rio de Janeiro. O objeto deste estudo tem relação, então, com o nível de conhecimento do Processo de Enfermagem pelos Enfermeiros que atuam Hospital Público de Macaé. Desta forma, traçamos como objetivos: Avaliar o nível de conhecimento do Processo de Enfermagem pelos Enfermeiros que atuam neste lócus; Intervir, junto aos mesmos, através de atividades educativas, acerca do processo de enfermagem; Reavaliar o nível de conhecimento em usar o processo de enfermagem. Para este estudo, utilizamos uma abordagem qualitativa de pesquisa, mais precisamente a pesquisa-ação. A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e na qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1997). A pesquisa-ação é uma estratégia de condução de pesquisa aplicada, orientada para elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e busca de soluções. Como cenário de estudo tem-se o Hospital Público de Macaé (HPM) situado na entrada da cidade em frente ao fórum e a um terminal rodoviário, contando com diversos serviços. Os sujeitos da pesquisa foram todos os enfermeiros que atuam no Hospital Público de Macaé e que quiseram participar do estudo, independente de exercerem função de chefia ou de assistência. O fato de entrevistarmos todos os enfermeiros se resumiu ao fato de serem, numericamente, acessíveis, mesmo em uma pesquisa qualitativa. No referido Hospital, os enfermeiros, funcionários públicos municipais e / ou contratados, atuam como diaristas, que realizam seis horas diárias de trabalho entre segunda e sexta-feira ou como plantonistas, que realizam um plantão fixo semanal de vinte e quatro horas. No dia 9 de

¹ Eixo I: Ensino De Enfermagem.

² Professora Assistente da UFRJ / Campus Macaé. Doutoranda pelo NUTES / UFRJ. Relatora do trabalho e coordenadora do projeto de Pesquisa e Extensão

³ Professora Assistente da UFRJ / Campus Macaé. Doutora pela EEAN / UFRJ. Coordenadora do projeto de Pesquisa e Extensão.

⁴ Aluna Bolsista / Acadêmica de Enfermagem da UFRJ / Macaé

⁵ Aluna Bolsista / Acadêmica de Enfermagem da UFRJ / Macaé

⁶ Aluna Bolsista / Acadêmica de Enfermagem da UFRJ / Macaé



Trabalho 24

Junho de 2011, o Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / Hospital Escola São Francisco de Assis. A coleta de dados no HPM teve início no dia 15 de junho. As entrevistas ocorrem até o dia 12 de julho. Ao final da coleta de dados que ocorreu no final do mês de Julho foram entrevistados 36 enfermeiros. A maioria dos enfermeiros do HPM tem tempo de formação profissional entre 06 e 10 anos, realizou algum tipo de especialização e não atua na área em que se especializou, o que aumenta a dificuldade na utilização do processo de enfermagem. Quando questionados acerca do conhecimento do processo de enfermagem, a maioria relata que conhece o processo, mas não o utiliza por falta de tempo, excesso de paciente, escassez de profissionais e falta de obrigatoriedade em realizá-lo. No entanto, quando questionados sobre que etapas do processo ele conhece ou realiza com mais segurança, 80% dos sujeitos respondeu de forma inadequada, incluindo etapas que sequer existem. Quando questionados de que forma o Curso de Graduação e Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio de Janeiro / Campus Macaé pode auxiliá-los neste conhecimento, 78% dos sujeitos respondeu que a melhor forma seria ministrando palestras e cursos e Implementando a SAE neste estabelecimento de saúde. Durante o segundo semestre letivo do ano de 2011, foram realizadas cinco reuniões com o grupo de alunos bolsistas e colaboradores para elaboração de material didático a ser divulgado para a equipe de enfermagem do HPM que participou da pesquisa. No dia 18 de novembro ocorreu a primeira palestra e atividades prática ministradas pelas professoras coordenadoras do projeto. As palestras ocorriam ao longo do dia na parte da manhã e na parte da tarde no horário de 09 às 12 horas e de 13 às 17 horas, respectivamente. Foram, ao total, cinco dias de palestras e atividades práticas que contemplaram os dias de plantão dos enfermeiros, sendo ministradas de segunda a sexta. Ao final do dia de palestras e atividades práticas, os enfermeiros eram reavaliados com um novo questionário. Nesta nova avaliação, 98% dos enfermeiros relatou compreender o processo de forma diferente após a palestra, onde obtiveram a melhor definição dos conceitos e perceberam que o Processo de Enfermagem é instrumento facilitador para sistematizar a assistência. Ao serem perguntados se pretendem usar o Processo de Enfermagem, 94% dos enfermeiros disseram que pretendem usar, 3% responderam que não e 3% responderam que não sabiam dizer. Estes alegaram que não possuíam tempo devido à alta demanda e a pouca oferta de profissionais. As etapas de Histórico e Exame físico apareceram como as etapas de maior segurança para os enfermeiros. No entanto, o diagnóstico foi dado como uma etapa difícil por não conseguirem entendê-lo. A maioria dos enfermeiros atribuiu à importância do Processo de Enfermagem a melhor qualidade de assistência e a valorização do profissional enfermeiro. Ao final do questionário foi perguntado aos enfermeiros novamente como o curso de Enfermagem e Obstetrícia poderia auxiliar no cotidiano do enfermeiro do HPM quanto referente ao Processo de Enfermagem. Os enfermeiros responderam que a melhor forma é capacitar os enfermeiros através de Palestras e Cursos. Após as atividades feitas no Hospital Público de Macaé, pretendemos implementar a Sistematização da assistência de Enfermagem com a consequente utilização do processo de Enfermagem, baseados na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), atuando em diversos setores do mesmo.

Descritores: Educação em Saúde, Educação em Enfermagem, Enfermagem.

Referências:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 2009.



Trabalho 24

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.

THIOLENT, M. Pesquisa-Ação nas Organizações. São Paulo: Atlas, 1997.

Fundação Municipal Hospitalar de Macaé. Apresentação do Hospital Público de Macaé [Internet]. Macaé: FMHM / HPM. Acesso em 03 de Fevereiro de 2012. Disponível em: <http://www.fmhmmacaé.rj.gov.br/apresentacao.html>



Trabalho 25

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA, UM ESTUDO DE CASO

Lidiane Golle¹
Marina Mazzuco de Souza¹
Eniva Miladi Fernandes Stumm²
Rosane Conceição Gonçalves Mastella³
Eliane Raquel Rieth Benetti⁵

Introdução: a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência aos pacientes. Ela proporciona segurança aos pacientes, melhora da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem. **Objetivo:** descrever a SAE elaborada para uma paciente politraumatizada com hemopneumotórax, internada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Descrição Metodológica:** estudo de caso realizado durante o componente curricular Prática de Enfermagem em Saúde do Adulto II, do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. A fim de analisar as necessidades individuais da paciente e programar a assistência de enfermagem integral, individualizada, contínua, documentada e participativa foi aplicada a SAE. **Resultados:** o Histórico de Enfermagem possibilitou conhecer o paciente. Diante da avaliação e levantamento de necessidades, problemas, preocupações e respostas humanas do paciente, os diagnósticos de enfermagem identificados, de acordo com a Taxonomia II da NANDA (2010), foram: volume de líquidos excessivo; constipação; motilidade gastrointestinal disfuncional; estilo de vida sedentário; síndrome do estresse por mudança; pesar complicado; risco de glicemia instável; risco de sangramento e risco de infecção. Embasadas nestes diagnósticos, foi programada a assistência de enfermagem de forma individualizada e humanizada. **Conclusão:** a SAE proporciona segurança e garante a qualidade da assistência de enfermagem. **Contribuições para a enfermagem:** a instrumentalização sobre a SAE durante a graduação estimula os acadêmicos ao conhecimento, ao pensamento crítico e a tomada de decisão, condições indispensáveis para que a SAE seja incorporada na prática clínica.

Referências:

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem: Definições e Classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.
Tannure MC, Pinheiro AM. SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem – Guia Prático. 2 ed, 2011.

Descritores: Processos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

Eixo Temático - Eixo 1: Ensino de Enfermagem

¹ Graduanda em Enfermagem. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Docente do Curso de Enfermagem. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: elianeraquelr@yahoo.com.br



Trabalho 26

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - REALIZADAS EM PACIENTES DA CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Autor: Viviane Koepf Nardi

INTRODUÇÃO: A enfermagem vem desenvolvendo estudos para respaldar suas ações profissionais, no sentido de construir subsídios que fundamentam os conhecimentos específicos que são necessários para o reconhecimento da Ciência de Enfermagem. O Processo de Enfermagem (PE) é um destes instrumentos de prestação de cuidados do enfermeiro, que consiste em organizar as ações profissionais para atender as necessidades de cuidados de saúde a indivíduos e grupos de pessoas.

Objetivo: Analisar os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem encontradas na clínica médica cirúrgica do Hospital Universitário Santa Terezinha - HUST através do levantamento realizado pelos acadêmicos da 8ª fase de Enfermagem da disciplina do Estágio Supervisionado I.

Metodologia: Trata-se de um relato de experiência que possibilita descrever uma vivência prática. Foi realizada pelos estudantes de enfermagem do 8º semestre do curso de Enfermagem, durante a prática da disciplina de Estágio Supervisionado I, da Universidade do Oeste de Santa Catarina Campus Joaçaba, SC no Serviço de Enfermagem na clínica Médica e Cirúrgica do HUST. As atividades expostas neste relato referem-se ao levantamento de diagnósticos e intervenções de enfermagem (DE) dos clientes clínicos e cirúrgicos, visando à implementação do processo de enfermagem e da assistência prestada aos pacientes. Para o levantamento dos DE utilizou-se o modelo disposto pelo professor orientador do estágio e análise documental nos prontuários dos pacientes, principalmente nas anotações de enfermagem. OS DE enfermagem foram discriminados conforme os domínios e as classes da Taxonomia II da NANDA Internacional. Os diagnósticos foram interpretados a partir dos problemas levantados pelos alunos. Após a fase de identificação foram construídas as intervenções de enfermagem para cada diagnóstico específico, sendo que alguns cuidados foram distribuídos para demais diagnósticos. Após todos os dados coletados foram analisados através de modelos de estatística descritiva.

Resultados: Foram avaliados 108 pacientes, durante quatro meses de 2013. Os pacientes eram predominantemente do sexo masculino (54.6%) com idade mínima de 16 e máxima de 102 anos. Os 10 (dez) domínios mais frequentes identificados na amostra do estudo envolveram: Risco de infecção, (75 vezes), Deambulação prejudicada (36), Dor aguda (30), Integridade da pele prejudicada (29), Nutrição desequilibrada: abaixo das necessidades corporais (27), Déficit no autocuidado (27), Risco para integridade da pele prejudicada (22), Risco de queda (20), Mobilidade física prejudicada (19), Padrão respiratório ineficaz (18), juntamente com constipação percebida e dentição prejudicada. Estes resultados foram muito similares ao de Galdeano e Rossi (2002 pg. 323) em que o risco de infecção estava presente em 100% dos participantes da pesquisa.

A partir dos principais diagnósticos foram identificadas as principais intervenções e resultados de acordo com a ligação entre NANDA, NIC e NOC. Dentre as 10 (dez),

Enfermeira, Especialista, Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, Viviane Koepf Nardi. Viviane.nardi@unoesc.edu.br



Trabalho 26

principais intervenções de enfermagem estão: Realizar, orientar e estimular a mudança de decúbito 43, Incentivar a deambulação com caminhadas curtas e frequentes com auxílio da enfermagem 42, Oferecer material ou Realizar higiene oral 39, Realizar curativo com SF 0,9% a cada plantão de forma asséptica 37, Hidratação da pele e Incentivar, orientar e estimular ingestão hídrica 34, Manter cabeceira a 30° com 28, Monitorar sinais vitais e Elevar MMSS e MMII para evitar ou reduzir edema 27, Estimular a alimentação adequada 26, Realizar banho de leito 23, observar manifestações clínicas de infecção 22. A identificação das intervenções é o primeiro passo para um planejamento e uso de recursos de forma mais eficiente para uma melhor resposta do paciente.

Conclusão: A enfermagem, ao longo de sua história como profissão, vem acompanhando as mudanças ocorridas na sociedade. Isso tem exigido dos profissionais dessa área reflexões sobre o processo de cuidar do cliente, objetivando um cuidado que expresse um fazer de modo individualizado e metodologicamente sistematizado. Nessa busca, os enfermeiros têm construído um corpo teórico específico da Enfermagem, cuja aplicabilidade depende do processo de enfermagem (SILVA, 2006). Após a pesquisa constatou-se que dentre a Taxonomia II da NANDA, que compreende de três níveis com: 13 domínio, 46 classes e 187 diagnósticos de enfermagem. A pesquisa em questão demonstrou que de acordo com a NANDA houve uma grande similaridade entre as taxonomias elencadas obtendo: 10 domínios, 24 classes e 75 diferentes diagnósticos de enfermagem.

Contribuições para a Enfermagem: Um dado relevante a se destacar é um aumento significativo de pacientes internados com diagnóstico de Risco de infecção sendo que um ambiente hospitalar deve ser o mais livre possível de patógenos. Portanto segundo Rocha *et al* (2006 pg. 326) conhecer os problemas de saúde de um grupo de pessoas com características comuns poderá também direcionar a assistência de enfermagem, ao fornecer subsídios para a elaboração de planos de cuidados, implementação das intervenções e avaliação de acordo com as necessidades do paciente.

Referências:

Galdeano L, ROSSI LA. Construção e validação de instrumento de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. Rev Latino-am Enfermagem 2002 nov-dez; 10(6): 800-4.

Nanda. North American Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2003-2004. , Porto Alegre: Artmed, 2005.

Rocha L.A, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermeria em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Rev. Bras. Enferm. 2006 maio-jun; 59(3):321-6.

Silva E.R. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidade de internação em clínica médica e clínica cirúrgica. / Eliana Ramos da Silva. – João Pessoa, 2006. 105p.

Zuse C. L., Brigo L., Silva M. B. Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI ISSN 1809-1636 Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para pacientes das clínicas médica e cirúrgica de um Hospital Geral: relato de experiência Vivências. Vol.6, N.9: p.81-88, Maio/2010.

Palavras-chave: Processos de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Intervenções de Enfermagem.

Eixo Temático: ENSINO DE ENFERMAGEM

Enfermeira, Especialista, Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC, Viviane Koepp Nardi. Viviane.nardi@unoesc.edu.br



Trabalho 26

|
|



Trabalho 27

ESTRATÉGIAS DE ENSINO DE NANDA-I, NIC E NOC CITADAS EM EVENTO BRASILEIRO

Ana Paula de Oliveira Siqueira, Bruna Paulsen Panato, Mariana Palma da Silva, Marcos Barragan da Silva, Miriam de Abreu Almeida

INTRODUÇÃO: O ensino das classificações NANDA-I, NIC e NOC (NNN) favorece o raciocínio crítico dos alunos. No Brasil, o Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem (SINADEn), evento oficial da Associação Brasileira de Enfermagem, reflete a busca de espaço, discussão e reflexão sobre estes elementos. **OBJETIVO:** identificar as estratégias empregadas no ensino das classificações NNN em estudos publicados no SINADEn. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** estudo bibliográfico, a por meio de levantamento dos resumos publicados nos anais dos SINADEn de 2006 (João Pessoa/PB), 2008 (Porto Alegre/RS) e 2010 (Brasília/DF). A escolha do período se deve ao possível aumento da produção científica relacionada a esta temática, considerando que a NIC e a NOC são recentes em nosso meio. A coleta de ocorreu em maio de 2011. Os resumos foram selecionados pelo título. Realizou-se leitura minuciosa de seu conteúdo e categorizou-se os resultados. **RESULTADOS:** as principais estratégias de ensino citadas foram: seminários de estudos voltados às classificações NNN; ensino das classificações em laboratório; uso de mapas conceituais; uso das classificações nos planos de cuidados; divisão dos alunos em grupo e aprendizagem baseada em problemas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** diferentes estratégias de ensino de NNN tem sido utilizadas, a fim de direcionar a prática dos alunos em relação às classificações NNN. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** a identificação das estratégias de ensino de NNN potencializa a definição das prioridades de ensino, direcionando a prática clínica dos alunos.

Descritores: ensino, classificação, processos de enfermagem
Eixo temático: Eixo 1 - Ensino de Enfermagem



Trabalho 28

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: ENSINO, APRENDIZAGEM E PRÁTICA

Cláudia Cristiane Filgueira Martins¹; Pétala Tuani Cândido de Oliveira Salvador²; Viviane Euzébia Pereira Santos³; Kisna Yasmin Andrade Alves⁴; Theo Duarte da Costa⁵

Introdução: A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma atribuição do profissional enfermeiro garantida pela lei do exercício profissional (7498/86)¹, e pelas resoluções do Conselho Federal de Enfermagem COFEN 358/2009², devendo ser desenvolvida em todas as áreas de atuação da enfermagem a fim de garantir, de uma forma geral, o planejamento, organização, avaliação e a prevenção de problemas e um levantamento das necessidades individuais de cada paciente, alcançando, assim, um cuidado humanizado e de qualidade. Dentre as diversas maneiras de se desenvolver a SAE, destaca-se a utilização do modelo de sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP), proposto por enfermeiras que trabalham em centros cirúrgicos, o qual parte da premissa da assistência individualizada no cuidado ao paciente cirúrgico, no período trans-operatório, compreendendo este como pré-operatório mediato e imediato, intra-operatório e pós-operatório imediato e mediato. Assim, a SAEP direciona, avalia, e documenta a assistência prestada ao paciente cirúrgico no decorrer de seu processo operatório, bem como após esse período, o que garante a prevenção e a redução de complicações potenciais do paciente, bem como sua alta precoce.³ Neste sentido, a utilização de estratégias de ensino que fomentem a discussão da SAEP no ambiente acadêmico é de grande relevância para o acadêmico de enfermagem, pois o aproxima do cuidado com uma abordagem metodologicamente científica e organizada, reforçando a tese de que a SAE pode e deve ser utilizada em qualquer ambiente pelos enfermeiros, especificando para a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem no momento trans-operatório do paciente. **Objetivo:** Este trabalho visa descrever a experiência vivenciada por discentes e docente do quinto período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) no ensino, aprendizagem e prática da implementação da SAEP no centro cirúrgico de um hospital universitário em Natal-RN, Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre o ensino teórico-prático da SAEP no ambiente do centro cirúrgico de um hospital universitário. Inicialmente, com base em conhecimentos e experiências prévias e, na

¹ Enfermeira. Mestre em enfermagem, Professora Substituta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e do Centro Universitário FACEX, Natal-RN, Brasil. Membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: claudiacrisfm@yahoo.com.br

² Mestranda do PPGENF-UFRN. Professora Substituta da Escola de Enfermagem de Natal e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Associada efetiva da ABEN-SC. E-mail: petalatuani@hotmail.com

³ Mestranda do PPGENF-UFRN. Membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: kisnayasmin@hotmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e Pós Graduação em Enfermagem e Vice-líder do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Associada efetiva da ABEN-SC. E-mail: vivianeepsantos@gmail.com

⁵ Doutorando do PPGENF-UFRN. Membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: theodc@hotmail.com



Trabalho 28

literatura pertinente a docente desenvolveu um instrumento para ser aplicado pelos acadêmicos nos três momentos operatórios: pré-operatório imediato; trans-operatório e pós-operatório imediato, na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA). Esse instrumento foi elaborado tendo como referencial teórico as Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, sendo composto por três etapas. A primeira composta pela avaliação clínica no pré-operatório imediato, contendo as informações quanto ao porte da cirurgia, gravidade da doença clínica-cirúrgica; estado nutricional do paciente, cuidados quanto ao preparo do pele, presença de alergias, infecções. Após essa primeira identificação o aluno buscava traçar os diagnósticos de enfermagem prioritários conforme a gravidade cirúrgica; e as anotações e intervenções de enfermagem a serem aplicadas a esse paciente. A segunda etapa do instrumento é composta pela assistência de enfermagem durante o procedimento cirúrgico, tendo como meta a identificação de novos diagnósticos de enfermagem ou manutenção daqueles que foram evidenciados no período pré-operatório imediato. A terceira, e última etapa, era realizada no pós-operatório imediato, em que foram implementados os cuidados de enfermagem na unidade de recuperação pós anestésica, com vistas a identificação e redução das complicações precoces no momento do pós-operatório imediato, bem como a identificação de diagnósticos e problemas relevantes para a prescrição da assistência de enfermagem no pós-operatório mediato e tardio.

Resultados: Participaram desta metodologia de ensino prático 32 acadêmicos, divididos em rodízios de estágios em grupos de seis alunos por período, o que facilitou a dinâmica de aplicação do instrumento. A vivência prática faz parte da disciplina de atenção integral a saúde I, na qual são abordados os assuntos pertinentes a clínica médica e cirúrgica bem como os procedimentos cirúrgicos. No decorrer da vivência constatou-se que os acadêmicos puderam se envolver e conhecer mais sobre a doença de base e suas complicações, a gravidade cirúrgica do paciente bem como melhor acompanhar o processo operatório, tendo um fio condutor a seguir sobre a assistência de enfermagem perioperatória a ser desenvolvida de acordo com cada situação. Possibilitando assim, uma assistência individualizada e integral ao paciente, levantamento de prioridades, diagnósticos de enfermagem, intervenções e anotações embasadas no problema que o paciente vivenciava. Além disso, esse instrumento foi capaz de aprimorar e suscitar as discussões dos casos e estudos clínicos, estimulando o acadêmico à prática cotidiana do raciocínio clínico e até sugerir ampliação do instrumento proposto inicialmente.

Conclusões: Com o desenvolvimento desta metodologia de ensino contou-se a necessidade de instrumentos educacionais norteadores que possam subsidiar o processo de ensino aprendizagem, com a SAEP, a qual confirmasse como um mecanismo útil e fundamental tanto para a formação quanto para o cuidado de enfermagem direto ao paciente em situação cirúrgica. **Implicações para a Enfermagem:** Com esta prática vivencial percebeu-se como a organização sistemática da prática de enfermagem pode subsidiar tanto o ensino de enfermagem como o cuidado direto aos pacientes. Pois despertando o ato e a prática de assistir os pacientes embasado cientificamente, levantando os problemas e as principais necessidades antecipadamente, se é capaz de prever possíveis complicações bem como antecipar prioridades. Bem como, contribuir para a práxis da enfermagem enquanto ciência e arte do cuidar.

Referências:

1. Brasil. Lei n 7498-1986 de 25 de julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Portal COFEN. Disponível em: <<http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986-4161.html>>. Acesso em: 20 mai 2013.



Trabalho 28

2. Brasil. Resolução n 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados. Portal COFEN. Disponível em: < http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 20 mai 2013
3. Piccoli M, Galvão CM. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. Rev Lat-Am de Enferm 2001; 9(4): 37-43.

Descritores: Sistematização da Assistência Perioperatória; Enfermagem; Procedimentos cirúrgicos.

Área temática: I – Ensino de Enfermagem



Trabalho 29

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE FAMILIARES DE CRIANÇA HOSPITALIZADA PORTADORA DE DOENÇA CRÔNICA: Relatos de portfólios reflexivos.

Marília Ribeiro da Rocha Camargo¹; Nathália Mendes de Oliveira¹;
Fernanda Paula Cerântola Siqueira²

Introdução: No decorrer do desenvolvimento das atividades práticas em Unidade de Internação Pediátrica vivenciamos como a doença crônica da criança, a hospitalização e as demandas do cuidado interferem no âmbito familiar e psicológico das famílias que ali permanecem com seus filhos hospitalizados. As doenças crônicas na infância caracterizam-se por serem de longa duração, gerando a impossibilidade de cura e necessitando de tratamentos extensos. Considera-se doença crônica a doença que apresenta um curso longo, com duração de mais de três meses em um ano ou que necessite de mais de um mês de hospitalização. A Organização Mundial de Saúde define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares e isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus. Inclui ainda, doenças que, contribuem para o sofrimento do indivíduo, da família e da sociedade, tais como, as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares. Diante da problemática que a doença crônica na infância representa para os familiares e pelo aumento da frequência de casos em nosso serviço, o enfermeiro para assistir a criança hospitalizada deve agregar as áreas de competência do cuidado do ponto de vista individual, coletivo e gestão, utilizando ferramentas como a implementação da sistematização da assistência de enfermagem, com abordagem centrada na criança e família. O processo de enfermagem tem como etapas a coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, identificação do resultado (meta), planejamento das ações, implementação e evolução de enfermagem. Considerando os aspectos apontados, bem como a importância do ensino da sistematização da assistência de enfermagem, a 3ª série do Curso de Enfermagem da Famema, vem em movimento constante para operacionalizar todas as etapas do processo de enfermagem, bem como utilizar a Taxonomia II da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para identificação de diagnóstico. NANDA define diagnóstico de enfermagem como o julgamento clínico sobre respostas dos indivíduos, família ou comunidades a problemas ou processos de saúde potenciais ou vitais onde este proporciona uma base para a seleção de intervenções e obtenção de resultados finais que o enfermeiro planejou. A utilização do processo de enfermagem é também assegurada pelo decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 sobre o exercício profissional, no artigo 8º, o qual refere que ao enfermeiro compete privativamente “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem”. Para tanto, delimitamos como **objetivo** identificar os diagnósticos de enfermagem de familiares de uma criança hospitalizada portadora de doença crônica. **Método:** Relato de experiência do desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem às famílias de crianças portadoras de doença crônica. O instrumento para coleta de dados foi o portfólio reflexivo desenvolvido por duas estudantes da 3ª série do Curso de Enfermagem da Famema ao acompanhar tais crianças e seus respectivos familiares na Área do Cuidado à Criança Hospitalizada, a qual desenvolve suas atividades práticas em Unidade de Internação Pediátrica de um Hospital Materno Infantil. O portfólio reflexivo é um instrumento, no qual o estudante registra em forma de narrativas reflexivas o processo de aprendizagem, suas ações, entre estas a atividade de desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem. Este estudo seguiu às exigências formais implícitas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** Os diagnósticos de enfermagem foram estabelecidos com base na Taxonomia II da NANDA, todos do tipo real. Sendo identificados entre esses



Trabalho 29

familiares o *Conhecimento deficiente, Ansiedade, Tensão do Papel do Cuidador*. A condição crônica desestrutura a dinâmica familiar em diversos sentidos. Com a hospitalização da criança, o cotidiano da família passa a se organizar em torno do tratamento, resultando em desorganização da rotina familiar. Essa desorganização trás ruptura dos laços familiares, juntamente com sentimentos de incerteza, ameaça, e sensação de descontrole da situação vivenciada. Identificamos que a principal cuidadora da criança em condição crônica é a mãe, assumindo a rotina dos cuidados, das visitas ao médico, das internações, das medicações e de cuidados domiciliares como alimentação e higiene. Dessa forma passa a viver em função do filho, estando suas ações voltadas primeiramente às necessidades da criança. Frente a essa intensa demanda de cuidados, a principal cuidadora começa a enfrentar sentimentos de estresse pela situação vivenciada, de incerteza quanto ao futuro do filho, de alterações na dinâmica familiar, bem como a necessidade de suporte emocional e profissional. Verificou-se que as famílias necessitam de informação sobre os cuidados a serem realizados com a criança e que este contexto que vivenciam proporciona sentimentos de ansiedade e tensão relacionadas, principalmente, às mudanças ocorridas nas condições de saúde da criança, complexidade do cuidado e às expectativas em relação à alta e as novas adaptações da criança e família. **Considerações finais:** Conhecer os diagnósticos de enfermagem de familiares de crianças com doença crônica possibilita a compreensão dos sentimentos e dificuldades que estas famílias vivenciam, bem como o estabelecimento de intervenção e estratégias que contribuem no enfrentamento frente às conseqüências e complexidade dos cuidados que estas crianças requerem, seja no ambiente hospitalar como no domiciliar.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem. Doença crônica na infância. Família. Ensino.

Referências:

Craven RF, Hirnle CJ. Fundamentos de enfermagem: Saúde e função humanas. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.9, Processo de enfermagem: Fundamentos para a prática; p.135-146.

Moura FM, Lima KS, Collet N, Assis MSS. Cotidiano da Família no Enfrentamento da Condição Crônica na Infância. Acta Paulista de Enfermagem 2010; 23(3): 359-65. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a08.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

Silva DCM et al. Funcionalidade de família de mãe cuidadoras de filhos com condição crônica. Ciência, Cuidado e Saúde 2011; 10(4): 731-738. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18317>>. Acesso em: 28 abr. 2013.

Garcez RM (Trad.). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2012 – 2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

¹Acadêmicos de Enfermagem. Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília-Famema. E-mail: mendes.nath@hotmail.com / ma_ribeirobtu@yahoo.com.br

²Enfermeira. Profª Doutora em Ciências pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem-EE/EERP-USP. Docente do Curso de Enfermagem da Famema. E-mail: fercerantola@yahoo.com.br

Eixo temático: Ensino de Enfermagem



Trabalho 30

SAE NAS AULAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICA

Maria Alice Barbosa Serique¹, Saskia Sampaio Cipriano², Aylana de Souza Belchior³, Anna Paula de Carvalho⁴

Introdução: A Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta que favorece a melhora da prática assistencial com base no conhecimento, no pensamento e na tomada de decisão clínica com suporte de evidências científicas, obtidas a partir da avaliação dos dados subjetivos e objetivos do indivíduo, da família e da comunidade ⁽¹⁾. A disciplina tem por objetivo capacitar o aluno para compreender a SAE como instrumento do cuidado pautado na competência técnica, científica, política no atendimento das necessidades humanas básicas. A SAE segue o seguinte protocolo: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, cujo protocolo tem por objetivo prestar uma assistência de forma integral ao paciente. Mas para que esse protocolo juridicamente ocorra ele necessita ser registrado como parte do processo de cuidar.⁽²⁾ **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmica do 4º período de Enfermagem vivida nas aulas práticas da disciplina de SAE desenvolvidas em um Hospital Público de Manaus. **Descrição metodológica:** Trata-se de um relato de experiência de acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em aulas práticas da disciplina de SAE, tendo como objetivo inserir a acadêmica ao exercício da profissão. A disciplina foi desenvolvida em aulas teóricas e práticas. As aulas teóricas foram realizadas no período 10/12/2012 a 18/02/2013, com carga horária de 4 horas semanais. Foram abordados os seguintes temas: Bases teóricas para SAE; Sistemas de Classificação em Enfermagem (NANDA e NOC); Classificações para Prática de Enfermagem (NIC) e Aplicando a SAE (aulas práticas). Nas aulas teóricas foi informado sobre a importância e o método correto de se utilizar os livros NANDA, NIC e NOC. As aulas práticas foram realizadas no período de 25/02/2013 a 03/04/2013, sendo realizada todas as segundas-feiras no período da manhã com carga horária 5 horas diárias. A turma de 30 alunos foram divididos em 6 grupos de 5 alunos onde um professor responsabilizou-se por cada grupo de alunos. Os lugares das aulas práticas aconteceram em Hospitais Públicos e Unidade Básica de Saúde (UBS). A prática de SAE foi realizada da seguinte maneira: cada aluno desenvolve a SAE com um paciente. Após a observação, o aluno aplica um questionário, o qual foi disponibilizado pelo professor responsável pela disciplina, composto pelos seguintes aspectos: dado de identificação (nome, endereço, registro de hospitalização, idade, sexo, procedência, profissão, naturalidade, bairro, data da hospitalização), queixa principal, história da doença atual, história pregressa (imunizações, doenças da infância, doenças da idade adulta, acidentes ou lesões: queimaduras, fraturas, traumatismos, feridas penetrantes, outras hospitalizações, doenças psiquiátricas, cirurgias, alergias medicamentosas e alimentares, doenças transmissíveis ou infecto contagiosas, história obstétricas), história familiar (morbimortalidade dos pais), avaliação dos sinais vitais, ectoscopia, avaliação funcional do paciente (auto-estima e autoconceito, condições sócio-sanitárias, higiene, sono e repouso, nutrição e hidratação, eliminações, atividade/exercício, sexualidade, recreação e lazer, relações interpessoais, equilíbrio emocional ou capacidade para lidar com situações e tensões, hábitos pessoais, conhecimento sobre seu problema de saúde), exame físico, impressões

1 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Amazonas, alice_serique2@hotmail.com

2 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Professora Assistente I pela Universidade Federal do Amazonas

3 Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem: Curso em Associação Ampla com a Universidade do Estado do Pará e Universidade Federal do Amazonas, Professora pela Universidade Federal do Amazonas

4 Mestre em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM)



Trabalho 30

finais, Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e observar a continuidade do processo através da Evolução. O objetivo final do questionário foi a identificação dos Diagnósticos e a intervenção junto ao paciente para que ele consiga ter o auto-cuidado, que é o principal objetivo que a equipe de Enfermagem deseja alcançar. Cada acadêmico teve a oportunidade de realizar 4 aplicações da SAE e posteriormente, ocorreu uma coleta de dados para um estudo de caso, cujo objetivo era a obtenção da nota final da disciplina, em que foi constituído por: Introdução, Fisiopatologia da doença, Farmacologia, Exame Físico, Diagnósticos de Enfermagem, Intervenção de Enfermagem, Resultados obtidos, Conclusão e Referências bibliográficas. Após cada dia de aula prática o grupo teve oportunidade de se reunir com o professor preceptor afim de ser relatado a história de cada paciente e a partir disso fosse identificado se os diagnósticos estavam sendo selecionados corretamente, além disso, houve a oportunidade de aprender como direcionar o exame físico, tornando-o mais específico, ou seja, de acordo com as patologias observadas, tornando-se capazes de identificar e pensar a respeito de possíveis alterações. **Resultados:** Um dos pontos positivos foi que utilizar na prática o que foi aprendido sobre a SAE nas aulas teóricas faz com que se tenha uma reflexão sobre qual é o método de implantação mais viável para cada instituição. Outro ponto positivo importante a se destacar foi a receptividade do hospital, que está aberto a sugestões. Outro ponto positivo foi identificar que neste hospital já tem disponível um instrumento de SAE simplificado, porém não é utilizado. E a falta de uma evolução completa de cada paciente, sendo a mesma resumida em 2 linhas. **Conclusão:** A experiência na prática de SAE foi imprescindível para que se possa falar sobre a importância da implementação da SAE, pois um atendimento sistematizado é um atendimento de qualidade. É de suma importância que a equipe de Enfermagem esteja capacitada para detectar um problema e a partir disto identificar qual o diagnóstico está ocorrendo, evoluindo então corretamente o paciente. Logo a capacitação é essencial para que o enfermeiro tenha uma visão mais clara sobre a SAE. Verificou-se neste estudo que a aproximação com a SAE durante a formação acadêmica é um meio de promover futuras mudanças, fazendo com que ocorra uma estimulação dos profissionais para que os mesmos venham a aderir à implantação da SAE nos serviços de saúde, visto que o Enfermeiro é o líder da equipe de Enfermagem. **Contribuições para a Enfermagem:** A aplicação da SAE é capaz de promover uma assistência holística, em que a mesma torna o atendimento mais humanizado e organizado. A partir disso ocorre a obtenção de conhecimento e aprimoramento da prática, ainda na formação acadêmica, para que no futuro sejamos capazes de ter um raciocínio crítico, lógico e criativo, pois nem todos os hospitais são iguais, portanto deveremos estar preparados para sabermos lidar com as diversas situações propostas pelo ambiente hospitalar. ⁽³⁾ **Referências:** (1) Tannure, M.C. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático** - 2ª edição - Rio de Janeiro, 2011; (2) Figueiredo, N. M. **A Diagnóstico de Enfermagem: adaptando a taxonomia a realidade** - São Paulo - Yendis Editora, 2009; (3) Ribeiro, J.A. **A importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem na visão do Enfermeiro**. On-line <https://uspdigital.usp.br/siicusp/cdOnlineTrabalhoVisualizarResumo?numeroInscricaoTrabalho=4586&numeroEdicao=18>. Acesso em 29/05/13

Eixo 1: ENSINO DE ENFERMAGEM

- 1 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Amazonas, alice_serique2@hotmail.com
- 2 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Professora Assistente I pela Universidade Federal do Amazonas
- 3 Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem: Curso em Associação Ampla com a Universidade do Estado do Pará e Universidade Federal do Amazonas, Professora pela Universidade Federal do Amazonas
- 4 Mestre em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM)



Trabalho 30

Descritores: Ensino, enfermagem e assistência.

- 1 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Amazonas, alice_serique2@hotmail.com
- 2 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Professora Assistente I pela Universidade Federal do Amazonas
- 3 Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem: Curso em Associação Ampla com a Universidade do Estado do Pará e Universidade Federal do Amazonas, Professora pela Universidade Federal do Amazonas
- 4 Mestre em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM)



Trabalho 31

A aproximação com a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Universidade Federal Fronteira Sul - UFFS na perspectiva dos acadêmicos: Um Relato de Experiência.

Introdução: As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem exaltam para o perfil do egresso, a capacidade que este deve possuir em conhecer e intervir sobre problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. E, para além deste direcionamento, acrescenta-se como competência geral a atenção à saúde, expressando a aptidão do profissional para realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, individualmente e coletivamente, e capacidade de tomada de decisões, mediante as situações de saúde vivenciadas, com habilidade para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada ⁽¹⁾. Neste sentido, no processo de formação dos acadêmicos de enfermagem, uma das ferramentas que se tem para obtenção destes pré-requisitos, as quais as diretrizes apontam é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) por meio do Processo de Enfermagem (PE). A SAE consiste em uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado embasado cientificamente, proporcionando maior segurança e qualidade durante a assistência prestada. Efetivando a autonomia do enfermeiro a partir da definição do corpo de conhecimentos e técnicas necessárias a prática assistencial de excelência ⁽²⁾. **Objetivo:** Considerando a relevância desta instrumentalização no processo de formação do enfermeiro, buscou-se verificar como tem configurado a aproximação da temática SAE junto a acadêmicos de enfermagem, de uma Universidade Federal recentemente inaugurada, em 2010, na região Sul do País, cuja primeira turma atingiu até o momento a 7ª fase do curso de Bacharelado em Enfermagem. **Método:** Trata-se de um relato de experiência elaborado a partir de vivências de acadêmicos da segunda turma do curso de Bacharelado em Enfermagem, durante o período de graduação de Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, sobre o processo de aprendizagem da SAE. No período de março de 2011 a maio de 2013, que compreendem da 1ª a 5ª fase. **Resultados:** A SAE é uma metodologia assistencial regulamentada pela Resolução do COFEN 358/2009, implementada por meio do PE, constituído de cinco etapas: coleta de dados ou Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e



Trabalho 31

Avaliação, devendo ser realizada, em todas as instituições de saúde públicas e privadas, de modo deliberativo e sistemático, baseando-se em um suporte teórico que orientam as etapas do PE ⁽³⁾. Neste sentido, o PE vem sendo trabalhado junto aos acadêmicos como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem na assistência aos usuários dos serviços de saúde, tornando-se um tema transversal na estrutura curricular do curso de enfermagem. A abordagem é teórica e prática, enfocando-se aspectos subsidiários previamente, como: teorias de enfermagem, instrumentos básicos do cuidado e raciocínio clínico, para posteriormente aprofundar no PE e suas respectivas etapas. Para a efetividade desta metodologia existe a necessidade da aplicação de conceitos e teorias de enfermagem, correlacionando-as com as ciências biológicas, comportamentais e humanas, objetivando um substrato racional que possibilite a tomada de decisões. As teorias podem ser definidas como uma conceituação articulada e comunicada da realidade, reportando a enfermagem ou pertinente a ela, visando, descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem. Sendo assim é necessário definir-se uma teoria para aplicação do PE, que sustente a prática de cuidado do enfermeiro, assim como as bases científicas da profissão ⁽⁴⁾. Na instituição se optou por trabalhar com o modelo teórico de Wanda de Aguiar Horta, que é o modelo mais amplamente adotado no Brasil. Com isso, os conteúdos são apresentados e aplicados no decorrer da graduação de forma dinâmica, a partir do desenvolvimento de seminários, exercícios práticos, estudos de casos, prática em campo, e a participação em eventos, respeitando as especificidades dos componentes curriculares. Após o primeiro contato, dispoño, assim, de um conhecimento básico, as fases do PE vão sendo desdobradas, aprofundando-se uma a uma. O número de fases em que se organiza o PE modifica-se de acordo com o autor. No Brasil, o modelo de PE proposto por Wanda Horta é o mais conhecido e utilizado, aplicando-se com base nas seguintes fases: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem ⁽⁵⁾. Na segunda fase, Diagnóstico de Enfermagem, utiliza-se a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). A partir do conhecimento teórico, os acadêmicos tem a oportunidade de colocar em ação os ensinamentos nas aulas práticas, entretanto, defrontam com algumas dificuldades, como a falta de conhecimento científico referente a patologias, considerando que vários componentes curriculares ainda estão em andamento. É imprescindível a correlação dos componentes para que se possam identificar os problemas levantados juntos aos usuários e perceber como se apresentam as necessidades de saúde destes indivíduos, intervindo de forma a restabelecer o seu



Trabalho 31

quadro de saúde. Como parte do processo de aprendizagem e possibilitando realizar uma análise crítica da nossa realidade, buscou-se conhecer outros modelos e instituições que tiveram êxito na implementação da SAE. Realizou-se uma visita técnica ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e nesta instituição o PE teve início na década de 70, quando Wanda Horta ministrou um curso para os enfermeiros do HCPA e docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS sobre metodologia, embasando a discussão na Teoria das necessidades básicas. Desde então, grandes avanços ocorreram e atualmente, o HCPA possui a Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) que é responsável pela condução da metodologia do PE, utilizado na prática clínica dos enfermeiros no cuidado aos pacientes. A comissão tem caráter permanente e institucional e é vinculada ao Grupo de Enfermagem do HCPA. A COPE tem como objetivos: coordenar a SAE por meio da implantação, atualização e avaliação do PE, além de produzir e divulgar o conhecimento sobre as etapas o PE e as terminologias. **Considerações Finais e Implicações para Enfermagem:** A SAE representa uma conquista profissional e a sua implementação traz vantagens para um cuidado humanizado e integral daqueles que necessitam de atendimento. Percebe-se também a diferença de implantação e desenvolvimento dessa prática nas diferentes Instituições de saúde, o que nos leva a acreditar que a discussão da SAE durante a graduação é um elemento fundamental para a mudança neste cenário, pois possibilitará a formação de um profissional crítico e reflexivo capacitado para implementar este método visando ao bem estar da população. Portanto, na instituição de ensino em foco, existe uma concreta mobilização por parte dos docentes no sentido de sensibilizar o acadêmico sobre a relevância da SAE por meio do PE, apesar de que também se identificou a necessidade de se rever a estrutura curricular de tal forma, que esta subsidie a execução prática do PE.

Referências:

1. Ministério da Educação (Brasil). Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [Internet] [acesso em 2013 maio 01] Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>
2. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
3. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009 - Sistematização da Assistência de Enfermagem: SAE, nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009.
4. Leopardi MT, Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a prática. Florianópolis, Papa Livros; 1999.
5. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.



Trabalho 32

DIAGNÓSTICOS DO VIVER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

SANTOS, Noely Cibeli dos¹; PIOLLI, Kelly Cristine²; FONSECA, Elieth Lessa³

Introdução. De acordo com o Ministério da Saúde (2002)¹, “a promoção da saúde compreende a ação individual, a ação da comunidade e a ação e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um”. Nesta abordagem o alvo central é a incorporação de novos paradigmas de saúde que colocam a necessidade emergente de um novo olhar que traga a realidade da Saúde como Projeto de Vida, rompendo com as ações que ainda reproduzem uma visão centrada na doença e uma ação autoritária e vertical.² Assim, podemos citar Lefevre; Lefevre (2004)³, que colocam a promoção de saúde como uma possibilidade de mudança radical no modo de conceber saúde e praticar saúde, levando a necessidade de revisitar criticamente seus fundamentos e práticas que podem significar passos concretos em direção à utopia de um mundo sem doenças ou, no mínimo, menos doente. Trazer esta discussão ainda se caracteriza como um desafio, pois as nossas concepções de saúde ainda estão fortemente vinculadas à doença. As resistências acontecem no próprio meio acadêmico, vindo de alguns docentes que desvalorizam a ação e desconhecem a necessidade de uma formação que olha para a pluralidade do ser humano, para a necessidade de participação social, enfim para o viver.⁴ Neste contexto, acreditamos que o ensino deve acompanhar as transformações econômicas e políticas para a formação de recursos humanos capazes de transitar neste mundo de transformações para estar preparado para o mercado, que amplia-se no Sistema Único de Saúde, que requer uma construção social contínua impulsionando mudanças dos paradigmas vigentes, buscando o ideal da promoção de saúde.⁵ Desta forma trata-se de um tema abrangente que demanda ações complexas para as quais o profissional deve estar capacitado. Outro desafio é para o ensino da enfermagem é a Sistematização da Assistência, pois há necessidade de uma maior articulação científica para que a Sistematização da Assistência de Enfermagem seja encarada como um elemento fortalecedor da identidade profissional e da qualidade assistencial. **Objetivos.** O objetivo dessa pesquisa é relatar a experiência do processo de reflexão e mudança na formação do enfermeiro com vista ao preparo para a promoção da saúde e sistematização da assistência. **Metodologia.** Relato de experiência, adotando o método descritivo seguindo as etapas sequenciais da realidade concreta. **Resultados.** Os docentes das disciplinas de Enfermagem em Saúde Coletiva e Sistematização da Assistência de Enfermagem, que acontecem no terceiro período elaboraram o Projeto de Diagnóstico do Viver para o desenvolvimento conjunto das atividades práticas das disciplinas. As atividades aconteceram no Município de Ivatuba, onde a Faculdade Adventista Paranaense está localizada. Este município possui 2.782 habitantes, e seguindo as orientações do Ministério da Educação buscamos desenvolver ações conciliando as atividades pedagógicas com o desenvolvimento local. São objetivos do projeto: Refletir sobre a importância da promoção de saúde; Instrumentalizar o aluno com referenciais teóricos que permitam a construção de ações comunitárias; Proporcionar experiências que fortaleçam o compromisso social; Vivenciar ações que [Digite aqui]

1. Enfermeira. Mestre. Diretora Acadêmica e Docente na Faculdade Adventista Paranaense.
2. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UEM. Docente na Faculdade Adventista Paranaense.
3. Enfermeira. Mestre. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem e Docente na Faculdade Adventista Paranaense. eliethfonseca@hotmail.com



Trabalho 32

objetivam o fortalecimento da comunidade; Fornecer suporte técnico ao Município de Ivatuba; Fortalecer a parceria com o município para a promoção da saúde; Desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem; Reconstrução da identidade do enfermeiro para os alunos e comunidade. As ações se iniciaram em novembro de 2011 com reuniões entre docente responsável e equipe da prefeitura. Nessas reuniões o projeto inicial foi reformulado a partir da realidade e necessidades locais. Em fevereiro de 2012 iniciamos o preparo dos alunos através de pedagogias ativas que terminou em março com uma reunião entre os alunos e equipe de saúde. Um instrumento de coleta de dados foi construindo juntamente com os alunos a partir dos conceitos aprendidos da promoção da saúde e sistematização da assistência. Para o desenvolvimento da ação, os alunos foram divididos em duplas e visitaram 41 famílias, realizaram uma avaliação das dimensões singular, particular e estrutural. Diagnósticos de enfermagem de cada família foram elaborados, juntamente com diagnósticos da comunidade. Todo o trabalho de elaboração dos diagnósticos e intervenções foi acompanhando pelos docentes seguindo as etapas de agrupamento de dados, identificação do domínio, identificação das características definidoras, formulação do diagnóstico, identificação do fator relacionado e elaboração das intervenções. As intervenções foram individualizadas, criativas e tendo como o objetivo principal o empoderamento das famílias. Foram identificados 63 diagnósticos nos domínios: Segurança/Proteção (2); Eliminação e Troca (7); Conforto (3); Promoção da Saúde (8); Auto percepção (4); Cognitivo/Perceptivo (4); Atividade/Repouso (13); Princípios da Vida (3); Enfrentamento/tolerância ao estresse(2); Papéis/Relacionamentos (10); Nutricional/Metabólico (7). Durante o processo realizamos discussões com a equipe, entregamos um relatório da saúde de cada família e o levantamento dos diagnósticos.

Contribuições. Esta experiência já tem apresentado bons resultados para a formação do aluno e para a comunidade. Os alunos tem experimentado no terceiro período de sua formação um experiência real da realização da sistematização da assistência, reconhecendo ser esta imprescindível para a realização de cuidado individualizado, humanizado e de qualidade, além de garantir a identidade e autonomia da profissão. A união das disciplinas Saúde Coletiva e Sistematização da Assistência de Enfermagem comprovou a importância da integralização do currículo, tendo a sistematização da assistência de enfermagem como eixo de toda a formação. Para a comunidade foi observado um novo olhar para o papel do enfermeiro, sua autonomia, importância para a Promoção da Saúde e o relato de mudanças efetivas no modo de viver. A equipe de saúde do município também passa a reconhecer a necessidade de ações de promoção de saúde pautadas nos referencias teóricos e a importância da sistematização da assistência.

Referências.(1)Ministério da Saúde. **Políticas de Promoção da Saúde.** Brasília, 2002; (2)Santos NC. **Crenças dos alunos de graduação em enfermagem sobre o cuidar do idoso.** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.(3)Lefevre F, Lefevre AMC.**Promoção de saúde: a negação da negação.** Rio de Janeiro: Vieira &Lent; 2004. (4)SantosNC. **O ensino-aprendizagem do envelhecimento: início para uma formação crítica e contextualizada.** In: Pinheiro R, Matos RA(Org.). Ateliê do cuidado: trabalhos completos / VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro:

[Digite aqui]

1. Enfermeira. Mestre. Diretora Acadêmica e Docente na Faculdade Adventista Paranaense.
2. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UEM. Docente na Faculdade Adventista Paranaense.
3. Enfermeira. Mestre. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem e Docente na Faculdade Adventista Paranaense.eliethfonseca@hotmail.com



Trabalho 32

UERJ/IMS/LAPPIS: CEPESC: ABRASCO; 2008. (5).Ito EE, PeresA., Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **RevEscEnferm USP**. 2006; 40(4): 570-5.

Descritores: Cuidados de Enfermagem. Diagnósticos de Enfermagem. Promoção.
Eixo 2: Ensino de enfermagem

[Digite aqui]

1. Enfermeira. Mestre. Diretora Acadêmica e Docente na Faculdade Adventista Paranaense.
2. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UEM. Docente na Faculdade Adventista Paranaense.
3. Enfermeira. Mestre. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem e Docente na Faculdade Adventista Paranaense.eliethfonseca@hotmail.com



11º+ SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E RESPONSABILIDADE SOCIAL NOS CAMPOS DE PRÁTICA PROFISSIONAL

01 A 03 DE AGOSTO DE 2013
CAMPUS DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PUCPR - CURITIBA/PR

Trabalho 33



11º+ SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E RESPONSABILIDADE SOCIAL NOS CAMPOS DE PRÁTICA PROFISSIONAL

01 A 03 DE AGOSTO DE 2013
CAMPUS DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PUCPR - CURITIBA/PR

CONSTRUÇÕES E DESCONSTRUÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS COM DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: COMO FAZER DAR CERTO? – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

ROCHA, Tamires Grazielli¹; SILVA, Diego Alexandre Rozendo²

Introdução: O diagnóstico das respostas humanas é um processo complexo que envolve a interpretação do comportamento humano relacionado à saúde¹. Portanto, no desvelar deste processo de “vir a ser” Enfermeira, busco encontrar-me neste idealismo ético-profissional e começo a notar que muitas instituições de saúde ainda não adotaram esse método de assistência, já que o conhecimento teórico-prático dos enfermeiros sobre o assunto tem se mostrado deficiente. **Objetivos:** Compreender e reconhecer as dificuldades existentes na aplicabilidade dos diagnósticos de enfermagem durante as práticas de ensino. **Metodologia:** Pela natureza da presente investigação, consideramos a abordagem qualitativa adequada para responder o objetivo proposto, uma vez que esta procura centrar a atenção na especificidade, no individual, almejando sempre a compreensão dos fenômenos estudados. **Resultados:** No transcorrer das práticas de ensino em enfermagem cirúrgica, analiso que as construções teóricas apreendidas, em sala de aula, sobre diagnósticos de enfermagem se fazem necessários e imprescindíveis à prática clínica, no entanto, observamos uma desconstrução na produção efetiva de análises diagnósticas e implementação de intervenções que compreendam a totalidade dos pacientes. Por vezes somos “desmotivados” por profissionais de enfermagem que nos dizem: “você não tem tempo para isso!”; “no futuro isso não vai funcionar”. No entanto, almejo constituir-me como uma enfermeira que buscará este idealismo profissional de diagnosticar e intervir. **Conclusão:** Compreendemos que o processo de vir a ser enfermeira perpassa por conflitos de identidade e de valores que observamos na própria “classe” profissional. Este exercício fundamental de diagnosticar em enfermagem deverá ser projetado como um compromisso ético de ser e fazer Enfermagem. **Contribuições:** Para o ensino e para a assistência de enfermagem, que este relato de experiência possa alvitar interesse aos corações docentes e discentes. **Referências:** 1. Lunney M. **Pensamento Crítico e Diagnósticos de Enfermagem - Estudos de Casos e análises.** 1ª edição. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

Palavras-chave: Enfermagem; Ensino; Diagnósticos de enfermagem

EIXO TEMÁTICO: ENSINO DE ENFERMAGEM

1. Acadêmica de Enfermagem, 5º Período – Faculdade Adventista Paranaense – FAP tgr.tamis@gmail.com
2. Docente de Enfermagem da Faculdade Adventista Paranaense; Bacharel em Enfermagem, Mestre em Psicologia da Saúde.



Trabalho 34

VALIDAÇÃO DE ESTUDOS CLÍNICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARE EDUCATIVO QUE CONTRIBUA NO ESTABELECIMENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ACURADOS

Miriam de Abreu Almeida¹, Aline Tsuma Gaedke Nomura², Amália de Fátima Lucena³,
Rosmari Wittmann Vieira⁴, Maria do Carmo Rocha Laurent⁵

Introdução: A validação de estudos clínicos é parte imprescindível para desenvolver um software educativo que vise auxiliar a aprendizagem de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem na tomada de decisão diagnóstica. **Objetivo:** Validar cinco estudos clínicos, elaborados pelos pesquisadores, para o desenvolvimento de software educativo. **Método:** Validação por consenso¹ realizado em um hospital universitário, com quatro especialistas com experiência clínica e conhecimento em diagnósticos de enfermagem (DE). Para coleta de dados utilizou-se três instrumentos, focando na qualidade, no grau de dificuldade e na acurácia dos DE da NANDA International². Os dados foram analisados, considerando-se o consenso entre os especialistas e o descrito pelo referencial da NANDA-International. Projeto aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. **Resultados:** A qualidade dos estudos clínicos foi considerada positiva pelos quatro especialistas. Quanto à avaliação da dificuldade, dois foram considerados fáceis, dois difíceis e um de nível médio. Os DE que não foram selecionados por nenhum especialista foram excluídos e os estudos remodelados. **Conclusão:** Os cinco estudos clínicos validados pelos especialistas serão inseridos no software para homologação, que inclui a avaliação da ferramenta e do conteúdo. Assim, espera-se obter 100% de consenso no estabelecimento dos DE com o refinando dos estudos. **Contribuições para a Enfermagem:** A elaboração de DE acurados, auxiliados por um software educativo, subsidia intervenções adequadas e consequente melhora dos resultados obtidos pelo paciente.

Descritores: Software. Processos de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem.

EIXO TEMÁTICO 1: ENSINO DE ENFERMAGEM

1 Carlson J. Consensus validation process: A standardized research method to identify and link the relevant NANDA, NIC and NOC terms for local populations. J Nurs Terminol Classif. 2006; 17(1):23-24.

2 NANDA International. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification – 2012-2014. Wiley-Blackwell, 2013. 515p.

1 Enfermeira, Doutora em Educação, Professora Associada Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação da UFRGS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). miriam.abreu2@gmail.com

2 Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). alinenomura@hotmail.com

3 Enfermeira, Doutora em Ciências, Professora Adjunto da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação da UFRGS. afatimalucena@gmail.com

4 Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Especialista em Saúde Pública, Mestre em Cuidados Paliativos pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFRGS. rvieira@hcpa.ufrgs.br

5 Enfermeira, Assessora de Assuntos Assistenciais do HCPA. mlaurent@hcpa.ufrgs.br



11º SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E RESPONSABILIDADE SOCIAL NOS CAMPOS DE PRÁTICA PROFISSIONAL

01 A 03 DE AGOSTO DE 2013
CAMPUS DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PUCPR - CURITIBA/PR 

Trabalho 34



Trabalho 35

O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA E HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL NA PERSPECTIVA DE DOCENTES E ENFERMEIROS

Miriam de Abreu Almeida¹, Raquel Maria Violeta Cossa², Aline Tsuma Gaedke Nomura³, Marcos Barragan da Silva⁴, Luciana Nabinger Menna Barreto⁵

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico na prestação de cuidados, enfatizando o indivíduo integralmente¹. **Objetivo:** conhecer o desenvolvimento do ensino do PE em uma Universidade pública e Hospital Universitário do Sul do Brasil, na perspectiva de docentes e enfermeiros. **Método:** Estudo exploratório descritivo, qualitativo. Dados coletados em maio de 2010, por entrevista semi-estruturada. Participaram quatro docentes da Universidade e quatro enfermeiros do Hospital, intencionalmente escolhidos por abranger experiências nas diferentes gerações do PE. Utilizou-se técnica de análise de conteúdo do tipo temática². **Resultados:** Emergiram três categorias. Na categoria *Facilidades*, destacou-se a importância da presença do PE em atividades obrigatórias e não obrigatórias; possuir um Hospital com PE implantado e informatizado e a capacitação dos docentes e enfermeiros sobre o PE. Na categoria *Dificuldades*, foi apontada falta de conhecimento, de motivação e descrença no uso do PE; falta de fundamentação teórica, descrença de docentes e discentes na metodologia, preparo insuficiente na graduação, falta de interesse do aluno, registro inadequado de etapas do PE, dissociação entre teoria e prática clínica nas instituições sem PE e resistência dos enfermeiros à metodologia. Na categoria *Estratégias de ensino do PE*, destacaram-se o Estudo de caso e o Ambiente virtual de aprendizagem como facilitadores do desenvolvimento do pensamento crítico e do processo diagnóstico do aluno. **Conclusão:** Estes resultados podem auxiliar docentes de Graduação em Enfermagem na reflexão de práticas pedagógicas, visando melhorar o ensino do PE na teoria e prática clínica. **Descritores:** Processos de Enfermagem. Educação em Enfermagem. Ensino.

EIXO TEMÁTICO 1: ENSINO DE ENFERMAGEM

¹Dell'Acqua MCQ, Miyadahira AM. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de SP. Rev Lat Am Enfermagem.2002;10(2):185-91.

²Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.3.ed.Porto Alegre:Artmed; 2009.p.24-31.

1 Enfermeira, Doutora em Educação, Professora Associada Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação da UFRGS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). miriam.abreu2@gmail.com

2 Enfermeira, Mestra em Enfermagem na UFRGS.

3 Enfermeira, Mestranda no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

4 Enfermeiro, Doutorando no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

5 Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Mestra em Enfermagem na UFRGS.



Trabalho 36

PROBLEMÁTICAS VIVÊNCIADAS NA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O ESTÁGIO URBANO NO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Glenda Almada Betti¹

Darlisom Sousa Ferreira²

Cássia Rozária da Silva Souza³

Desde o início das práticas de enfermagem, Florence preconizava que as enfermeiras deveriam estar submetidas a uma forte organização disciplinar, cuja finalidade exclusiva era capacitá-las para a execução inteligente das tarefas ordenadas pelos médicos, constituindo, assim, toda a prática de enfermagem¹. Apesar desses preceitos de Florence, a enfermagem precisava se cientificar construindo um corpo de conhecimento próprio onde foram criadas teorias, que hoje fundamentam o Processo de Enfermagem (PE) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), através da Resolução 358/2009 instituiu a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado do profissional de enfermagem, dando assim maior abrangência a esta atribuição do enfermeiro. O trabalho objetiva relatar as dificuldades vivenciadas em campo de estágio urbano supervisionado, caracterizando as dificuldades na implementação da SAE em hospitais da rede pública de Manaus, apontando as principais problemáticas vivenciadas e discutindo sobre elas a luz do referencial teórico, tendo como método o relato de experiência do tipo comparativo entre a prática visualizada pela autora no período de março à novembro de 2012 nas unidades hospitalares e o referencial teórico indexado na base SciELO (Scientific Electronic Library Online), sendo a busca refinada a artigos que abordassem a implementação da SAE e seus desafios. As falhas na implementação da SAE nos hospitais começaram a ser observadas quando as “etapas do PE propostas por Horta em 1979, que englobam: a) histórico de enfermagem; b) diagnóstico de enfermagem; c) plano assistencial; d) intervenções de enfermagem; e) evolução de enfermagem; e f) prognóstico de enfermagem² não estavam sendo executadas corretamente o que me levou a investigar quais as falhas que ocorriam na implementação da assistência, o que me levou a dois principais causadores: os enfermeiros com a sua falta de interesse, maior importância dada ao tecnicismo do que a SAE, formação deficiente e deficiência na autonomia e a equipe de enfermagem que desvaloriza a SAE e não tem comprometimento devido a falta de compreensão. O êxito não é atingido porque a enfermagem não se empenha em realizar o que lhe é garantido mesmo possuindo o respaldo legal para realizar a atividade. A relevância da SAE é para valorizar a enfermagem embasada por corpo de conhecimento científico próprio⁴, garantido assim a autonomia da profissão e não só realizar tarefas ordenadas pelos médicos como Florence instrua as enfermeiras de sua época como foi citado anteriormente. Mas para que haja essa autonomia, indispensável para todo enfermeiro, é necessário conhecimento e este conhecimento só virá se os enfermeiros e a equipe de enfermagem se interessarem e se dispuserem a se atualizar e implementar de fato o que é proposto, mudando assim a realidade percebida de uma enfermagem passiva em uma enfermagem ativa, valorizando o trabalho de seus profissionais e garantindo a ciência na arte do cuidar. **Descritores:** Sistematização da Assistência de Enfermagem; Problemáticas com Enfermeiros; Problemáticas com Equipe de Enfermagem. **Eixo Temático:** Assistência de Enfermagem

REFERÊNCIAS



Trabalho 36

1 ANDRADE, Andéia de Carvalho. **A enfermagem não é mais uma profissão submissa.** *Rev. bras. enf.* 2007; vol. 60, n. 1, p. 96-98.

2 BRASIL. Resolução n.358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambiente, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. **Conselho Federal de Enfermagem**, Brasília, DF.

3 CUNHA, Sandra Maria Botelho da; BARROS, Alba Lúcia Botura Leite. **Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta.** *Rev. bras. enf.* 2005; vol. 58, n.5, p. 568-572.

4 HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira. **Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem.** *Rev. bras. enf.* 2004; vol. 57, n. 6, p. 733-737.

¹ Autor. Concluinte do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Norte (UNINORTE). Contatos: glendalmada@hotmail.com

² Orientador. Mestre em Educação. Professor da Disciplina Seminário de TCC do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Norte (UNINORTE). Contatos: darlisom@terra.com.br

³ Co-orientador. Pesquisadora da Universidade do Estado do Amazonas. Contatos: crsouza@ig.com.br



Trabalho 37

APRENDENDO-CUIDANDO E PESQUISANDO - SITUAÇÃO DE ENSINO TEÓRICO PRÁTICO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: ESTUDO DE CASO

Jéssica de Souza Carvalho Candido¹

Bruna de Paula Silva²

Fernanda Soares Pessanha³

Rosimere Ferreira Santanna⁴

INTRODUÇÃO: Sendo o enfermeiro um profissional que detém um saber teórico e prático, o seu processo de formação acadêmica deve passar, obrigatoriamente, pelo ensino teórico e das habilidades práticas (o saber fazer) necessárias à sua formação, o que ocorrerá nos campos de estágios (SALOMÉ; EPÓSITO, 2008), sendo a aplicação dos estudos de casos uma ferramenta importante no aprendizado prático do processo de enfermagem e sistemas de classificação. Deste modo, têm-se como **OBJETIVOS:** descrever e analisar uma situação de ensino teórico prático de Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso II, de um curso de enfermagem e licenciatura de uma Universidade Pública situada no Estado do Rio de Janeiro. **MÉTODO:** Para a construção desse estudo, foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativa, descritiva e bibliográfica. O paciente foi acompanhado no período perioperatório (pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório) durante 6 dias, no mês de novembro de 2012, para realização do procedimento cirúrgico de prostatectomia radical, com histórico de câncer de próstata há 1 ano, numa clínica cirúrgica. Para tanto utilizou-se como instrumento de coleta de dado um formulário segundo os domínios de enfermagem (GORDON, 2004) proposto por Carpenito (2007). Tal coleta de dados proporcionou a construção das demais etapas, utilizando-se do raciocínio clínico (RISNER, 2005) com formulação dos diagnósticos, planejamento, intervenções e resultados. **RESULTADOS:** Os diagnósticos de enfermagem, em ordem de prioridade, no pré-operatório foram: Eliminação urinária prejudicada associado à múltiplas causas (câncer de próstata) evidenciado por frequência (polaciúria) e hesitação urinária (dificuldade para iniciar micção); Ansiedade associado à ameaça ao estado de saúde, mudança no ambiente e no estado de saúde evidenciado por estar ansioso; Risco de infecção associado à exposição ambiental aumenta a patógenos. No trans-operatório: Integridade da pele prejudicada associado à fatores mecânicos (por ex. cirurgia) evidenciado por invasão de estruturas do corpo; Eliminação urinária prejudicada associado à múltiplas causas (cirurgia) e obstrução anatômica evidenciado por frequência e hesitação urinária (dificuldade para iniciar micção); Risco de sangramento associado à efeitos secundários

¹ Relatora. Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF). Monitora da disciplina Gerenciamento de Enfermagem II. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem GESAE_UFF. Integrante do Projeto Casadinho/PROCAD /UFF. Bolsista voluntária da Comissão de Prevenção, Avaliação e Tratamento de Feridas/HUAP/UFF. E-mail: jessicacandido88@yahoo.com.br

² Acadêmica de Enfermagem do 9º período de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil)

³ Bolsista de Iniciação Científica CNPq. Acadêmica de Enfermagem do 9º período de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil).

⁴ Pós-Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil).



Trabalho 37

relacionados ao tratamento (ex: cirurgia, medicamentos); Risco de infecção associado à defesas primárias inadequadas (pele rompida) e procedimentos invasivos; Risco de lesão, perioperatória por posicionamento associado à distúrbios sensoriais/perceptivos decorrentes da anestesia; Risco de desequilíbrio na temperatura corporal associado à sedação. No pós-operatório: Dor aguda associado à agentes lesivos (físicos, biológicos) evidenciado por comportamento expressivo (ex: gemido, suspiro), expressão facial (ex: aparência abatida, careta), gestos protetores e relato verbal de dor; Integridade da pele prejudicada associado à extremos de idade, imobilização física evidenciado por destruição de camadas da pele e rompimento da superfície da pele (incisão) e invasão de estruturas do corpo (dreno, acesso e sonda vesical); Mobilidade física prejudicada associado à desconforto, dor, força muscular diminuída evidenciado por amplitude limitada de movimentos e movimentos lentos; Risco de sangramento associado à efeitos secundários relacionados ao tratamento (ex: cirurgia); - Risco de infecção associado à defesas primárias inadequadas (pele rompida), exposição ambiental aumentada a patógenos e procedimentos invasivos. As intervenções de enfermagem realizadas na fase pré-operatória foram: Redução da ansiedade; Controle da eliminação urinária; Proteção contra infecção. No trans-operatório foram: Supervisão da pele; Controle da eliminação urinária: Prevenção contra sangramento; Controle de infecção trans-operatória; Posicionamento trans-operatório; Monitorização dos sinais vitais. E, no pós-operatório foram: Controle da dor; Cuidado com o local de incisão; Supervisão da pele; Controle da náusea; Sondagem vesical; Terapia com exercícios: deambulação; Prevenção contra sangramento; Proteção contra infecção. Os resultados alcançados, com os seguintes indicadores, no período pré-operatório foram: Autocontrole da ansiedade (3-5); Eliminação urinária (2-4); Conhecimento: controle de infecção (3-5); Controle de risco (3-5). No trans-operatório foram: Integridade tissular: pele e mucosa (2-4); Eliminação urinária (2-3); Gravidade da perda sanguínea (4-5); Resposta a medicação (4-5). No pós-operatório foram: Controle da dor (3-5); Nível de conforto (3-4); Nível de dor (3-5); Cicatrização de feridas: primeira intenção e Integridade tissular: pele e mucosas (não foi possível obter resultado, pois o cliente foi acompanhado por apenas 7 dias); Controle da náusea e vômitos (4-5); Eliminação urinária (3-5); Locomoção: caminhar (2-5); Mobilidade (2-5); Gravidade da perda sanguínea (4-5). Discussão: Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (2004), o câncer de próstata é o segundo tumor maligno mais freqüente no sexo masculino no Brasil, e está entre a segunda causa de morte. Com o envelhecimento a próstata está sujeita a duas condições: aumento benigno (HPB - hiperplasia prostática benigna) e câncer de próstata. O procedimento cirúrgico realizado pelo paciente é uma das formas de tratamento para os pacientes com diagnóstico de HPB ou câncer de próstata, sendo realizado de acordo com o estadiamento da doença e com a presença ou não de determinadas complicações advindas da patologia. Diante da importância de se oferecer aos pacientes prostatectomizados uma assistência sistematizada, pautando-se nos princípios do processo de enfermagem, entende-se ser importante identificar diagnósticos de enfermagem nestes pacientes com vistas ao preparo para a alta, como subsídio para a elaboração de planos de cuidados e, assim, contribuir para um melhor atendimento das necessidades dos mesmos em relação aos cuidados no domicílio e recuperação. (NAPOLEÃO, et al., 2009). CONCLUSÃO: Pode-se implementar o Processo de Enfermagem, tendo como resultado final a elaboração de um Plano de Cuidados que direcionou à promoção e a manutenção da saúde. É notável perceber, também, que com a experiência no campo, mesmo que durante um curto espaço de tempo, permite dada uma metodologia ativa, desenvolver habilidades na realização de técnicas, no processo de enfermagem e julgamento clínico. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Este trabalho demonstra a importância de desde o ensino exercer uma prática sistematizada, pois proporcionou inter-relacionar o aprender-cuidar-pesquisar.



Trabalho 37

DESCRITORES: Diagnóstico de enfermagem; Educação em Enfermagem; Enfermagem Perioperatória.

EIXO TEMÁTICO: Eixo 1 – Ensino de Enfermagem

REFERÊNCIAS:

Instituto Nacional do Câncer. (2004). Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil: epidemiologia e estimativa.

NANDA – Internacional: Diagnóstico de enfermagem/definições e classificações. Artmed editora. Porto Alegre, 2012.

Napoleão AA, Caldato VG, Petrilli Filho JF. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. Rev. eletr. enf. [internet]. 2009; 11(2):286-94. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>.

Salomé GM, Espósito VHC. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. Rev bras enferm. Brasília 2008. Nov-dez; 61(6): 822-7.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem medico-cirúrgica. Vol10. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005. 15-92 p.



Trabalho 38

CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIRAS ATRAVÉS DE MINICURSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Giovanna Rosario Soanno Marchioriⁱ, Valdecyr Herdy Alves ⁱⁱ; Diego Pereira Rodriguesⁱⁱⁱ; Adriana Duarte^{iv}; Daniele Ribeiro Dias^v

RESUMO

INTRODUÇÃO: A prática do cuidar personalizado está diretamente ligada à qualidade da assistência prestada. A forma de alcançar este objetivo é através da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma importante ferramenta que exige do profissional interesse em conhecer o paciente de forma global, utilizando para isso seus conhecimentos teórico-científicos, adquiridos não só na sua graduação, mas também com a orientação e realização de educação permanente nas instituições, ou seja, o treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas. A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem. Tendo esta visão, foi oferecida a Enfermeiras de um hospital estadual, referência em traumatologia, um minicurso de atualização na Sistematização da Assistência de Enfermagem. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da resolução 358/2009, tem preconizado que a assistência de enfermagem deve ser sistematizada implantando-se o processo de enfermagem¹. Processo de enfermagem é o método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria a fim de tornar operacionalizáveis os resultados da assistência prestada aos pacientes². Nos dias atuais, não é aceitável a argumentação de que o desconhecimento de um instrumento de trabalho essencial se torne um empecilho para a melhora da qualidade da assistência de enfermagem que só pode trazer implicações positivas para o paciente e para a equipe de enfermagem³. **OBJETIVO:** relatar a experiência do desenvolvimento de um processo de educação no trabalho, tendo como foco a conscientização dos enfermeiros sobre a aplicação da SAE em um hospital estadual. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Para o desenvolvimento desta prática reflexiva optou-se por utilizar um questionário com perguntas abertas aplicadas a 08 (oito) enfermeiras de um hospital público estadual, ao qual constava o conhecimento prévio adquirido na graduação ou em cursos durante o percurso profissional, caracterizando-se como caminho norteador para a operacionalização da proposta. Após obterem-se as respostas à problematização, seguiram-se as seguintes etapas: duas avaliativas e três intervencionais. Estas etapas e encontros permitiram organizar o pensamento dos sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem de uma forma lógica. A coleta e registro das informações foram efetuados através de um teste pré e pós-avaliativo não identificado. **RESULTADOS: Primeira etapa: o confronto** - Nesta atividade buscou-se identificar como os enfermeiros avaliavam a SAE e qual foco de aplicabilidade do mesmo pelas profissionais. A reflexão foi realizada a partir da ideia de que as enfermeiras estão inseridas dentro de um contexto histórico e sua construção foi feita através dos tempos. Desta forma, as enfermeiras foram orientadas a resgatar suas histórias profissionais, seus percursos já vividos, chegando até o momento presente de suas realidades. **Segunda etapa: verificando as fragilidades da formação inicial e continuada** - A avaliação através do texto pré avaliativo da SAE realizada nas enfermeiras, ao qual



Trabalho 38

detinham questões desde sua formação de graduação até o presente momento, revelou ser deficitária. Pode-se perceber que mesmo utilizando referenciais que abrangiam a formação a partir de 1979, nosso público não identificava ou demonstrava familiaridade com o tema. Essas questões (desconhecer, não saber, não ter visto, não ter aplicado, etc...) fizeram-nos refletir no quanto as enfermeiras, e quiçá outros profissionais desta instituição, precisam de projetos de aprendizagem (formação) continuada. **Primeiro encontro:** O primeiro momento caracterizou-se em instituir as bases do aprendizado nas teorias que alicerçam o cuidado em enfermagem, pelos enfermeiros, utilizadas no processo de enfermagem, Legislação e base conceitual de SAE. O grupo refletiu sobre as teoristas, esgotando assim suas dúvidas e inclusive expôs a forma clara e inteligível ao qual eram discutidas em sala. O que era a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a legislação que a sustenta. Expuseram o desconhecimento de agregar à SAE uma teoria de enfermagem e nossa legislação que nos dá autonomia do diagnosticar e prescrever em enfermagem. **Segundo encontro:** o segundo momento o grupo trabalhou a coleta de dados/entrevista e a teoria do exame físico. **Terceiro encontro:** o terceiro momento para o grupo foi totalmente prático em que foi formada as duplas e realizado desde coleta de dados subjetivos, objetivos e elaboração de diagnósticos de enfermagem (segundo *North American Nursing Diagnosis Association –NANDA*), metas, intervenções e prescrições de enfermagem. Ao findar nossos encontros, as enfermeiras que participaram do minicurso sobre a sistematização da assistência de enfermagem, puderam compartilhar as mudanças que esta prática as proporcionou. Foi possível perceber que o debate trouxe contribuições ao desempenho pelo enfermeiro, descortinando a relevância de sistematizar. A cada encontro, uma das principais características de mudança foi a percepção do quanto conseguiram crescer enquanto pessoas e colegas de trabalho. Aumentaram a sua satisfação pessoal, conseguiram ampliar seus pensamentos e verificar a possibilidade de mudar, além de alcançar a possibilidade de rever conceitos e mudar o pensamento. **CONCLUSÃO:** As participantes desta experiência de educação no trabalho alcançaram, coletivamente, um pensar crítico sobre uma parte de o seu fazer assistencial, ou seja, aplicação da SAE. A avaliação dos pacientes é uma prática que pela rotina tornou-se parte de um pensar mecanizado, fazendo-se da mesma forma que prescrevem e evoluem. Isto por vezes era realizado sem o julgamento clínico e crítico do diagnóstico de enfermagem, prescrição e avaliação de enfermagem. Todas se propuseram a abrir-se na possibilidade do aprendizado para que ocorresse a mudança e reconhecimento de sua necessidade de refletir sobre suas próprias possibilidades profissionais e assim poder concretizá-las. **IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** o aprendizado do sistematizar através da consulta de enfermagem traz benefícios à instituição profissional como categoria autônoma, possuidora de domínio científico e representação social.

DESCRITORES: Enfermagem; Processos de Enfermagem; capacitação profissional.

EIXO 1 - Ensino de Enfermagem

Referencias Bibliográficas:

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em <http://www.novo.portalcofen.gov.br> Acesso em: 24 de maio 2013.
2. Horta, WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.



Trabalho 38

3. Tannure, MC; Gonçalves, AMP. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.



Trabalho 38

ⁱ Enfermeira, Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Estácio de Vitória. Professora da Faculdade Novo Milênio do Estado do Espírito Santo. Membro do Grupo de Pesquisa – Maternidade: saúde da mulher e da criança da Universidade Federal Fluminense (UFF). Email: giovanna_marchiori@yahoo.com

ⁱⁱ Enfermeiro, Doutor, Professor Titular do Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Presidente da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras-Nacional.

ⁱⁱⁱ Enfermeiro, Mestrando em Ciências do Cuidado da Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF).

^{iv} Enfermeira, Especialista em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário São Camilo 2013. Enfermeira Socorrista em instituição privada.

^v Enfermeira, Neonatologista, membro do grupo de pesquisa materno-infantil da UFF, Professora da Cruz Vermelha Brasileira filial Rio de Janeiro, conselheira e conselheira fiscal na Cruz Vermelha Brasileira filial Arariboia.



Trabalho 39

SISTEMATIZANDO UMA LINHA DE CUIDADO ORIENTADA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO FAMILIAR

Lilian Denise Mai*; Eliane Aparecida Sanches Tonolli**; Grace Jaqueline Aquiles***

INTRODUÇÃO: A reordenação da formação de profissionais de saúde para o SUS conformou-se, nos últimos anos, como dimensão de política pública a fim de possibilitar que o processo formativo nos cursos da saúde, fundamente-se na construção do conhecimento a partir da realidade e no comprometimento com a sua transformação, bem como na participação ativa do estudante no processo ensino-aprendizagem⁽¹⁾. Busca-se, com a mudança no foco da formação e com a inserção do processo formativo no interior dos serviços de saúde, a realização de duas grandes mudanças para o SUS: alterar os processos de trabalho e o paradigma flexneriano da formação em saúde. Esta é uma temática de interesse amplo, discutida nas mais diferentes instâncias do ensino e do trabalho em saúde que reafirma a necessidade urgente de se alcançar a melhoria da conexão entre o ensino e a prática profissional⁽²⁾. Cotidianamente, a mudança na formação impõe aos cursos de graduação em saúde, desafios na direção de se buscar alternativas que aproximem docentes e discentes com os serviços de saúde. Nessa reflexão, pensar a temática da família e sua inserção no cuidado à saúde apresenta-se como ferramenta de avanço na sistematização desse cuidado considerando que essas famílias possuem fragilidades e susceptibilidades que as levam a diferentes necessidades de saúde e suas vulnerabilidades geram riscos que as caracterizam ao mesmo tempo, como singulares e universais. Um componente curricular de um curso de graduação que consiga visualizar a família e seus riscos surge como uma possibilidade de pensar essa família como parte do processo de reorientação do modelo de cuidado, buscando construir ações de saúde a partir de seu contexto e necessidades. **OBJETIVO:** Relatar uma experiência formativa com enfoque na integração ensino-serviço na saúde da família. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, centrado no processo de formação de um curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública do noroeste do Paraná. O período correspondente foi de 2008 a 2011, cuja fonte principal foi a vivência em uma disciplina curricular com caráter integrador, envolvendo docentes da área básica e clínica e os alunos da primeira, segunda e terceira séries do curso, respectivamente nas disciplinas de Seminários de Integração I, II e III. Vinculadas a uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma determinada Unidade Básica de Saúde (UBS) do município, as turmas eram orientadas a centrar-se no âmbito familiar e comunitário, reconhecendo território e riscos em saúde, e a partir de um diagnóstico em saúde sustentado pelo método da estimativa rápida, essas turmas elegiam um problema central a ser abordado e planejado intervenções nos três anos subsequentes. Concomitantemente, eventos de formação foram sendo realizados para subsidiar a experiência curricular, envolvendo comunidade acadêmica e trabalhadores do serviço, além de dados coletados e sistematizados pela equipe de um projeto de pesquisa institucional de avaliação do novo projeto pedagógico do curso (processo nº 14171/08). **RESULTADOS:** Na perspectiva de uma sistematização da linha de cuidado nos componentes curriculares nas três séries, as atividades foram desenvolvidas por meio dos programas e etapas do diagnóstico de risco familiar. Explicitar as especificidades do risco em saúde das famílias com a valorização de coleta de dados da ficha A, do mapa inteligente, da parceria com os profissionais de saúde na Atenção Básica relativo às ESF. Dessa forma, o processo de construção da linha de cuidado em torno da concepção de território-solo e

* Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Maringá/PR.

**Enfermeira. Mestre em Educação. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá/PR.

**** Enfermeiro. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM - PR.

***** Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Maringá/PR. vsousa.enf@gmail.com



Trabalho 39

território-processo mostrou-se positivo porque possibilitou a identificação dos riscos sob a lógica da vigilância em saúde. Além disso, comprometeu o ensino com os campos de prática no decorrer do desenvolvimento das ações, consubstanciando um novo papel para a formação de profissionais de enfermagem. Como o diagnóstico se processa em etapas sequenciais metodológicas com vias ao desenvolvimento aplicado do cuidado, parece aos sujeitos da experiência que o projeto terapêutico inicialmente incipiente se transforma em um saber com possibilidade prática de intervenção ao final do diagnóstico. O desenvolvimento de protocolos terapêuticos baseados no grau de risco das famílias atinge uma elevada resolutividade dos problemas de saúde, como é o caso de complicações ligadas às doenças crônicas ou à gestação de risco intermediário ou alto risco das gestantes. O que se passou nos três anos de ininterruptos trabalhos junto às comunidades adstritas pela ESF, na esfera do diagnóstico de risco familiar por meio dos componentes curriculares, nos coloca a certeza de que a abordagem tradicional da atenção básica já não tem aplicação plausível para a resolução dos seus problemas de saúde. **CONCLUSÃO:** Essa iniciativa aproximou a formação do enfermeiro às necessidades da atenção básica, pela vinculação à ESF. Houve a busca pelo rompimento com o distanciamento entre os mundos acadêmicos e o da prestação real dos serviços de saúde, desafio que vem sendo apontado em todo mundo inclusive como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde. Sabemos que fizemos um acúmulo da experiência, que nos dá a certeza da importância do contexto em que os alunos, equipes de ESF e professores estão inseridos na construção de significados para o processo de aprendizagem. O campo de prática na atenção básica traz para o cotidiano, situações provocadoras do processo integrativo do ensino e do serviço neste processo e possibilita afirmar que, para implantar uma cultura de aprendizagem que imprima o desenvolvimento de competências, é necessária compreensão clara das novas diretrizes do processo de trabalho educativo voltado para aprendizagem. Percebe-se que houve uma transposição pedagógica em todos os eventos, debates, ações curriculares obrigatórias e não obrigatórias organizadas e implementadas desde 2008. Houve avanços, apesar da certeza de que sempre existem lacunas e problemas de natureza pedagógica que necessitam de enfrentamento contínuo no exercício da formação universitária. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** De modo geral, compreende-se que as principais contribuições científicas ou tecnológicas previstas pela experiência formativa foram, senão em sua plenitude, em grande parte, de modo a fomentar as mudanças pretendidas e necessárias: melhoria na qualidade da assistência prestada pelos futuros profissionais de saúde formados pela universidade, especialmente, os enfermeiros, com ênfase na implementação da política do SUS; incremento na articulação ensino-serviço-comunidade; maior efetividade na resolução de problemas do processo saúde/doença das comunidades envolvidas a partir de uma linha de cuidado orientada para a avaliação do risco familiar e, incremento da produção do conhecimento sobre a temática.

Descritores: Risco familiar; integração ensino-serviço; saúde da família

Eixo temático: Ensino de Enfermagem.

Referencias:

1. CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.400-1.410, 2002.
2. International Council of Nurses (ICN). Reducing the Gap and Improving the Interface between Education and Service: A Framework for analysis and solution generation. Geneva [on line]. 2009 [acesso em 08 jun 2012]. Disponível em: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/freepublications/reducingthera.pdf>



Trabalho 39

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem (disciplina Enfermagem em Centro Cirúrgico), Universidade Estadual de Maringá.

** Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem (disciplina Fundamentos de Enfermagem no Cuidado Humano), Universidade Estadual de Maringá.

*** Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem (disciplina Saúde da Comunidade), Universidade Estadual de Maringá.



Trabalho 40

PENCEN: SOFTWARE DE APOIO À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

¹Letícia Helena Januário; ²Elen Soraia de Menezes Cabral; ³Daniel Moraes dos Reis; ⁴Edna Clara Januário de Araújo; ⁵Julia Carolina Viana

Introdução: a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames por enfermeiros são atividades relativamente novas para o profissional e pouco conhecidas pela comunidade. Estas atividades inserem-se no rol de mudanças vivenciadas pela profissão nas últimas décadas, nas quais o exercício da enfermagem torna-se mais técnico e científico e o enfermeiro passa a ter maior destaque como membro da equipe de saúde multidisciplinar. Esse destaque ocorre em função do estabelecimento de um corpo de conhecimentos próprio da profissão para a prestação de cuidados ao cliente, o qual lhe atribui autonomia, mas também exige maior comprometimento e competência do profissional. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), instituída pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, COFEN N° 272/2002, garante o direito e ao mesmo tempo exige do enfermeiro essa prática. A SAE também é exigida pelo Ministério da Saúde, aos hospitais que integram o Sistema Único de Saúde, SUS, para a acreditação do serviço. A autonomia do profissional enfermeiro na prescrição de medicamentos e solicitação de exames é reconhecida e legitimada em vários países. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), os enfermeiros tem autonomia para solicitar exames e prescrever medicamentos há mais de 20 anos em muitos países como os Estados Unidos, Canadá, Austrália, Inglaterra, Nova Zelândia, África do Sul, França, Zâmbia, Espanha, Argentina e Quênia. No Brasil a Lei n.º 7.498, de 25 de Junho de 1986 e a Resolução 317/2007 do Conselho Federal de Enfermagem legitimam estas práticas pelo enfermeiro. A legislação brasileira estabelece que o enfermeiro está habilitado e autorizado a solicitar exames e prescrever medicamentos em programas específicos e protocolados. É natural que o profissional habilitado a estabelecer um diagnóstico, responda pelo tratamento. O CIE refere que a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames por enfermeiros agilizou, dinamizou e rentabilizou os serviços de saúde, tendendo a vir a ser uma prática mundial. A prescrição de medicamentos exige do prescritor conhecimentos específicos do diagnóstico estabelecido, das possibilidades terapêuticas, e das características do indivíduo o qual será submetido ao tratamento. No caso do prescritor ser um enfermeiro no Brasil, a solicitação de exames e consequentemente o diagnóstico a ser feito, bem como a prescrição de medicamentos, estão restritos ao que for estabelecido em determinado protocolo: institucional, municipal, estadual ou outro. Assim a formação profissional do enfermeiro deve prepará-lo para este novo cenário. O curso de graduação em Enfermagem oferece ao graduando a oportunidade de vivenciar esta prática junto aos profissionais da Rede Municipal de Saúde de Divinópolis (RMSD) desde o primeiro período do curso. A RMSD possui um protocolo de atuação do enfermeiro na equipe multidisciplinar de saúde no qual o enfermeiro tem autonomia para a solicitação de exames e prescrição de medicamentos nos atendimentos de pré-natal e de puericultura e controle de anemia ferropriva na infância, verminoses, desnutrição e desidratação também na infância. Nesses atendimentos o enfermeiro lida com grande número de informações as quais devem ser organizadas e sistematizadas para viabilizar a eficácia da sua atuação. Dessa forma um aplicativo para sistematização informatizada pode ser instrumento útil à sua prática.

¹Enfermeira, Professora Doutora; ²Enfermeira, Professora Mestre; ³Cientista da Computação, Professor Mestre; ⁴Estudante de Curso Técnico em Tecnologia da Informação do CEFET MG, edna.cja@gmail.com; ⁵Estudante de Curso Técnico em Tecnologia da Informação.



Trabalho 40

Assim propusemos a criação de um software que auxilie o enfermeiro na interpretação do resultado de exames solicitados, sugerindo diagnósticos de enfermagem conforme terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A CIPE é o resultado, apesar de ainda em construção, do esforço do Conselho Internacional de Enfermagem, CIE, desde os anos 90 junto a enfermeiros de vários países, inclusive do Brasil, para criação de uma classificação das práticas que representasse a enfermagem em todo o mundo. A CIPE utilizada junto a SAE, expressa a atuação dos enfermeiros diante de um diagnóstico de enfermagem com a finalidade de alcançar determinados resultados e também viabiliza a descrição da prática de enfermagem, de forma a facilitar a comparação das práticas realizadas em diferentes cenários clínicos, populações, áreas geográficas e períodos. Objetivo: Elaborar *software* com interface com o ensino para interpretação do resultado de exames e prescrição de enfermagem, relacionados à anemia ferropriva, verminoses e desidratação na infância, em conformidade com os protocolos da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis. Metodologia: trata-se de um estudo exploratório, interinstitucional do qual participam a Universidade Federal de São João Del Rei através do Campus Centro-Oeste Dona Lindu – CCO/UFSJ e o Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Campus Divinópolis – CEFET MG. O projeto foi financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica “Júnior” da Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais, PIBIC/FAPEMIG. A elaboração do software seguiu as etapas: definição dos conceitos principais; modelo conceitual; criação dos diagramas; dicionário de dados; fluxograma do sistema e testes de funcionalidades. A terminologia utilizada para o diagnóstico de enfermagem foi a CIPE. Resultado: Pecen é um software em modelo de web, com banco de dados que pode ser acessado publicamente ou por usuários de uma intranet, rede de computadores que executam serviços de World Wide Web (WWW), com planejamento de limitação e controle de usuários. O software foi criado com a linguagem de programação Java Server Pages - JSP e banco de dados MySQL. O aplicativo permite consultas, alteração ou adição de informações através da internet utilizando um navegador WWW. Conclusão: a informatização da SAE além de viabilizar maior facilidade no manejo das informações pelo enfermeiro também constitui oportunidade de integração da profissão com outras áreas do conhecimento como no caso, a tecnologia da informação. Também contribui na ampliação da imagem técnico-científica da enfermagem junto à sociedade. Contribuições para a Enfermagem: o software, resultado desse trabalho contribui significativamente com o ensino de da SAE no curso de graduação em enfermagem, bem como auxilia o enfermeiro na assistência à saúde da criança na atenção primária. Bibliografia consultada: Garcia TR, Cubas MR, organizadoras. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem subsídios para a sistematização da prática profissional. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN Nº 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. [citado em: 25 abr 2012]. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/sectionint.asp?infold=1114&editionsectionID=15§ionparentID=>

Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE® Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Tradução: Heimar de Fatima Marin. São Paulo: Algor Editora; 2011.

Descritores: Saúde da criança, Processos de Enfermagem, Software.

Eixo 1: ENSINO DE ENFERMAGEM



Trabalho 41

COMPARAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS POR NOVATOS, INTERMEDIÁRIOS E FORMANDOS¹

Shimmenes kamacael Pereira², Rosimere Ferreira Santana³

A enfermagem tem sua prática centrada no cuidar humano como sua essência e enfoque principal⁽¹⁾. Considerando o ensino clínico enquanto estratégia de aprendizagem que permeia tanto o crescimento pessoal como a formação do discente e estimula a mobilização de recursos à prática profissional, por promover uma interação entre enfermeiro/discente e cliente, estabelecendo além do autoconhecimento o saber que envolve a sensibilidade no sentir e captar emoções de quem estamos cuidando⁽²⁾. Visando analisar as possibilidades de desenvolver um ensino clínico junto aos graduandos utilizou-se o conteúdo referente aos Diagnósticos de Enfermagem⁽³⁾ apresentados em casos clínicos. E para elucidar a evolução das competências⁽⁴⁾ para identificar diagnósticos de enfermagem entre estudantes de diferentes períodos acadêmicos traçamos como objetivo: comparar os diagnósticos de enfermagem apontados por alunos novatos/principiantes, intermediários/avançados e formandos/habilidosos em situações de ensino clínico. **Descrição metodológica:** Trata-se de uma abordagem quantitativa, experimental, longitudinal, cujo campo de pesquisa foi uma instituição pública de ensino universitário, que sedia o curso de graduação em enfermagem no Rio de Janeiro, na qual o currículo apresenta 9 períodos. Amostra: 23 novatos (2º período); 54 intermediários (5º período); e 37 formandos (8º período); composta por um total de 114 graduandos. O cálculo da amostra teve pareamento, mínimo de 60% do total de alunos para os períodos incluídos. Teve-se como critérios de inclusão: estar regularmente matriculado no período e ser sorteado/recrutado para o estudo. E exclusão: não concluir a atividade de Ensino Clínico proposta e aluno transferido de outra Instituição de Ensino Superior. O ensino clínico foi à estratégia de pesquisa utilizada para coleta de dados, visando avaliar a habilidade dos estudantes na identificação dos diagnósticos de enfermagem. Para tanto, elaborou-se 2 casos clínicos diferentes, retratando situações de adoecimento de clientes hospitalizados, que foram divididos em três pares aplicados em três etapas distintas. Em cada etapa realizaram-se os procedimentos: explicitação da proposta da pesquisa; formalização do convite para compor os grupos de sujeitos do estudo; solicitação da leitura atenta do caso clínico alvo do estudo; distribuição dos casos clínicos aleatoriamente, onde existia um caso clínico com complicações cirúrgicas e outro não. E a fim de analisar o rendimento, ou seja, a relação entre número de acertos sobre o número total de diagnósticos encontrados no gabarito, aplicou-se o teste qui-quadrado χ^2 . Já para apontar uma diferença significativa no número de julgamentos clínicos corretos utilizou-se o teste exato de Fisher, assim como para avaliar o número de diagnósticos relacionados apontados usou-se o teste Kruskal Wallis. Cabe ressaltar que o projeto conta com parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo - CAAE-0048.0.258.000-10 e atende as especificações éticas e legais da Resolução 196 / 96, do Ministério da Saúde.

¹ Recorte ampliado do projeto de Iniciação Científica PIBIC/CNPq.

² Mestranda em Ciências do Cuidado 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: shimmeneskp@gmail.com

³ 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 41

Resultados: O Caso Clínico 1, na identificação dos diagnósticos relacionados houve uma crescente no número de erros na medida em que se direciona aos períodos superiores, pois há 23 erros no segundo período, 23 no quinto e 71 no oitavo. Isoladamente, pode-se inferir que o grupo de alunos Intermediário apresentou o maior grau de rendimento (25%) em relação ao esperado e o grupo dos Novatos o menor rendimento (6,85%), portanto há diferenças significativas entre os rendimentos dos 3 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, segundo teste exato de Fisher (p -valor = 0,014); com razão de chances igual a 4,67 e, intervalo de confiança ao nível de 95% igual a (1,32; 16,52), indicando uma chance de o aluno Intermediário ter raciocínio clínico correto comparativamente maior que os Novatos. Outra diferença significativa está no número de acertos dos alunos Formandos (p -valor = 0,049), onde a razão de chances mostra-se igual a 3,01, com intervalo de confiança ao nível de 95% igual a (1,062; 9,436), ou seja, o aluno Formando possui uma chance 3,01 vezes maior que o aluno Novato para produzir um julgamento clínico corretamente dos diagnósticos de enfermagem. No Caso Clínico 2 percebe-se um baixo índice de acertos relacionado ao grau de dificuldade do gabarito. Porém a identificação dos diagnósticos relacionados representou 80% ou mais do total de erros. Numa análise global o grupo de alunos com melhor Rendimento, ou seja, acerto dos 6 diagnósticos de enfermagem apresentados no caso clínico foi o grupo dos alunos Intermediários, obteve 25% do Rendimento esperado, com diferença entre o Rendimento dos 3 grupos significativamente (p -valor = 0,011). Isoladamente, não houve diferença significativa ao nível de 5% na frequência de acertos esperados nos grupos de alunos, mas deve-se salientar que esta diferença torna-se significativa ao nível de 10% quando realizada uma análise geral. Observa-se grande diferença numérica entre os rendimentos dos 3 grupos (p -valor = 0,02) para o número de diagnósticos relacionados e para o número de diagnósticos não relacionados (p -valor = 0,024). Convém salientar que nos Formandos a atribuição média de diagnósticos não relacionados foi maior 3,33; do que o das avaliações dos alunos intermediários 3,14, e novatos 1,38. Assim, o grupo dos alunos novatos se diferencia dos demais por apresentar em sua maioria, diagnósticos relacionados ao gabarito e, portanto erraram menos. **Conclusão:** Ao realizar abordagem dos sujeitos nos diferentes períodos de formação foi possível observar resultados significativos para prever um crescente no raciocínio clínico nos alunos, trilhando um caminho rumo à formação crítica-reflexiva deste futuro profissional, capacitando-os a antever os problemas dos sujeitos saudáveis ou doentes sobre nossos cuidados. Tem-se nos novatos uma identificação dos diagnósticos de maneira mais restrita ao que o caso clínico descreve e as evidências demonstradas, assim como nos intermediários, porém com a diferença de que neste último grupo, ocorre a iniciação nas habilidades e competências da profissão. Já o grupo dos formandos mostrou-se beneficiado pela experiência acumulada, antepondo possíveis complicações, com um grau de acerto superior quando comparado aos outros estratos. Porém, o mesmo fato colaborador o induziu ao erro de formulação diagnóstica, implicando na possível provisão de cuidados não confirmados por uma evidência clínica. **Contribuições para enfermagem:** O presente estudo contribui para prerrogativa que a adoção da prática do ensino clínico desde os primeiros períodos em enfermagem de forma crescente, torna habitual ao aluno o ato de diagnosticar, intervir e avaliar em enfermagem. **Referências:** (1) Espírito Santo FH, Porto IP. 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.; (2) Lira ALBC, Lopes MVO. Nursing diagnosis: educational strategy based on problem-based learning. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2011, vol.19, n.4, pp. 936-943.; (3) North American Nursing Diagnosis Association Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e



Trabalho 41

classificação 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed, 2010.; (4) Benner P, Tanner C, Chesla C. (Ed.). Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics. Springer Publishing Company, 2009.

Descritores: Ensino; Educação em Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Aprendizagem

Eixo 1: ENSINO DE ENFERMAGEM



Trabalho 42

AÇÕES DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA E A CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: USO DO MAPEAMENTO CRUZADO

Rodrigo Soares Sampaio¹
Iraci dos Santos²

Introdução: a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) é fruto do trabalho do grupo de pesquisadores da Universidade de Iowa com a colaboração de enfermeiros do mundo inteiro, representando o trabalho mais avançado nesta temática.^{1,2} Contudo, ainda há uma barreira na utilização desta ferramenta no cuidado direto ao cliente, ficando a prescrição restrita, muitas vezes, àquele rol de cuidados rotineiros.^{3,4} O enfermeiro deve atuar de forma crítica e reflexiva, agregando os múltiplos conhecimentos específicos da ciência de enfermagem; estes devem estar aliados às boas práticas clínicas, sendo resultantes do conhecimento científico produzido a partir das experiências vividas por enfermeiros e seus clientes no complexo processo de cuidar, em especial, no cenário da cardiologia. Apenas a qualificação do cuidar poderá fazer com que a ciência de enfermagem transpasse seus limites atuais, alcançando a excelência em seus cuidados e a construção de novos conhecimentos, fazendo com que a profissão deixe de se pautar nas rotinas oriundas do cotidiano do trabalho na área de saúde e passe a ser consequência dos saberes resultantes da prática baseada em instrumentos tecnológicos capazes de estabelecer uma nova relação entre enfermeiros, clientes (indivíduo, famílias e/ou comunidades), equipes multiprofissionais e o ambiente terapêutico. É importante que as ações dessa profissão sejam definidas a partir da relação enfermeiro-cliente tendo como base fundamental a avaliação diagnóstica realizada por este profissional para identificação dos problemas/respostas humanas aos quais ele é competente para tratar a partir de intervenções efetivas e embasadas cientificamente. Assim, tendo a NIC como referencial, este trabalho trata da interface entre as intervenções que essa congrega e as prescrições inseridas no instrumento de plano de cuidados, utilizado em uma unidade de cardiologia intensiva. **Objetivo:** realizar o mapeamento cruzamento entre as prescrições contidas no instrumento de plano de cuidados de enfermagem de uma unidade de cardiologia intensiva de um hospital público do Rio de Janeiro e a Classificação das Intervenções de Enfermagem. **Materiais e métodos:** trata-se de um estudo descritivo, realizado entre abril e maio de 2013, que se apropriou do método de mapeamento cruzado. Esse método é utilizado na análise de dados do processo de enfermagem, nos diferentes campos do cuidado, através da comparação entre as informações existentes nos planos de cuidado e as classificações de referência para a prática de enfermagem, sendo útil na análise das linguagens de enfermagem não padronizadas, quando comparadas às classificações de enfermagem com terminologia uniforme.⁵ Procedeu-se o mapeamento das 34 prescrições adotadas para atender aos seguintes diagnósticos de enfermagem: Desobstrução ineficaz de vias aéreas, Padrão respiratório ineficaz, Risco de aspiração, Débito cardíaco diminuído, Risco de desequilíbrio do volume de líquidos, Risco de perfusão tissular periférica ineficaz, Risco de desequilíbrio na temperatura corporal, Risco de confusão aguda, Risco de glicemia instável, Risco de lesão, Risco de quedas, Dor aguda, Integridade da pele prejudicada, Risco de integridade da pele prejudicada, Risco de infecção, Déficit no autocuidado para alimentação, Náusea, Risco de constipação, Déficit no autocuidado para banho e Conforto prejudicado. O mapeamento deu-se seguindo as seguintes regras: a) Seleção de uma intervenção da NIC para cada prescrição de enfermagem no contexto dos diagnósticos de enfermagem; b) Seleção da intervenção da NIC baseada na

¹ Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: rodsoasam@gmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista de Produtividade em Pesquisa CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa Concepções Teóricas para o Cuidar em Saúde e Enfermagem.



Trabalho 42

similaridade entre a prescrição e a definição da intervenção e as atividades sugeridas; c) Determinação de uma palavra-chave na prescrição de enfermagem, que auxiliou na identificação da intervenção/atividade mais apropriada na NIC; d) Utilização dos verbos empregados nas prescrições de enfermagem, para selecionar a intervenção/atividade da NIC; e) Mapeamento das prescrições de enfermagem que utilizaram dois verbos, em duas diferentes intervenções NIC, quando as ações foram diferentes; f) Identificação e descrição das prescrições de enfermagem que não puderam ser mapeadas por qualquer motivo.⁵

Resultados: das 34 prescrições indicadas no instrumento, foi extraído um total de 37 cuidados. No cruzamento com a NIC, todos foram identificados na estrutura taxonômica desta. Nos domínios Fisiológico: Básico (n=16), Fisiológico: Complexo (n=14) e Segurança (n=7), prevaleceram as classes Controle de Riscos (n=6), Suporte Nutricional (n=6), Controle da Perfusão Tissular (n=5), Facilitação do Autocuidado (n=5) e Controle de Pele/Feridas (n=4). **Considerações finais:** observou-se que há relação entre as prescrições adotadas na unidade e as intervenções incluídas na NIC. No entanto, ressalta-se a necessidade da elaboração dos diagnósticos de enfermagem como etapa antecedente e fundamental para o direcionamento do cuidado de enfermagem. Também são indicados estudos mais aprofundados que tratem do mapeamento cruzado entre a linguagem utilizada sem referencial padronizado e as classificações em enfermagem, quais sejam de diagnósticos ou intervenções, pois estes são de grande valia para o primeiro passo na implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** acredita-se que a realização deste trabalho, contribuiu para a construção de conhecimentos na temática do cuidado sistematizado e para a qualificação do processo clínico de cuidar do cliente com distúrbios cardiovasculares em estado crítico. Espera-se que a divulgação de seus resultados contribua para a consideração de outras propostas de ensino e pesquisa, visando à construção de um moderno paradigma de atendimento aos clientes atendidos nas unidades de cardiologia intensiva.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem/classificação. Enfermagem. Cardiologia.

Eixo temático: Assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1 Fuly PSC, Freire SM, Almeida RT. The nursing process and its application in intensive care at Rio de Janeiro as a support to the development of an electronic patient record. Online Braz J Nurs. 2003;2(3):[cerca de 6 p.].
- 2 Napoleão AA, Chianca TCM, Carvalho EC, Dalri MCB. Análise da produção científica sobre a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) de 1980 a 2004. Rev Latino Am Enfermagem. 2006;14(4):608-13.
- 3 Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
- 4 Santos I, Dourado T. Activities of the nurse: direct and indirect care to the hospitalized client: a descriptive study. Online Braz J Nurs. 2006; 6(n.esp):[cerca de 8 p.].
- 5 Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. Acta Paul Enferm. 2005;18(1):82-8.



Trabalho 43

1

FUNDAMENTAÇÃO DO PERFIL DOS IDOSOS INTERNADOS NA CLÍNICA MÉDICA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO CIPE®^I

Marina Moralles Caldeira de Andrada^{II}

Marlon França^{III}

Ângela Maria Alvarez^{IV}

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt^V

INTRODUÇÃO: O aumento da população idosa é realidade mundial, no Brasil, em 2010 havia 20.590.597 idosos. Devido às mudanças demográficas e epidemiológicas, o Ministério da Saúde desenvolveu e implementou políticas voltadas para esse grupo específico⁽¹⁾. No cuidado ao idoso, o enfermeiro gerontólogo apresenta capacitação e formação, com conhecimentos específicos sobre o envelhecimento, normas, legislação e políticas nacionais, além de desenvolver ações que considerem as limitações desse público, com a intenção de contribuir para a manutenção e promoção da saúde e autonomia⁽²⁾. Na área da gerontologia verificou-se a necessidade de desenvolver modelos de classificação padronizados, com base no Diagnóstico de Enfermagem (DE), implementado de forma sistematizada, com objetivo de identificar, através dos sinais e sintomas, questões inerentes ao cuidado de enfermagem junto ao idoso, à família e à comunidade, além de intervir na problemática identificada⁽³⁾. O Processo de Enfermagem, segundo o Art. 2º da Resolução nº 358/2009, busca reorganizar de forma sistematizada os serviços no seu contexto integrador, em face dos problemas e das dificuldades do cotidiano na atenção à saúde, pluralizada, que envolva a equipe de profissionais e usuários, pensada na integralidade do cuidado como consequência do processo evolutivo e dinâmico⁽³⁾. O P.E. apresenta-se em cinco etapas: Histórico, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação de Enfermagem⁽⁴⁾. A utilização cotidiana do DE segundo CIPE® versão 1.0, auxilia o enfermeiro gerontólogo a atender as necessidades de forma qualificada, **com** padronização da linguagem e sistematização da ação embasada em respaldo técnico-científico. **OBJETIVO:** Identificar diagnósticos de enfermagem característicos de idosos internados na Clínica Médica em um Hospital Universitário do Sul do Brasil, segundo o referencial da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem - CIPE® versão 1.0. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória descritiva, realizada na Clínica Médica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, autorizada pela direção e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, no período de 22 de agosto a 30 de outubro de 2011. Os dados utilizados nesta pesquisa foram coletados por meio de entrevista, exame físico e consulta ao prontuário durante a assistência de enfermagem prestada aos idosos, com a identificação de problema e elaboração de diagnósticos de enfermagem com referencial na CIPE® versão 1.0. Os dados foram organizados em Tabela de Teorização, sendo arquivadas em pastas individuais, com a devida confidencialidade e preservando o anonimato dos participantes. O foco principal direcionou-se à identificação dos DE, descritos segundo os termos encontrados na CIPE®

^{II} Artigo elaborado com base no Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Intitulado: Levantamento de diagnóstico de Enfermagem em idosos internados, por meio da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem® Versão 1.0.

^{III} Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Enfermagem. Florianópolis-SC, Brasil.

^{IV} Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Enfermagem. Florianópolis-SC, Brasil.

^V Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Florianópolis-SC, Brasil.

^V Enfermeira. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Enfermagem. Florianópolis-SC, Brasil. Email: karina.h@ufsc.br



Trabalho 43

2

versão 1.0. Emergiram 158 diagnósticos de enfermagem. **RESULTADOS:** Os idosos deste estudo estão categorizados em faixas etárias agrupadas em cinco anos, tendo como marco inicial 61 anos e final de 87 anos. Quanto ao gênero, as mulheres predominam (dobro dos homens). Em relação ao grau de dependência, verificou-se dependência parcial (seis idosos), seguida de um idoso com independência e um dependente total. Na avaliação dos 24 idosos internados na Clínica Médica, foram identificados 158 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 23 categorias de acordo com os sistemas e déficits descritos na CIPE®: 39 diagnósticos relacionados ao sistema cardiovascular; 20 ao autocuidado prejudicado; 19 ao sistema respiratório comprometido; 15 ao sistema locomotor prejudicado; 13 ao risco para infecção; 10 ao padrão alimentar e a massa corporal alterado; 8 ao sistema endócrino prejudicado; 7 ao sistema gastrointestinal alterado; 7 ao sistema geniturinário comprometido; 6 ao sistema neurológico alterado; 4 a sistema perceptivo comprometido; 4 sistema sensorial; 3 ao sistema tegumentar e hídrico alterado; 3 ao sistema regulador térmico afetado. Dentre as causas de internação em pacientes idosos em clínicas médicas pelo país, em 24 casos deste estudo, verificou-se: prevalência do comprometimento do sistema cardiovascular, dependência para o autocuidado e sistema respiratório comprometido. Dos 158 diagnósticos, 22 diagnósticos estão relacionados ao sistema cardiovascular comprometido cronicamente, evidenciado por Pressão Arterial elevada; 11 evidenciado por alterações estruturais e funcionais do coração, como sopro sistólico e ritmo irregular; e seis diagnósticos de perfusão tissular comprometida cronicamente evidenciada por edema, úlcera venosa, sinais flogísticos e pulso pedial irregular. O diagnóstico de dependência para o autocuidado foi evidente em 20 idosos hospitalizados. Naqueles idosos com grau de dependência total para o autocuidado verificou-se alteração de suas condições neurológicas, com baixo nível de consciência e pouca mobilidade física, principalmente em sequela do Acidente vascular Cerebral, déficits visuais, motores, cognitivos, sensoriais, verbais e emocionais, estando os quatro primeiros relacionados diretamente com o diagnóstico em discussão. Os idosos desta pesquisa identificados como dependentes parciais para o autocuidado eram acometidos por hemiparesia, amputação de membros inferiores, deformidade de membros superiores e membros inferiores, debilidade da força física, fraqueza, risco de queda e obesidade mórbida. O diagnóstico de sistema respiratório comprometido foi identificado em 14 idosos, caracterizado por respiração ruidosa, superficial, taquipnéia, dispnéia, dispnéia aos esforços, sibilos, estertor, murmúrios vesiculares diminuídos em hemitórax, ruídos adventícios, saturação diminuída e tosse produtiva. Outros cinco idosos apresentam o mesmo diagnóstico, caracterizado pelo uso de equipamentos de suporte: *Bilevel Positive Pressure Airway*, traqueostomia e cateter extranasal, tipo óculos. **CONCLUSÃO:** Analisando os diagnósticos de enfermagem obtidos e comparando-os com a literatura, confirma-se a importância de realizar mais estudos com o objetivo de identificar as necessidades prioritárias da população idosa e aprimorar a enfermagem gerontológica, com intenção de compreender como o processo de envelhecimento atinge o idoso e as implicações das alterações biofisiológicas decorrentes. Os 24 idosos apresentaram 158 diagnósticos diferentes, agrupados em 23 categorias semelhantes (sistemas e déficits). Os diagnósticos dos idosos internados na Clínica Médica, mais prevalentes identificados foram àqueles relacionados ao sistema cardiovascular, respiratório e referente ao autocuidado prejudicado, normalmente encontrados no cotidiano do idoso e de relevância para o profissional enfermeiro gerontólogo, pois a identificação precoce do melhor cuidado levará a um tempo de internação menor e a uma recuperação mais eficaz. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** No Brasil, cada vez mais a Enfermagem Gerontológica pode desenvolver corpo de conhecimento alicerçado no PE aliando conhecimento teórico acerca do envelhecimento para compreender a especificidade do cuidado, planejar intervenções mais adequadas para atender e entender as necessidades dessa nova classe e ser capaz de avaliar suas individualidades. Com tais ações novas políticas



Trabalho 43

3

podem ser elaboradas para prevenir doenças e melhorar a promoção da saúde dos idosos, recomendando-se abordagem específica e humanizada, nos setores de baixa, média e alta complexidade na saúde.

REFERÊNCIA

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/perfilidoso.htm>>. Acessado em 02 de outubro de 2012.
- 2 Santos SSC, Barlem ELD, Silva BT da, Cestari ME, Lunardi VL. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da Enfermagem Gerontogerátrica. Acta Paul Enferm, 2008; 21(4):649-53.
- 3 Cruz DALM da. Diagnóstico de enfermagem In: Garcia TR, Egry EY. Integralidade da Atenção no Sus e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Editora Artmed. 2009.
- 4 COFEN. Resolução COFEN-358/2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Disponível em <<http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>>. Acessado em dezembro de 2011.

DESCRIPTORIOS: Diagnóstico de Enfermagem, Idoso, Enfermagem, **Assistência de Enfermagem.**

EIXO TEMÁTICO DO EVENTO: Eixo 2 – Assistência de enfermagem .



Trabalho 44

FREQUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FALTA DE ADESÃO EM PESSOAS COM HIPERTENSÃO

Célida Juliana de Oliveira¹
Angélica Isabely de Moraes Almeida²
Lidyane de Sousa Calixto³
Ruanna Gabriela Alves Rodrigues⁴
Cícera Patrícia Mendes de Sousa⁵

Estudar o diagnóstico Falta de Adesão justifica-se pela reconhecida dificuldade de manter bons índices de adesão ao tratamento de doenças crônicas, entre eles o tratamento anti-hipertensivo¹ e ao amplo pelo reconhecimento da necessidade de estudar o sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem proposto pela NANDA Internacional. A partir da identificação da alta frequência de irregularidades na adesão ao tratamento da hipertensão arterial² e da escassez de estudos sobre o diagnóstico Falta de Adesão, surgiu o interesse em pesquisá-lo. Apesar de a hipertensão ser uma doença de alta prevalência na sociedade, investigações sobre os fatores que interferem na adesão à sua terapêutica são, em sua maioria, meramente descritivos, havendo uma lacuna bibliográfica observada nas pesquisas da enfermagem que abordem o diagnóstico Falta de Adesão e a sistematização da prática de enfermagem voltada para a população com hipertensão e falhas na terapêutica. 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 enfermagem³. Dessa forma, objetivou-se descrever o comportamento do diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão em pessoas com hipertensão arterial acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família da sede do município de Crato/CE. O estudo epidemiológico do tipo transversal, de natureza predominantemente quantitativa, realizado com pessoas com hipertensão, atendidos e acompanhados por equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família. Esta escolha foi apoiada no conhecimento de que essas pessoas têm maior possibilidade de apresentar falhas na adesão terapêutica e apresentar o diagnóstico em questão². A unidade de saúde selecionada para ser o local de desenvolvimento da pesquisa pertence à sede do município do Crato-CE e comporta três equipes de saúde da família e foi escolhida por ser a que mais apresenta pacientes com hipertensão cadastrados no município e pela observação do grande número de pacientes que demonstram falhas na adesão à terapêutica. A população total foi composta por todos os pacientes com hipertensão cadastrados e acompanhados por mês na unidade de saúde, sendo que para a seleção da amostra, eles deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: ter idade acima de 18 anos; ter o diagnóstico médico de hipertensão arterial há, pelo menos, um ano; estar em tratamento medicamentoso para hipertensão arterial há, pelo menos, seis meses, totalizando 187 pacientes. A coleta de dados se deu por fonte primária de setembro de 2012 a abril de 2013. O instrumento de coleta utilizado visou

¹ Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente da Universidade Regional do Cariri (URCA); Líder do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Email: celidajuliana@yahoo.com.br

² Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq.

³ Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq.

⁴ Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-FUNCAP.

⁵ Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro voluntário do GPESCC.



Trabalho 44

identificar as características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas e conhecer o tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos pacientes, possibilitando a identificação da presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem em questão, além dos aspectos que influenciam na adesão terapêutica. Este levantamento possibilitou identificar a presença do diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão a algum aspecto do tratamento anti-hipertensivo. O estudo do qual esta pesquisa foi derivada foi avaliado para sua implementação por um Comitê de Ética em Pesquisa e a autorização para sua realização nas dependências da unidade de saúde foi obtida junto à Secretaria Municipal de Saúde do Crato. Foi possível identificar o diagnóstico Falta de Adesão em 68,3% dos pacientes com hipertensão arterial acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, sendo que em pouco mais de 61% dos pacientes, a presença do diagnóstico está relacionada à dificuldade em seguir o tratamento não medicamentoso. Confirmando o comportamento do diagnóstico, a característica definidora identificada com maior frequência foi “Manejo inadequado do tratamento não medicamentoso”, presente em 66,2% dos pacientes. Já as características “Dificuldade em cumprir decisões acordadas com a equipe de saúde”, “Manejo inadequado do tratamento medicamentoso” e “Comportamento indicativo de falha na adesão” atingiram índices muito próximos, estando presentes em 36,6%, 35,9% e 35,2% dos pacientes, respectivamente. Já quanto aos fatores relacionados do diagnóstico, os que foram identificados em parte considerável dos pacientes foram “Crenças e valores do indivíduo relacionados ao processo saúde/doença” (45,5%), “Conhecimento deficiente para o seguimento do regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso” (40%), “Duração permanente do tratamento” (39,3%) e “Relacionamento paciente-equipe de saúde prejudicado” (37,2%), demonstrando que o processo de adesão realmente engloba várias dimensões e tem suas causas multivariadas. Conclui-se que ao promover a investigação de um diagnóstico de enfermagem e identificação de quantos pacientes com hipertensão apresentam o diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão, mesmo estando sob acompanhamento de equipes multidisciplinares de saúde, 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 desta população específica, dimensionando a prática do trabalho de enfermagem para as reais necessidades dessa clientela. Espera-se que o estudo contribua para obtenção de subsídios que culminem para maior adesão ao tratamento da clientela, a fim de que se alcance o controle adequado dos seus níveis pressóricos, diminuindo a probabilidade de agravamento das complicações, com conseqüente redução do número de hospitalizações e, principalmente, com diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares. A enfermagem deve se apropriar de suas tecnologias, buscando incrementar e amplificar sua utilização, contribuindo com a melhoria da assistência prestada e com uma maior autonomia profissional.

1 Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, VI. Rev Hipertens. 2010; 13(1).

2 Oliveira CJ. Revisão do diagnóstico de enfermagem “Falta de Adesão” em pessoas com hipertensão arterial. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 246f.

3 Chaves ECL, Carvalho EC, Rossi LA. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. Rev. Eletr. Enf. [online]. 2008 [citado 2009 Jan 13]; 10(2): 513-20. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revistas/v10/n2/v10n1a22.htm>

Descritores: Diagnóstico de enfermagem. Adesão terapêutica. Hipertensão.

Eixo temático: Assistência de Enfermagem



Trabalho 45

COMPORTAMENTO DA ADEÇÃO TERAPÊUTICA DE PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FALTA DE ADEÇÃO

Célida Juliana de Oliveira¹
Lidyane de Sousa Calixto²
Angélica Isabely de Moraes Almeida³
Ruanna Gabriela Alves Rodrigues⁴
Cícera Patrícia Mendes de Sousa⁵

A hipertensão arterial é um dos mais relevantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares¹. Por isso, é importante refletir na gravidade das consequências da hipertensão, justificando a importância dos profissionais da saúde estarem constantemente orientando e estimulando o paciente com hipertensão a modificar hábitos nocivos à sua saúde e auxiliando-o a controlar seus níveis pressóricos e observando problemas na adesão terapêutica². Para que se tenha um acompanhamento qualificado desses indivíduos é necessário conhecer os fatores que influenciam na adesão desses pacientes ao tratamento anti-hipertensivo. Dessa forma, objetivou-se averiguar o índice da adesão terapêutica de pacientes com problemas no tratamento anti-hipertensivo e as características dessa falta de adesão. O estudo foi do tipo transversal, de natureza quantitativa, realizado com pessoas com hipertensão, atendidos e acompanhados por equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família. A unidade de saúde selecionada para ser o local de desenvolvimento da pesquisa pertence à sede do município do Crato-CE, comporta três equipes de saúde da família e foi escolhida por ser a que mais apresenta pacientes com hipertensão cadastrados no município e pela observação do grande número de pacientes que demonstram falhas na adesão à terapêutica. A população total foi composta por todos os pacientes com hipertensão cadastrados e acompanhados por mês na unidade, sendo que para a seleção da amostra, deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: ter idade acima de 18 anos; ter o diagnóstico médico de hipertensão arterial há, pelo menos, um ano; estar em tratamento medicamentoso para hipertensão há, pelo menos, seis meses, totalizando 187 pacientes. A coleta de dados se deu por fonte primária de setembro de 2012 a abril de 2013. O instrumento de coleta visou identificar as características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e conhecer o tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos pacientes, possibilitando a identificação da presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem em questão, além dos aspectos que influenciam na adesão terapêutica. Para a coleta de dados antropométricos foi utilizada balança antropométrica com haste metálica, com capacidade de 150kg e precisão de 100g. Quanto à verificação da circunferência abdominal, o paciente deveria permanecer de pé com abdome relaxado e braços descontraídos ao lado do corpo. A fita métrica inelástica foi colocada horizontalmente no ponto médio entre a borda inferior da última costela e a crista ilíaca e a leitura foi feita entre uma expiração e uma inspiração, sem compressão dos tecidos. O índice de massa corporal e a circunferência abdominal foram calculados e os pacientes

¹ Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente da Universidade Regional do Cariri (URCA); Líder do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Email: celidajuliana@yahoo.com.br

² Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq.

³ Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq.

⁴ Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-FUNCAP.

⁵ Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro voluntário do GPESCC.



Trabalho 45

classificados considerando os pontos de corte propostos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia⁴. Já o valor da pressão arterial foi aferido ao término da entrevista com o paciente, para assegurar que o mesmo se mantivesse nas condições de repouso físico e mental preconizadas pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹. O grau de adesão desses pacientes foi avaliado por meio da aplicação do questionário MBG³. Todo este levantamento possibilitou às pesquisadoras identificar a presença do diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão a algum aspecto do tratamento anti-hipertensivo. O estudo do qual esta pesquisa foi derivada foi avaliado para sua implementação por um Comitê de Ética em Pesquisa e a autorização para sua realização nas dependências da unidade de saúde foi obtida junto à Secretaria Municipal de Saúde do Crato. A idade média dos 187 pacientes avaliados foi de 62,4 anos ($\pm 11,43$ anos), com prevalência de mulheres (70,3%), pacientes com companheiro (61,3%) e indivíduos não brancos (57,9%). Observou-se que apenas 16,7% dos pacientes possuíam ocupação remunerada, o que reflete a baixa renda mensal familiar (média de R\$ 915,90; $\pm 513,46$). Em relação aos anos de estudo completos, a média foi de 3,9 anos ($\pm 3,92$ anos), sendo possível observar que a maioria dos pacientes apresenta baixa escolaridade. Inicialmente foi identificada a presença do diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão em 69,5% dos 187 pacientes analisados. Dessa forma, foi analisado o comportamento da adesão terapêutica desses 130 pacientes que apresentaram o diagnóstico de enfermagem, na tentativa de elucidar os fatores que interferiram na adesão e propiciaram o surgimento do diagnóstico. Quanto à adesão, a nota máxima obtida foi de 37 pontos e a mínima, 7 pontos, sendo a média de 26,1 pontos (desvio padrão 6,0). Quando se verifica o comportamento da adesão dos pacientes, de acordo com cada item verificado, somente duas das 12 questões do teste obtiveram nota média superior a 3,0 pontos: “Você toma todas as doses indicadas?” e “Assiste às consultas de seguimento programadas?”, revelando que os diversos aspectos envolvidos na adesão terapêutica devem ser amplamente investigados para que os problemas sejam sanados, ou pelo menos, minimizados. A questão com a pior média foi relacionada à prática de atividades físicas indicadas pelos profissionais de saúde. Quanto às prováveis causas da falha na adesão, observou-se também interferência em todas as dimensões da adesão: Fatores relacionados ao paciente (esquecimento próprio, medo de ficar dependente/viciado), relacionados ao tratamento medicamentoso (já tomou outros medicamentos e não fez efeito), ao tratamento não medicamentoso (não gosta e/ou não consegue fazer exercício, não aceita a dieta recomendada, não precisa mudar seu estilo de vida) e relacionados ao sistema de saúde (atendimento demora muito). Os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, devem juntamente com o paciente planejar táticas como o armazenamento dos medicamentos em locais visíveis, utilização de lembretes, uso de alarmes e associação do tratamento às atividades de vida diária a fim de facilitar a adesão ao regime medicamentoso. Além disso, é importante ressaltar a importância da modificação de hábitos nocivos à saúde, ou seja, os aspectos do tratamento não medicamentoso, como o incentivo ao abandono do tabagismo e etilismo e adequação das práticas alimentares, contribuindo, positivamente com a manutenção da saúde, com a prevenção de complicações e com o controle da hipertensão arterial¹. Mais especificamente em relação à prática de atividades físicas, faz-se necessária a identificação dos fatores que interferem na prática da atividade física para que a equipe multiprofissional monte estratégias a fim de melhorar a adesão à prática do exercício, adequadas às condições de saúde de cada indivíduo. Conclui-se que muito pode ser feito pela Enfermagem para ampliar seu cuidado, visando melhorar a adesão à terapêutica instituída, intervindo nos fatores de risco modificáveis de desenvolvimento de doenças cardiocirculatórias. Apesar dos pacientes estarem em tratamento para hipertensão há algum tempo e em constante acompanhamento multiprofissional de saúde, eles ainda sofrem com problemas relacionados à doença, acarretando no aumento do risco desses indivíduos desenvolverem uma série de complicações cardiovasculares.



Trabalho 45

- 1 Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, VI. Rev Hipertens. 2010; 13(1).
- 2 Oliveira CJ. Revisão do diagnóstico de enfermagem “Falta de Adesão” em pessoas com hipertensão arterial. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 246f.
- 3 Alfonso LM, Vea HDB, Ábalo JAG. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev. Cub. Salud Publica. 2008; 34(1).
- 4 Sociedade Brasileira de Cardiologia. Teste o seu coração. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <http://prevencao.cardiol.br/testes/>. Acesso em 12 de fevereiro de 2013.

Descritores: Enfermagem. Adesão terapêutica. Hipertensão.

Eixo temático: Assistência de Enfermagem



Trabalho 46

RELAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Carla Luiza da Silva¹
Caroline de Oliveira Pedroso²
Mariane Antunes Cavalheiro³
Sandra Maria Bastos Pires⁴
Elaine Cristina Antunes Rinaldi⁵

RESUMO: Dentre as novas tecnologias em saúde o processo de enfermagem, vem cada vez mais sendo notório, porém no dia-a-dia observa-se a difícil aplicabilidade, e a fragmentação do trabalho da enfermagem, o que faz com que o cuidado do paciente torne-se empírico, fazendo com que o enfermeiro se auto-limite, não interligando a prática com a teoria. Os objetivos deste trabalho foram identificar os diagnósticos de enfermagem, segundo a CIPE[®], bem como verificar se para cada diagnóstico prescrito havia correlação nas intervenções de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter exploratório, tendo como amostra 28 pacientes, os quais estavam internados em uma Unidade de Terapia Intensiva no período de Janeiro a Abril de 2012. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa sob parecer número 115/2011. Encontrou-se 32 diagnósticos de enfermagem (DE), sendo que estes foram prescritos 171 vezes, do total de diagnóstico, observou que 123 (71,93%) destes não possuíam uma intervenção de enfermagem para o diagnóstico encontrado e que muitas das intervenções prescritas não possuíam um diagnóstico de enfermagem correspondente, que respalde a prática. Conclui-se que o processo de enfermagem é uma ferramenta que proporciona cientificidade ao trabalho do enfermeiro e que utiliza-se para a realização do cuidado aos pacientes, porém, para que haja efetividade no cuidado, há a necessidade de que os enfermeiros entendam essa metodologia e verifique que seu uso necessita de raciocínio clínico e cientificidade, mas para isso necessita conhecer, estudar e aplicar o processo de enfermagem com raciocínio clínico e verificou-se que os enfermeiros que participaram deste estudo, necessitam de capacitação para melhor entendimento desta prática, para que a assistência não seja falha e para que o cuidado de enfermagem seja cada vez mais preciso, científico e sem danos aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico de enfermagem; cuidados críticos; Processos de enfermagem.

Eixo temático: Assistência de enfermagem

Referências:

1 Enfermeira. Mestre em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 - CEP 84030-900. Bloco M-DENSP. Fone: 042-3220-3735. E-mail: clsilva21@hotmail.com

2 Enfermeira. Assistencial no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa- Pr. Email: caiol.pedroso@hotmail.com

3 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Bolsista Fundação Araucária. Enfermeira assistencial no Hospital Geral Unimed de Ponta Grossa – Pr. Email: mariane1_cavalheiro@hotmail.com

4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 - CEP 84030-900. Bloco M-DENSP. Fone: 042-3220-3735. E-mail: sbastospires@gmail.com

5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 - CEP 84030-900. Bloco M-DENSP. Fone: 042-3220-3735. E-mail: ecrisrinaldi@yahoo.com.br



Trabalho 46

Alves, AR; Lopes CHAF; Jorge, MSB. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. Rev. esc. enferm. USP. 2008 Dez; 42(4):649-55

Barra, DCC; Dal Sasso, GTM. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da CIPE 1.0®. Texto contexto & Enferm. 2010 Jan/Mar; 19(1): 54-63.



Trabalho 47

AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICOS DE FAMÍLIAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DO RECIFE-PE

Menezes, Dilma Neto*

Monteiro, Gicely Regina Sobral da Silva**

Tavares, Adrienny Nunes da Silva**

Torres, Naércia Ranúzia do Nascimento***

Monteiro, Maria das Graças***

Introdução: Família como unidade dinâmica é a união de pessoas, que convivem ou não no mesmo domicílio une-se por laços consanguíneos, afetivos ou de interesses. A saúde no âmbito familiar está permeada por cuidados e estes estão presentes no seu cotidiano.¹ Profissionais de saúde têm como desafio considerar a família como perspectiva de trabalho, atender a necessidade familiar e não de cada membro individual, pois ao considerar as famílias como unidade de cuidado passa a dar sentido a ESF.² O Modelo Calgary de Avaliação Familiar, reconhecido mundialmente e utilizado nas faculdades de enfermagem da Austrália, Grã-Bretanha, Estados Unidos, Canadá e Brasil refere-se a uma abordagem multidimensional, dividido em três categorias: A categoria estrutural é dividida em interna e externa, aborda a composição da família, vínculo afetivo e o contexto familiar; a categoria do desenvolvimento retrata a trajetória da família durante as fases do ciclo da vida, presença de doenças, catástrofes e tendências sociais e a categoria funcional representa o indivíduo, seu comportamento, estilos de comunicação, soluções de problemas, papéis e crença.³ Acreditamos que a família é uma unidade essencial nos cuidados com a saúde e que o adoecimento de um dos seus membros interfere no funcionamento da rede familiar. Diante deste exposto surge a necessidade de avaliar o funcionamento de famílias. **Objetivos:** Realizar avaliação e diagnósticos de famílias em USFs da Cidade do Recife-PE, aplicando o modelo Calgary de Avaliação Familiar e elaborar diagnósticos de Enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)⁵. **Metodologia:** Trata-se de um Estudo de Caso utilizado em diversas áreas da pesquisa, com problemas variados e proporciona maior conhecimento e envolvimento do pesquisador para a situação observada⁴, utilizando com abordagem qualitativa. A amostra composta por sete famílias, das USFs do Distrito Sanitário II e III do Recife que são áreas de atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e dos acadêmicos de Enfermagem da Universidade de Pernambuco. Como critérios de inclusão foram selecionados famílias classificadas de maior risco através da Escala de Coelho e Savassi e que relataram queixa referente à dinâmica familiar. Os dados foram coletados através do Modelo Calgary durante as visitas domiciliares e complementados em encontros subsequentes, após as famílias foram categorizadas em ordem numérica 1, 2, 3, 4 e 5. **Resultado:** Avaliação da Estrutura Familiar: Estrutura interna: observa-se que sete famílias conservam a estrutura nuclear, compostas pelo casal e filhos,

* Mestre em Planejamento e Gestão Organizacional/FCAP/UPE-Faculdade Autônoma de Madri; Docente em Administração da Assistência de Enfermagem/DEMC/FENSG/UPE
End.: R. Dr. João Coimbra, 335 apt. 503, Madalena-Recife-PE. Cep:50.610 310.
E-mail: dilmamenezes50@hotmail.com

**Enfermeira Residente da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UPE).

***Especialista em Saúde da Família; Enfermeira da Unidade de Saúde da Família Alto José do Pinho.



Trabalho 47

duas delas também por netos e uma mora sozinha. A família 4 desconhece a família extensa, com relação aos tios, sobrinhos, primos. Na estrutura externa as famílias interagem com diversos elementos do supra sistema familiar: amigos, parentes, vizinhos, igreja, USF, escola e associação de moradores. A família 2 mudou-se recentemente para a área de abrangência da unidade, somente relaciona-se com os vizinhos e USF, seus familiares moram em outra cidade, caracterizando um escasso relacionamento com os sistemas mais amplos, que pode contribuir para o sentimento de solidão relatada pela genitora. A família 4 apresenta relação enfraquecida com os supra sistemas. Em relação às subcategoria ambiente, as famílias 3, 6 e 7 não vivem em área de barreira e escadarias, todas possuem energia elétrica e apenas a família 1 não tem água encanada, está presente o risco ambiental nas famílias 1, 2, 4 e 5. O contexto social, todas relatam que os recursos financeiros são insuficientes para as necessidades, o desemprego está presente nas famílias 1, 4 e 5. Há membros analfabetos (famílias 1, 2, 5 e 7) e nas demais o maior grau de escolaridade é o Ensino Fundamental Incompleto. Avaliação do Desenvolvimento: Em todas as famílias as mulheres são detentoras do cuidado, dedicam a maior parte do tempo aos filhos e as atividades domésticas, no mínimo 8 horas por dia, relatam que falta tempo para o auto cuidado. O que as deixam felizes são os filhos e o que entristece a família 1 é lembrar que sua filha usou drogas durante a gestação, a família 3 e 4 relata que a dificuldade financeira e a situação de miséria que passaram durante a infância e juventude as entristecem, “nunca mais tive felicidade na vida”(família 4). O sentimento de desesperança em relação ao futuro pessoal e da família está fortemente presente na família 4. Avaliação Funcional: Em todas as famílias, a mulher inicia as conversas sobre os sentimentos e tenta evitar brigas entre os integrantes, o alcoolismo está presente nas famílias 1, 2, 3 e 4 maior causa de desentendimentos. A violência doméstica ocorreu nas famílias 1 e 3 na presença dos filhos no momento das agressões e com envolvimento de policiais, porém na família 3 o agressor foi detido, pagou fiança e retornou ao domicílio o que causa um sentimento de medo e angústia na esposa. **Conclusão:** Os diagnósticos de enfermagem encontrados foram: Entidade ambiental comprometido; Relacionamento comprometido; Comportamento agressivo; Comunicação comprometida; Socialização nível aumentado; Cuidar comprometido; Cuidar nível esperado; Vínculo comprometido; Vínculo nível esperado; Comportamento de busca da saúde comprometido; Comportamento de busca da saúde iniciado; Arrumar a casa nível diminuído; Arrumar a casa nível esperado; Auto cuidado comprometido; Uso de Drogas diminuído; Uso de tabaco aumentado; Uso de álcool aumentado; Família disfuncional; Atitude sobre o cuidado domiciliar comprometido; Crença religiosa aumentada; Crença religiosa diminuída; Desesperança; Serviço de tratamento de resíduo nível diminuído; Índice de Alfabetização nível diminuído; Nível de pobreza aumentada. **Considerações Finais:** O modelo Calgary permitiu avaliar as famílias, entender sobre a estrutura, desenvolvimento e o funcionamento, proporcionou uma visão mais ampliada e completa do contexto familiar, além de iniciar um vínculo entre família e profissional de saúde o que facilitou a identificação dos problemas. A SAE facilitou o processo de trabalho e a comunicação entre os enfermeiros, a formulação dos Diagnósticos de Enfermagem seguindo a CIPE, melhorou a segurança e a qualidade dos cuidados prestados e

* Mestre em Planejamento e Gestão Organizacional/FCAP/UPE-Faculdade Autônoma de Madri; Docente em Administração da Assistência de Enfermagem/DEMC/FENSG/UPE
End.: R. Dr. João Coimbra, 335 apt. 503, Madalena-Recife-PE. Cep:50.610 310.
E-mail: dilmamenezes@hotmail.com

**Enfermeira Residente da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UPE).

*** Especialista em Saúde da Família; Enfermeira da Unidade de Saúde da Família Alto José do Pinho.



Trabalho 47

coresponsabilizou os profissionais a cerca das decisões de suas práticas. Recomenda-se aos enfermeiros que tem papel fundamental no cuidado prestado as famílias, se apropriarem dos instrumentos que estão disponíveis para realizar uma adequada abordagem familiar, praticar a SAE e elaborar os diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE.

Descritores: Enfermagem Familiar; Visita Domiciliar; Atenção Primária à Saúde.

Eixo II - Assistência de Enfermagem

Referências:

- 1- França PF. Panorama de saúde da Família. In: A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede de Atenção Primária à Saúde. Secretaria Nacional de Política sobre drogas. Brasília; 2011. p. 11-12.
- 2- Silva L. O processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
- 3- Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo (SP): Roca; 2009.
- 4- Galdeano LE, Rossi LA, Zago MMF. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Rev Latino-am Enfermagem. 2003; 11(3): 371-5.
- 5- Conselho Internacional de Enfermeiras. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE Versão 1.0. São Paulo: 2007.

* Mestre em Planejamento e Gestão Organizacional/FCAP/UPE-Faculdade Autônoma de Madri; Docente em Administração da Assistência de Enfermagem/DEMC/FENSG/UPE
End.: R. Dr. João Coimbra, 335 apt. 503, Madalena-Recife-PE. Cep:50.610 310.
E-mail: dilmamenezes@hotmail.com

**Enfermeira Residente da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UPE).

*** Especialista em Saúde da Família; Enfermeira da Unidade de Saúde da Família Alto José do Pinho.



Trabalho 48

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CIPE DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS IDENTIFICADOS EM VISITAS DOMICILIARES

Menezes, Dilma Neto*

Araújo, Dulcilene**

Tavares, Adrienny Nunes da Silva***

Monteiro, Gicely Regina Sobral da Silva***

Souza, Regiane da Silva****

Introdução: A Visita Domiciliária (VD) se constitui em um conjunto de ações de saúde direcionadas ao atendimento tanto educativo quanto assistencial, além de ser uma atividade utilizada no intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou planejamento de ações visando à promoção da saúde da coletividade. ¹ Conhecer o domicílio e saber atuar neste espaço, são estratégias necessárias em prol de uma melhor assistência. O puerpério é uma ciclo de vida da mulher que geralmente prescinde de cuidados domiciliares por parte da enfermagem, garantindo assistência ao binômio mãe e recém-nascido. Caracteriza-se como fase ativa do ciclo gravídico-puerperal e inicia-se logo após a expulsão da maior parte do conteúdo do útero gravídico, estendendo-se a seis ou mais semanas. Tem grande importância para o retorno dos órgãos reprodutivos, bem como para a readaptação do organismo feminino, alterado pela gravidez e pelo parto. ² Diante do exposto, ressalta-se o cuidado de enfermagem, pois o puerpério ao se tratar de uma fase que gera insegurança, independentemente de ser ou não a primeira experiência como mãe é imprescindível que o enfermeiro tenha sensibilidade o bastante para observar quais são as reais necessidades desta mulher, principalmente em ambiente domiciliar, tendo por base a sistematização da assistência e a metodologia CIPE³ para a identificação de diagnósticos. **Objetivos:** Avaliar a condição de saúde da puérpera e recém-nascido durante visita puerperal aplicando um instrumento voltado à identificação de diagnósticos de Enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso definido como um estudo delimitado com a exploração de um sistema, obtido a partir de uma coleta de dados detalhada, envolvendo várias fontes de informação. ⁴ Estes dados são apropriados para serem aplicados na assistência direta de enfermagem, com a finalidade de realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade, com a possibilidade de elaborar estratégias para solucionar ou reverter os problemas encontrados. **Amostra:** Composta por 5 puérperas das Unidades de Saúde da Família Clube dos Delegados e Alto do Capitão do Distrito Sanitário II da cidade do Recife que são áreas de atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família(RMISF). **Coleta de dados:** As visitas puerperais foram realizadas no período de dezembro de 2012 a fevereiro

* Mestre em Planejamento e Gestão Organizacional/FCAP/UPE-Faculdade Autônoma de Madri; Docente em Administração da Assistência de Enfermagem/DEMC/FENSG/UPE
End.: R. Dr. João Coimbra, 335 apt. 503, Madalena-Recife-PE. Cep:50.610 310.
E-mail: dilmamenezes50@hotmail.com

**Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva e Educação Profissional; Docente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/UPE.

***Enfermeira Residente da Faculdade de Ciências Médicas(FCM/UPE).

**** Especialista em Saúde da Família; Enfermeira da Unidade de Saúde da Família Alto José do Pinho.



Trabalho 48

de 2013 com o nascimento de 3 (três) Recém-nascidos (RN's) do sexo masculino e 2 (dois) do sexo feminino. Essas visitas foram realizadas desde o 5º dia de nascimento ao 21º dia. **Instrumento de coleta de dados:** Foi aplicado o Instrumento de Visita Domiciliar ao Puerpério elaborado pela RMISF durante a visita puerperal realizada pela enfermagem. Constituiu-se de um formulário organizado de acordo com as necessidades sentidas ao realizar-se uma visita puerperal, contendo dados referentes ao recém-nascido sobre identificação, exame físico, testes e vacinas, e idade gestacional, tipo de parto, intercorrências, estado emocional, amamentação, entre outros dados da puérpera. **Resultados:** As puéperas participantes do estudo no momento do parto estavam entre 35 a 41 semanas gestacionais e submeteram-se a 1 (um) parto cesáreo e 4 (quatro) partos vaginais, sendo 1(um) utilizado o fórceps. Em nenhuma delas constatou-se sinais flogísticos na área de cicatrização. Não foi constatado acompanhamento de familiares durante o parto, mas todas indagaram sobre o apoio familiar nos cuidados com o RN. Sobre o aleitamento, todas referiram amamentar o RN, sendo que 3 (três) de forma exclusiva e 2 (dois) de forma mista. Observou-se durante o exame físico que 1 (uma) puérpera apresentava fissura mamilar. Sobre o estado emocional, identificou-se bem estar com o nascimento dos filhos, mas 1(uma) demonstrava tristeza por ter que deixar o trabalho para cuidar do filho e 2 (dois) relataram cansaço físico devido aos cuidados prestados ao RN. Sobre dificuldades no cuidado com o bebê 1(uma) afirmou que teve dificuldade no banho do RN, mas que sua tia a ajudou e outra afirmou que teve dificuldade na amamentação, pois segundo a mesma o bebê sugava e soltava o mamilo. Nessa última foi observado mamilo semi-plano. Em relação ao planejamento familiar todas demonstraram conhecimento e disseram que tem interesse de prevenir nova gestação. Sobre as atividades da vida diária, informaram que além dos cuidados aos seus filhos realizam trabalhos domésticos em sua casa. Os dados coletados referentes aos RN's, observou-se que 4 (quatro) possuíam registro de nascimento, 1 (um) realizou teste do olhinho, 2 (dois) realizaram teste do pezinho e nenhum fez teste da orelhinha. Todos foram imunizados na maternidade com vacinas BCG e Hepatite B e apresentaram reflexos positivos. No resumo de alta de cada RN, observou-se que o peso ao nascer variava de 2.825Kg a 3.890Kg, a estatura variava de 45cm a 51 cm e Apgar no 1º minuto entre 6 e 9 e no 2º minuto entre 9 e 10. Ao exame físico 1 (um) RN apresentava pele icterícia e nos demais não foi detectado nenhuma alteração. Sobre os cuidados gerais prestados pelas mães apenas 1 (um) RN não estava realizando higiene bucal e banho de sol diariamente. **Conclusão:** O estudo conseguiu constatar nas puéperas os seguintes diagnósticos de enfermagem: Tecido de cicatrização nível esperado; Apego mãe/filho nível esperado; Cuidar com potencial para aumento; Paternidade/Maternidade iniciada; Vínculo com potencial para aumento; Arrumar a casa nível esperado; Prevenção da gravidez nível esperado; Amamentação exclusiva comprometida; Amamentação exclusiva nível esperado; Fissura comprometida; Planejamento Familiar potencial para aumento; Fadiga nível aumentado; Tristeza nível relativo. Em relação aos RN's o diagnóstico identificado foi Índice de Imunização nível esperado. **Considerações finais:** Sabe-se que as mulheres constituem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde(SUS). Essas como usuárias do SUS têm o direito a

* Mestre em Planejamento e Gestão Organizacional/FCAP/UPE-Faculdade Autônoma de Madri; Docente em Administração da Assistência de Enfermagem/DEMC/FENSG/UPE
End.: R. Dr. João Coimbra, 335 apt. 503, Madalena-Recife-PE. Cep:50.610 310.
E-mail: dilmamenezes50@hotmail.com

**Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva e Educação Profissional; Docente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/UPE.

***Enfermeira Residente da Faculdade de Ciências Médicas(FCM/UPE).

**** Especialista em Saúde da Família; Enfermeira da Unidade de Saúde da Família Alto José do Pinho.



Trabalho 48

assistência a saúde em sua totalidade, independente da fase de vida em que se encontra. Diante disso, esse estudo poderá contribuir para a assistência à saúde necessária às mulheres que vivenciam o puerpério a partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem imprescindíveis à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) neste ciclo de vida, tendo na consulta de enfermagem a base para o fortalecimento do cuidado e da organização dos serviços de saúde, visando a melhoria da qualidade de atenção à saúde da população.⁵

Descritores: Enfermagem Primária; Visita Domiciliar; Saúde da Mulher

Eixo II: Assistência de Enfermagem

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev bras saude matern. infant. 2003; 3(1):113-25.
2. Cabral FB, Oliveira DLLC. Vulnerabilidades de puérperas na visão de equipes de saúde da família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(2):368-75.
3. Conselho Internacional de Enfermeiras. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE Versão 1.0. São Paulo: Algor; 2007.
4. Ludke M, André M. Pesquisa em educação - abordagens qualitativas. São Paulo (SP): EPU; 1986.
5. Pina JC, Mello DF, Lunardelo SR. Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; 59(3): 270-3.

* Mestre em Planejamento e Gestão Organizacional/FCAP/UPE-Faculdade Autônoma de Madri; Docente em Administração da Assistência de Enfermagem/DEMC/FENSG/UPE
End.: R. Dr. João Coimbra, 335 apt. 503, Madalena-Recife-PE. Cep:50.610 310.
E-mail: dilmamenezes50@hotmail.com

**Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva e Educação Profissional; Docente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/UPE.

***Enfermeira Residente da Faculdade de Ciências Médicas(FCM/UPE).

**** Especialista em Saúde da Família; Enfermeira da Unidade de Saúde da Família Alto José do Pinho.



Trabalho 49

RELEVÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA OPINIÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Thabata Vanessa Carneiro Aires¹

Nádile Juliane Costa de Castro²

Introdução: Políticas públicas de saúde (PPS) são ações governamentais realizadas pelo Estado com o intuito de promover a saúde individual e coletiva; por meio de planejamento de metas, programas de saúde, campanhas de conscientização e entre outros. Por outro lado, Sistematização da assistência de Enfermagem (SAE), é uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem. (1) Objetivos: Este trabalho descreve o conhecimento que o enfermeiro de Atenção Primária tem da SAE e da relevância que esta tem para a implementação das políticas públicas de saúde. Descrição metodológica: Foi realizado de forma qualitativa, exploratória sendo feita uma categorização dos dados obtidos posteriormente com enfermeiros que trabalhavam na Atenção Primária, no ano de 2012, em um município da região metropolitana de Belém. Pesquisa utilizada no Trabalho de Conclusão de Curso da discente. Resultados: A compreensão acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem foi observado em subcategorias como por exemplo: “Conjunto de procedimentos, de normas que venham, o enfermeiro no caso, sistematizar, e organizar o serviço e individualizar a atenção ao cliente.”, “É a questão do diagnóstico de enfermagem para planejar o cuidado de enfermagem.”, “Organizar o atendimento através de protocolos.”, “É um roteiro.” e “Não sei.”. Com isso, observa-se que alguns enfermeiros tem o discernimento do que é Sistematização da Assistência de Enfermagem, tendo em vista que ao serem questionados acerca do conceito da SAE, responderam de forma correta, mesmo que empiricamente, pois eles sabem na prática, o que é sistematizar na Enfermagem de modo normativo e não entendem que o verbo sistematizar está unido a outras duas expressões assistência e enfermagem, que juntos representam a ferramenta mais importante na aplicação do trabalho de enfermagem; além disso, não usam da forma preconizada pela literatura em seu cotidiano. Esta afirmação pode ser confirmada por meio de Leopardi (2) que é sustentado que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornado possível a operacionalização do trabalho do enfermeiro, assim deixando o processo de enfermagem mais científico; e por meio de outras respostas no decorrer na entrevista, presente na fala dos enfermeiros VI e VII que entendem que a SAE é a organização do trabalho de Enfermagem. Além desse aspecto organizacional, abordado na SAE pelos enfermeiros, foi observado que esta é entendida como o uso de diagnósticos de enfermagem, presente na fala da ENF-III e ENF-II, onde a última afirma que a SAE é: “a questão do diagnóstico de enfermagem para planejar o cuidado de enfermagem.” Não obstante, analisa-se que parte dos enfermeiros entrevistados, reconhecem somente uma etapa do processo de enfermagem: a segunda denominada de diagnóstico, onde por meio dessa é realizada posteriormente a prescrição de enfermagem. Entretanto, há profissionais que entendem o que é a SAE, tendo em vista que essa auxilia a consulta de enfermagem, na medida em que organiza e oferece suporte para a

1. Enfermeira. Pós-graduanda em Especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Atenção Básica na Universidade da Amazônia - UNAMA; thabata.vaessa@gmail.com
2. Enfermeira. Mestre em Doenças Tropicais. Docente da pós-graduação Lato&Sensu na Universidade da Amazônia - UNAMA.



Trabalho 49

aplicação com qualidade do trabalho de enfermagem, observado na fala do ENF-V, que afirma que a SAE: “É um roteiro que foi estabelecido para direcionar as nossas consultas de enfermagem.”. Essa falta de conhecimento pode ser verificada em uma pesquisa que ratifica que os depoimentos trazem alguns indicativos do despreparo das enfermeiras diante das exigências para adotar o pensamento crítico na organização dos processos de cuidar. Quando estimuladas a refletir sobre o assunto, destacam problemáticas relacionadas ao pensar e ao fazer, e ao processo de formação profissional que, muitas vezes, transmitem essas ações de forma dicotômica e não dialética.; além da falta de conhecimento. O entendimento da SAE nas PPS é analisado nas seguintes categorias citando os casos análogos: “Ver as necessidades que não foram supridas”, “Não tenho aplicabilidade no meu serviço”, “Complemento para ajudar as políticas públicas de saúde” e “Organizar”. Portanto, verifica-se que há enfermeiros que reconhecem a importância da SAE para as políticas públicas de saúde, visto que essa oferta mecanismos para a uma melhor avaliação do paciente e realizar a relevante promoção à saúde do cliente; que pode ser ratificado no depoimento do ENF-I, que afirma: “Ver as necessidades que não foram supridas e com isso buscar promover políticas que acabem com as doenças.”. Assim como, a SAE pode auxiliar as políticas públicas de saúde de modo organizacional, falado pela ENF-VIII, tendo em vista que a SAE organiza o trabalho do profissional de enfermagem, e posteriormente ficando mais fácil a busca por informações do paciente nos serviços de saúde à nível de atenção primária. Logo, observa-se que a grande maioria os enfermeiros não tem a visão da importância da implantação da SAE em seu serviço, negligenciando o uso dessa ferramenta tão importante em sua atuação; deixando de observar as necessidades humanas básicas afetadas do paciente e afirmar sua profissão como ciência perante a sociedade. Com isso, diminui a qualidade de seu serviço e desvaloriza a enfermagem. Conclusão: Esta investigação oportunizou analisar que os enfermeiros não conhecem muito bem o conceito de SAE como ferramenta da implantação do processo de enfermagem; e sim, tem o entendimento de modo empírico. Logo, não identificam de forma eficaz a relevância desta ferramenta para a prática de seu trabalho. O que afeta a afirmação de sua profissão como ciência, tendo em vista que não utilizam o instrumento mais importante de seu trabalho. Em contrapartida, reconhecem a relevância da SAE para implementação das PPS; tendo em vista que, com a implantação da SAE, a consulta de enfermagem terá uma melhor qualidade, afetando diretamente na excelência dos serviços de saúde primários como nos programas da Atenção Básica sendo relevante para a implementação das políticas públicas de saúde. Contribuições ou implicações para a Enfermagem: Para a Enfermagem, estes dados apontam que há a necessidade de se realizar educação permanente, no sentido de atualizar e informar sobre a SAE na Atenção Primária; tendo em vista que o enfermeiro ainda está realizando consultas de modo curativista, esquecendo-se dos cuidados de enfermagem e da importância que estes tem para a prevenção, promoção e proteção da saúde do paciente. Referências: (1) TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. (2) GARCIA, Telma Ribeiro; EGRY, Emiko Yoshikawa [et al.] **Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. Descritores: Atenção Primária; Políticas Públicas de Saúde; Sistematização da Assistência de Enfermagem. Eixo temático: Eixo 2 – Assistência de Enfermagem.

1. Enfermeira. Pós-graduanda em Especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Atenção Básica na Universidade da Amazônia - UNAMA; thabata.vaessa@gmail.com
2. Enfermeira. Mestre em Doenças Tropicais. Docente da pós-graduação Lato&Sensu na Universidade da Amazônia - UNAMA.



Trabalho 50

INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Andréa Cavalcante Macêdo¹

Lívia Moreira Barros²

Rosa Aparecida Nogueira Moreira³

Fábia Lidiana de Souza⁴

Joselany Áfio Caetano⁵

Introdução: O diagnóstico de Enfermagem “Intolerância à Atividade” se refere à energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou complementar as atividades diárias requeridas ou desejadas. É caracterizado por: alterações eletrocardiográficas refletindo isquemia, alterações eletrocardiográficas refletindo arritmias, desconforto aos esforços, dispneia aos esforços, relato verbal de fadiga, relato verbal de fraqueza, resposta anormal da frequência cardíaca à atividade, resposta anormal da pressão sanguínea à atividade. Os fatores relacionados são: desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio, estilo de vida sedentário, fraqueza generalizada, imobilidade e repouso no leito⁽¹⁾. Esse diagnóstico se refere à integridade física ou psicológica que o paciente apresenta. Energia é a capacidade de um sistema para realizar um trabalho. Para tanto há a necessidade de equilíbrio entre o consumo e a produção de energia que pode ser obtida através de nutrientes, água, repouso e motivação. A equipe de enfermagem tem o papel importante na manutenção da integridade humana como um todo, utilizando recursos de energia para restaurar o equilíbrio do organismo humano⁽²⁾. **Objetivo:** Identificar o diagnóstico de enfermagem intolerância à atividade em pacientes no pós-operatório imediato da cirurgia bariátrica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado durante o período de julho de 2010 a junho de 2011 em um hospital referência em cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Ceará. A população foi representada por todos os 62 pacientes que tinham diagnóstico médico de obesidade mórbida ou diagnóstico de obesidade e uma ou mais comorbidades associadas, de ambos os sexos, no pós-operatório de cirurgia bariátrica no HGCC no período delimitado pelo estudo, de junho de 2010 a junho de 2011. Destes, foram excluídos três pacientes, por não apresentarem condições clínicas para integrar a pesquisa, ficando uma amostra com 59 pacientes. Amostra do tipo não probabilístico, pois foram coletadas informações de todos os pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no período e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar cadastrado no serviço de cirurgia bariátrica da

1

2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC.

3 Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem.

4 Enfermeira Assistencial no Hospital Geral de Fortaleza. Especialista em Saúde Pública.

5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.



Trabalho 50

referida instituição; estar no período pós-operatório. O pós-operatório bariátrico corresponde até 30 dias após o procedimento. Considerou-se apenas o pós-operatório imediato (72h), quando os clientes ainda estão hospitalizados. Para as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos 13 diagnósticos de enfermagem da classe cardiovascular/pulmonar foi elaborado um protocolo de coleta de dados preenchido a partir da entrevista, exame físico e consulta ao prontuário. Os dados foram armazenados com aplicação da técnica de dupla digitação e processados em banco do aplicativo Microsoft Excel 7.0, sendo exportados para o *software* estatístico STATA versão 8.0, para tratamento e geração dos resultados. Os dados relativos às variáveis sociodemográficas e clínico-epidemiológicas dos pacientes foram tratados a partir de estatística descritiva, mediante uso de distribuições de frequências uni e bivariadas e medidas descritivas (médias e desvio padrão). Verificaram-se as diferenças entre as proporções com a aplicação do teste estatístico Qui-Quadrado e Exato de Fischer, e as diferenças entre as variáveis contínuas com o Teste de Mann-Whitney. As informações antropométricas dos obesos foram avaliadas conforme as preconizações da *American Society for Bariatric Surgery* e da Organização Mundial de Saúde. Adotou-se, em todas as análises, o nível de significância estatística de 5% ($p \leq 0,005$). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP 294/2009).

Resultados: O diagnóstico de Enfermagem Intolerância à Atividade esteve presente em 44 (74,6) pacientes. As características definidoras foram relato verbal de fadiga (57,6%), desconforto aos esforços (52,5%), resposta anormal da pressão sanguínea à atividade (37,3%), relato verbal de fraqueza (20,3%); e os fatores relacionados: repouso no leito (72,9%), estilo de vida sedentário (61%) e imobilidade (27,1%). Quanto às características definidoras proporcionalmente associadas ao diagnóstico Intolerância à Atividade, foram observados: relato verbal de fadiga (77,3%), desconforto aos esforços (70,4%), resposta anormal da pressão sanguínea à atividade (45,4%), relato verbal de fraqueza (27,3%). E os fatores relacionados: repouso no leito (93,2%), estilo de vida sedentário (79,4%), imobilidade (34,1%). Ao avaliar a magnitude das associações encontradas, constata-se que todas se mostraram positivamente associadas e estatisticamente significantes, e que a chance de ocorrência de relato verbal de fadiga entre os pacientes com o diagnóstico Intolerância à Atividade, quando comparados com aqueles sem Intolerância à Atividade, foi de 2,50 vezes (IC95%: 1,55 – 4,04), a chance de desconfortos aos esforços foi de 2,15 vezes (IC95%: 1,44 – 3,20), a chance de relato verbal de fraqueza foi 1,47 vezes (IC95%: 1,21 – 1,79), a chance de resposta anormal da pressão sanguínea a atividade foi de 1,40 vezes (IC95%: 1,07 – 1,84), a chance de repouso no leito foi de 5,08 vezes (IC95%: 1,83 – 14,13), a chance de estilo de vida sedentário foi de 2,48 vezes (IC95%: 1,49 – 4,15), a chance de imobilidade foi de 1,39 vezes (IC95%: 1,09 – 1,78). As intervenções de enfermagem sugeridas são: controle da dor através da avaliação da característica da dor, incluindo o local, início e duração, a frequência, a qualidade, a intensidade e os fatores precipitantes; observação dos indicadores não verbais de desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicar de forma efetiva; administração dos analgésicos prescritos ou medidas não farmacológicas para o alívio da dor; manutenção das vias aéreas pervias e monitoração da eficácia da terapia com oxigênio.

Conclusão: A assistência de enfermagem especializada em cirurgia bariátrica melhora os cuidados ao paciente obeso garantindo melhores resultados no período pós-operatório imediato. A Intolerância à Atividade impossibilita o paciente de realizar ações simples como a deambulação e sua própria higiene. Essa limitação apresentada nos participantes da pesquisa pode comprometer a recuperação pós-operatória e facilitar o surgimento de complicações. A deambulação precoce nesse período melhora a capacidade cardiovascular e respiratória.



Trabalho 50

Contribuição para Enfermagem: Para a realização dos cuidados de enfermagem ao paciente no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, é necessário identificar o perfil desses pacientes, para que haja uma preparação e conhecimento prévio dos aspectos a serem observados e cuidados a serem implementados de forma objetiva, segura e baseada em fundamentos científicos. Cabe ao enfermeiro orientar quando o paciente estiver liberado para deambulação, estimular mudanças de postura e a movimentação ativa. O enfermeiro precisa reconhecer e intervir nessas necessidades, e saber utilizar estratégias que estimulem a deambulação nesses pacientes. **Referências:** 1 - North American Nursing (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2009; 2 - Paiva GS. Diagnósticos de enfermagem em infartados submetidos à angioplastia coronariana com stent. 2007. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

Descritores: Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Cirurgia bariátrica.

Eixo Temático: 2- Assistência de Enfermagem



Trabalho 51

CONSULTA DE ENFERMAGEM BASEADA NO MODELO DE ATIVIDADE DE VIDA COM UM PACIENTE BARIÁTRICO

Andréa Cavalcante Macêdo¹

Lívia Moreira Barros²

Rosa Aparecida Nogueira Moreira³

Ludmila Alves do Nascimento⁴

Joselany Áfio Caetano⁵

Introdução: A consulta de Enfermagem é uma atividade do enfermeiro. Constitui uma tecnologia leve-dura que objetiva melhorar o autocuidado à medida que permite ao paciente desenvolver habilidades próprias para aumentar sua Qualidade de Vida (QV). É o método no qual o enfermeiro possui completa autonomia para desenvolver estratégias de cuidado, o que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoce, além da prevenção de doenças⁽¹⁾. O modelo de Roper-Logan-Tierney apresenta como principal objetivo aperfeiçoar o processo de enfermagem, pois visa à assistência ao paciente através de um plano de cuidados. Apresenta cinco componentes principais: as 12 atividades de vida (manutenção de ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestuário, controle da temperatura corporal, mobilidade, trabalho e lazer, expressão da sexualidade, sono e morte), os fatores que as influenciam, as etapas de vida, o grau de dependência /independência e a individualidade no viver⁽²⁾. A qualidade da assistência de enfermagem ao paciente bariátrico tem sido uma preocupação constante. É importante que o enfermeiro cuide dos pacientes bariátricos de uma forma holística, atentando para as suas reais necessidades e para os fatores que prejudicam a sua QV visando, assim, intervir nesses aspectos ainda no pré-operatório para que esses indivíduos possam obter uma melhora da QV não somente após a cirurgia bariátrica. O modelo das atividades de vida representa uma importante ferramenta para ser utilizada pelo profissional durante a consulta de enfermagem, pois, através dele, o enfermeiro pode identificar e avaliar o impacto das atividades de vida na QV do paciente. **Objetivo:** Aplicar o modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney durante uma consulta de enfermagem a um paciente bariátrico, identificando as atividades de vida com dependência e/ou independência e os possíveis diagnósticos de Enfermagem. **Metodologia:** Estudo qualitativo do tipo estudo de caso realizado no período de outubro a dezembro de 2012 em um hospital referência em cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Ceará. O sujeito do estudo foi

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista PIBIC

2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC.

3 Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem.

4 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC.

5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.



Trabalho 51

um paciente internado na referida instituição para a realização da cirurgia bariátrica. No momento da consulta de enfermagem, houve a coleta dos dados através de um instrumento que contemplava as informações referentes às atividades de vida propostas pelo Modelo de Atividade de Vida de Roper-Logan-Tierney. Foram coletadas informações sobre os dados sócio-demográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, procedência e ocupação), a caracterização da obesidade (peso, histórico familiar de obesidade, comorbidades, tratamentos anteriores), as atividades de vida com a identificação dos problemas reais e potenciais e sobre a QV do indivíduo obeso antes da realização da cirurgia. Para a avaliação da QV, utilizou-se o questionário de Qualidade de Vida de Moorehead-Oria II (QoL-II) do Protocolo Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS)⁽³⁾. O QoL-II contém seis domínios que avaliam subjetivamente a QV do paciente: auto-estima; atividade física; relações sociais; satisfação no trabalho; prazer relacionado à sexualidade e comportamento alimentar. Para a inferência dos diagnósticos, adotou-se a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁽⁴⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP 538/2011). Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, para a garantia do anonimato, foi atribuído o pseudônimo de José ao paciente. **Resultados:** Histórico de Enfermagem: José, 50 anos, cursou até a sétima série do ensino fundamental, casado, católico, residente em Fortaleza e aposentado. Apresenta histórico familiar de obesidade (pai e irmão). É hipertenso em uso de losartana. Relata que começou a engordar quando era criança e que tentou vários tratamentos para obesidade como dietas, prática de exercício físico, fármacos anti-obesidade e uso do balão intragástrico. Optou pelo tratamento da cirurgia bariátrica para resolver o problema do efeito-sanfona e melhorar sua qualidade de vida. Ao responder o questionário sobre QV, José classificou sua qualidade de vida de modo geral como boa, apresentando menores pontuações no domínio da auto-estima e da sexualidade. Nas atividades de vida: manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, eliminação, higiene pessoal/vestuário, controle da temperatura do corpo, trabalho/lazer, sono e morte não foram identificados problemas e graus de dependência, sendo estabelecidos diagnósticos de bem-estar ou de promoção da saúde. Como diagnósticos, temos: Disposição para comunicação aumentada evidenciado pela expressão da satisfação com a capacidade de compartilhar ideias e informações com terceiros; Disposição para eliminação urinária melhorada evidenciada pela ingestão de líquidos adequada com as necessidades diárias; Disposição para aumento do autocuidado evidenciada pelo relato do desejo em aumentar a independência na manutenção da saúde e pelo relato do desejo de aumentar o autocuidado; Disposição para processos familiares melhorados evidenciado por relacionamentos positivos e os laços entre os membros da família são mantidos; Disposição para sono melhorado evidenciada por relato de sentir-se descansado após dormir e Disposição para conhecimento melhorado evidenciada por expressão de interesse em aprender e demonstração de conhecimentos sobre o tópico (cirurgia bariátrica). As atividades que apresentaram problemas reais ou potenciais para o bem-estar de José foram alimentação, mobilidade, trabalho/lazer e expressão da sexualidade. Os diagnósticos de enfermagem identificados foram: Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais relacionado à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas evidenciado pelo estilo de vida sedentário e comer em resposta a estímulos externos; Mobilidade física prejudicada relacionada à dor evidenciada por amplitude limitada de movimento; Risco de intolerância à atividade relacionado à estado de não condicionamento físico; Padrões de sexualidade ineficazes relacionado à déficit de habilidade sobre respostas alternativas a transições relacionadas à estrutura corporal evidenciado por relato de dificuldades e limitações nas atividades sexuais. **Considerações Finais:** A operacionalização do processo de enfermagem através do modelo de atividade de vida de Roper-Logan-Tierney contribuiu para a identificação de diagnósticos de enfermagem durante a consulta ao paciente



Trabalho 51

bariátrico. Observou-se que o paciente apresentou diversos diagnósticos de bem-estar e de promoção da saúde, sendo importante que o enfermeiro estimule o paciente a continuar com os comportamentos saudáveis em busca de uma melhor qualidade de vida no período do pós-operatório da cirurgia bariátrica. Diante dos problemas potenciais ou reais que subsidiaram a formulação dos outros diagnósticos, o enfermeiro deve elaborar um plano de cuidados que vise implementar intervenções de enfermagem que proporcionem a independência nas atividades de vida alteradas. **Contribuição para Enfermagem:** O uso de modelos e teorias deve ser estimulado na prática assistencial do enfermeiro, pois contribui para uma assistência qualificada e eficaz em que é possível atender as necessidades do paciente a partir de uma abordagem holística, o que favorece o alcance da promoção da saúde do indivíduo com o desenvolvimento ou manutenção de um estilo de vida saudável e melhora da qualidade de vida. Além disso, permite que o enfermeiro contemple todas as etapas do processo de enfermagem a partir das informações coletadas e da identificação dos diagnósticos de enfermagem, construindo, assim, um plano de cuidados de acordo com estado de saúde do paciente. **Referências:** 1 - Oliveira SKP, Queiroz APO, Matos DPM, Moura AF, Lima FET. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2012;65(1):155-61; 2 - Roper N, Logan W, Tierney AJ. O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney. 1ed. Climepsi, 2001; 3 - Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). Obes Surg. 1998;8(5):487-99; 4 - Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Descritores: Enfermagem. Atividades de vida. Cirurgia bariátrica

Eixo 2: Assistência de Enfermagem



Trabalho 52

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS NUTRIZES USUÁRIAS DO BANCO DE LEITE HUMANO DE BLUMENAU

JORGE, S. J.; MARQUÊS, V. P.

A amamentação é um ato inerente à mulher que promove a saúde de outro ser, amamentar é, antes de tudo, dar vida, no sentido mais amplo e profundo da palavra? (LOPES, 2008,

p. 7). O aleitamento materno é um laço de amor entre mãe e filho, onde um necessita do outro, tanto física quanto emocionalmente. A mãe que amamenta tem satisfação em alimentar seu filho, pois o ato de amamentar promove relaxamento e prazer em saciar o bebê (PRYOR, 1981). Os bancos de leite humano (BLH) ao longo dos tempos vêm desenvolvendo um trabalho, na promoção do aleitamento materno. Neste contexto que envolve o binômio mãe-filho, amamentação e enfermagem, surge a necessidade de organizar a assistência de enfermagem através da sistematização do cuidado. Refletindo a partir dos conceitos mencionados, a ampliação dos conhecimentos da enfermagem nesta área, ou seja, na amamentação, é de fundamental importância para a saúde da população bem como

uma forma de contribuir para este ato formidável que é a amamentação. Como forma de ampliar os conhecimentos acerca do tema amamentação, este estudo propõe: como sistematizar o cuidado de enfermagem nas nutrizes usuárias do Banco de Leite Humano?

Objetivo geral: desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem às nutrizes usuárias do Banco de Leite Humano.

Objetivos específicos: caracterizar as participantes do estudo; criar um instrumento para coleta de dados; classificar os diagnósticos de enfermagem; elaborar intervenções de enfermagem; construir um padrão mínimo de assistência.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória do tipo estudo de caso, direcionada às nutrizes usuárias do Banco de Leite Humano (BLH). A coleta de dados ocorreu durante os atendimentos no BLH no mês de fevereiro de 2010, através de um instrumento, o qual contempla os seguintes elementos: histórico de enfermagem, exame físico, sendo este uma adaptação do formulário de observação de mamada modelo da UNICEF. Para delimitação do número de entrevistas utilizou-se o critério de exaustão ou saturação, segundo o qual o pesquisador efetua entrevistas em número suficiente para permitir certa reincidência das informações, garantindo um máximo de diversificação e abrangência para a reconstituição do objeto no conjunto do material, verificando assim a formação de um todo (MINAYO, 1999). A amostra constituiu-se de 7 usuárias, maiores de idade, que se encontravam no período puerperal apresentando dificuldades e problemas com a amamentação, e que aceitaram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pautado nos aspectos éticos descritos e fundamentados na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPH) da FURB sob o parecer substanciado nº172/09 em 15 de outubro de 2009. Os dados foram analisados conforme a frequência com que se repetiram os diagnósticos de enfermagem, sendo estes elaborados a partir do levantamento das reações humanas

Enfª Especialista em Terapia Intensiva, atuante no Hospital Santa Isabel de Blumenau (SC), RT na Policlínica de Referências no Município de Timbó (SC) e aluna especial do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Regional de Blumenau - FURB. Email: januariojorge@bol.com.br

Enfª Coordenadora do CAPS do Município de Pomerode (SC). Email: vivimarques21@yahoo.com.br

Enfª Me., Especialista em Terapia Intensiva, Profª do curso de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau - FURB. Email: cliliammarques@gmail.com



Trabalho 52

apresentadas pelas nutrizes e fundamentados em bases científicas. Após selecionamos os diagnósticos que apareceram em maior frequência, construímos os resultados esperados e as intervenções de enfermagem. Estes constituíram o padrão mínimo de assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho no BLH.

Resultados

As participantes constituíram-se de mulheres, a maioria na faixa etária de 20 a 30 anos de idade (80%). Quanto ao estado civil cinco são casadas (71,4%) e duas vivem em união estável (28,5%). No critério escolaridade esta era formada por: duas com nível fundamental completo (28,5%), uma com nível fundamental incompleto (14,2%), uma com nível médio incompleto (14,2%), uma com nível superior completo (14,2%) e duas com nível superior incompleto (28,5%). Quanto ao número e tipos de partos: quatro eram múltiparas (57,1%) e três primíparas (42,8%), cinco fizeram parto vaginal (71,4%) e duas parto cesárea (28,5%). O tempo de vida dos bebês na ocasião da consulta era de 3 a 30 dias de vida. Dos diagnósticos que mais se repetiram: 1º conhecimento deficiente sobre amamentação caracterizado por verbalização do problema relacionado à falta de familiaridade com os recursos de informação; 2º integridade da pele prejudicada caracterizado por rompimento da superfície da pele relacionado a fatores mecânicos; 3º dor aguda caracterizada por relato verbal de dor relacionada a agentes lesivos; 4º risco de desequilíbrio na temperatura corporal relacionado a doença que afeta a regulação da temperatura; 5º fadiga caracterizada por cansaço relacionado a privação do sono. Cada diagnóstico foi analisado, juntamente com cada fator relacionado que foi caracterizado conforme o diagnóstico. Após a análise inicial, vimos que existia um diagnóstico principal, onde todos os demais diagnósticos se encaixavam, o diagnóstico amamentação ineficaz, que foi identificado em 100% das participantes, no entanto, em relação aos fatores caracterizadores e relacionados, houve divergências para cada nutriz, conforme o problema que estas apresentavam. Entendemos que somente a resolatividade dos diagnósticos prioritários é que dariam conta de resolver os diagnósticos de amamentação ineficaz. Diante deste fato, definimos o diagnóstico amamentação ineficaz como sendo aquele que permeia todos os outros, mas com seu enunciado e fatores caracterizadores e relacionados, não seria resolutivo no caso das nutrizes, pois não clarifica as ações a serem tomadas. Diante desta situação, a mulher necessita não somente de auxílio técnico mas também de apoio para o aleitamento materno. Para Abrão e Coca (2008), para que esse apoio ocorra de forma efetiva faz-se necessário que a amamentação seja compreendida pelo enfermeiro e equipe de saúde, não somente pelos aspectos fisiológicos mas também como uma prática que envolve conhecimento técnico científico e competência para atender as necessidades de cuidado do binômio mãe-filho.

Ao término da pesquisa conclui-se que o trabalho realizado no BLH não se limita somente à doação, coleta e distribuição de leite materno, mas em familiarizar as nutrizes quanto às vantagens, técnicas e intercorrências da amamentação, apoiando-as e incentivando-as nos momentos difíceis que decorrem do ato de amamentar. Compreendeu-se ainda a importância do aleitamento materno e sobre a aplicabilidade da SAE no BLH.

Palavras-chave: Processos de enfermagem. Nutrizes. Bancos de Leite.

Referências

ABRÃO, A. C. F. V.; COCA, K. P. Atribuições da enfermeira. In: ISSLER, H. et al. O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 347-354.



Trabalho 52

LOPES, P. R. A. As vantagens da amamentação: por que amamentar? In: REGO, J. D. (Ed.). Aleitamento materno: um guia para pais e familiares. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 7-25.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999. 269 p. PRYOR, K. W. A arte de amamentar. 3. ed. São Paulo: Summus, 1981. 250 p.

Enfª Especialista em Terapia Intensiva, atuante no Hospital Santa Isabel de Blumenau (SC), RT na Policlínica de Referências no Município de Timbó (SC) e aluna especial do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Regional de Blumenau - FURB. Email: januariojorge@bol.com.br
Enfª Coordenadora do CAPS do Município de Pomerode (SC). Email: vivimarques21@yahoo.com.br
Enfª Me. , Especialista em Terapia Intensiva, Profª do curso de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau - FURB. Email: cliliammarques@gmail.com



Trabalho 53

DESCRIÇÃO DE TERMOS DA LINGUAGEM DE ENFERMAGEM UTILIZADA NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE TRANSPLANTE RENAL

Fernandes, Daniel dos Santos Fernandes¹

Leite, Cristina Tabare

Martins, Meire Chucre Tanure

Moreira, Andréa Fernandes Couto

Versiani, MarcellaQueiroz

¹Mestrando em Medicina e Biomedicina pela Grupo Santa Casa de Belo Horizonte. Enfermeiro Supervisor do Pronto Socorro do Hospital Mater Dei e do CTI do Grupo Santa Casa – BH.

RESUMO –

As crescentes demandas assistenciais do mundo contemporâneo decorrentes, dentre outros motivos, da elevação da complexidade do processo saúde-doença nos indivíduos e da persistência da reprodução do modelo biomédico nos serviços de saúde geram a necessidade de se reorganizar a prática assistencial de Enfermagem. Para tanto, sugere-se a sistematização da assistência oferecida aos pacientes associada à utilização dos sistemas de classificação. Embora se desconheça um sistema de classificação específico para os indivíduos em pós-operatório imediato de transplante renal sabe-se que é uma orientação do Conselho Internacional de Enfermagem a elaboração de catálogos que reúnam termos utilizados pelos profissionais em áreas específicas da profissão^(1,2). O objetivo geral deste estudo foi construir um banco de termos da linguagem especial de Enfermagem utilizados para registro da assistência a pacientes no período pós-operatório imediato de transplante renal no ambiente da terapia intensiva. Afinal, uma vez que os indivíduos recém-transplantados apresentam especificidades de cuidados, o uso de uma linguagem padronizada auxiliaria os enfermeiros a



Trabalho 53

atuarem frente às demandas manifestadas por esses pacientes e/ou seus familiares ⁽³⁾. Os objetivos específicos foram: identificar os termos empregados pela equipe de Enfermagem em prontuários desses pacientes; mapear os termos identificados nos prontuários com os constantes na CIPE® Versão 2.0 e classificar aqueles identificados como não constantes na CIPE® Versão 2.0 nos sete eixos dessa terminologia. Trata-se de um estudo descritivo realizado através da consulta de prontuários de 47 pacientes no período pós-operatório imediato de Tx renal em um hospital escola de Belo Horizonte. Assim, o estudo foi metodologicamente fundamentado em um trabalho Terminológico, que permitiu a extração de 15.143 termos, que após passarem pelo processo de normalização foram reduzidos a 592. Destes termos, 273 constavam na CIPE® Versão 2.0 e 319 termos não. Foram eliminadas 68 são características específica dos termos não constantes, ou seja, designavam sinais ou sintomas que identificam termos já constantes na classificação. Enfim, os 251 termos restantes foram classificados nos sete eixos da CIPE® Versão 2.0, assim, foram alocados 91 termos no eixo Meio, 52 no eixo Ação, 27 no eixo Julgamento, 25 no eixo Localização, 25 no eixo Foco, 10 no eixo Tempo e 6 no eixo Cliente. A identificação de um número expressivo de termos não constantes na CIPE® indica que a Enfermagem local possui uma linguagem específica para documentar suas atividades e que já utiliza uma forma padronizada para registro dos dados, o motivo de um número considerável de repetições. Constata-se também uma fragilidade do processo de trabalho, que enfoca o modelo assistencial biomédico em detrimento das características biopsicossociais e culturais dos pacientes. A concretização deste trabalho poderá favorecer a elaboração de uma nomenclatura específica para essa clientela.

E-mail do autor: dsantfer@gmail.com



Trabalho 53

REFERÊNCIAS

- 1.Chianca TCM. A pesquisa em enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática. In: Tannure MC, Gonçalves AMP. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 317p.
- 2.Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0. Genebra: [s.n], 2011. 172p.
- 3.Tannure MC, Chianca TCM, Garcia TR. Construção de um banco de termos da linguagem especial de enfermagem. Rev. eletrônica enferm. 2009, 11(4): 1026-30.



Trabalho 54

ASSOCIAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS À MNEMÔNICA *FAST HUGS* EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Vanessa Siqueira Rodrigues

Prof.^a Dra Maria Angela Reppetto

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor especializado na assistência de pacientes gravemente enfermos com riscos imediatos e mediatos de morte ⁽¹⁾. O cuidado de enfermagem em UTI, baseado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é imprescindível devido à gravidade dos pacientes, pois maior o número de necessidades afetadas, maior a necessidade do planejamento da assistência do modo sistematizado e coerente com as condições do paciente ⁽²⁾. Deste modo a SAE visa organização, eficiência e validade da assistência prestada. O *FAST HUGS* é um instrumento de avaliação composto por sete itens: **F** (Feeding): alimentação; **A** (Analgesia): analgesia; **S** (Sedation): sedação; **T** (Thromboembolic prophylaxis): profilaxia de tromboembolismo; **H** (Head-of-bed elevation): cabeceira elevada; **U** (stress Ulcer prevention): prevenção de úlcera de estresse; **G** (Glucose control): controle da glicose ⁽³⁾. Ao *check list FAST HUGS* deve-se acrescentar como oitavo item o **S** (for skin) significando: acompanhamento e avaliação da integridade da pele visando prevenção de úlcera por pressão pela enfermeira. Em um estudo, após a utilização do *check list FAST HUGS*, observou-se uma assistência contínua e reforçada da equipe multidisciplinar proporcionando melhora atendimento aos pacientes na UTI ⁽⁴⁾. A Sistematização da Assistência de Enfermagem interligada à mnemônica *FAST HUGS* é uma estratégia que pode ser utilizada no planejamento e avaliação da assistência de pacientes em UTI para promover uma assistência com qualidade, voltada aos cuidados de enfermagem de forma holística. Objetivo: Identificar os cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes críticos adultos relacionadas com o *check list FAST HUGS*. Descrição metodológica: Pesquisa retrospectiva, documental e descritiva com abordagem quantitativa, realizada na UTI Adulto de um hospital privado, de grande porte na Cidade de São Paulo. A coleta de dados foi feita pelas autoras após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP da instituição (Parecer nº 182998/2012). A amostra foi constituída por 46 prontuários eletrônicos de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, no período de janeiro à março de 2012. Os critérios de inclusão foram: prontuários de pacientes que continham Sistematização da Assistência de Enfermagem com cuidados de enfermagem prescritos; prontuários de pacientes que foram entubados, e em uso de sedação. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário com questões relativas à caracterização dos pacientes: idade, sexo, data e motivo de internação, antecedentes patológicos; e com um *check list* elaborado à partir de embasamento científico dos cuidados de enfermagem prescritos relacionados ao *FAST HUGS*, expresso em 8 itens. Os dados foram coletados do prontuário eletrônico dos pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva, os cuidados de enfermagem prescritos, nos prontuários, foram relacionadas ao *check list FAST HUGS* das primeiras 24 horas da internação na Unidade de Terapia Intensiva. Resultados: Quanto à caracterização, os motivos de internação na UTI dos pacientes que necessitaram de suporte de ventilação mecânica e sedação contínua nas vinte e quatro horas de internação foram a Insuficiência Respiratória Aguda e Pós Operatório imediato de cirurgias gástricas, ortopédicas e torácicas; a idade média foi de 63 anos; em relação ao sexo 72% eram do sexo masculino, e o tempo médio de internação desses pacientes na UTI, foi de 7,5 dias. Verificamos que nos prontuários não existiam cuidados de enfermagem prescritos que englobassem todos os itens do *FAST HUGS*. Os cuidados de enfermagem prescritos mais frequentes foram os relacionados à prevenção de trombose venosa profunda 43-17,06%; cabeceira elevada 43-17,06% e prevenção de úlcera por pressão 43-17,06%. os cuidados de enfermagem prescritos relacionados à prevenção de úlcera por estresse foram 10-3,96%, e à analgesia 6-2,38%. Conclusões e contribuições para a



Trabalho 54

enfermagem: Esta pesquisa contribuiu para fornecer subsídios à equipe de enfermagem na elaboração de estratégias que promovam a participação efetiva da equipe de enfermagem, o que propiciará qualidade da assistência e segurança do paciente.

Referencias: 1- Pinho LB, Santos SM, Kantorski LP. Análise do processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto Enfer* 2007; 16(4): 703-11.

2- Martins MF. Sistematização da Assistência de Enfermagem: estratégia que fortalece a humanização em unidades de terapia intensiva. *Rev Intensiva* 2011; 4(30):24-28.

3- Thomé J, Barbosa MEP. A relevância do cuidado humanizado interligado à mnemônica *FASTHUG* na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Intensiva* 2012; 6(36): 16-23.

4-Papadimos TJ, Hensley SJ, Duggan JM, Khuder AS, Borst MJ, Fath JJ, Oakes LR, Buchman D . Implementation of the "FASTHUG" concept decreases the incidence of ventilator-associated pneumonia in a surgical intensive care unit. *Patient Safety in Surgery* 2008; 2(3): 1-6.

Descritores: Unidades de terapia intensiva, Cuidados críticos, Planejamento de assistência ao paciente.

Eixo 2: Assistência de Enfermagem

1-Enfermeira- Hospital Alemão Oswaldo Cruz-SP.Especialista em Enfermagem na Assistência ao Adulto em Unidade de Terapia Intensiva-Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo-FCMSCSP.

2-Enfermeira. Doutor em Ciências. Professor Adjunto- FCMSCSP.

Email: maria.repetto@fcsantacasasp.edu.br



Trabalho 55

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DA TEORIA À PRÁTICA

Luana Vanessa Ferreira de Azevedo Costa¹; Adriana Santana de Vasconcelos²; Bruna Mariane Vasconcelos Ferreira¹; Evelyne Cristine de Rezende Rodrigues¹; Priscila Monteiro Tavares de Lavôr¹.

INTRODUÇÃO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui a metodologia de trabalho da enfermagem e, as etapas deste processo são desenvolvidas em uma dinâmica de ações articuladas entre si que visam garantir a melhoria da assistência prestada pelo profissional, para que assim, seja garantido um cuidado adequado de forma humanizada de acordo com a necessidade de cada indivíduo. No entanto, apesar de haver respaldo legal para a prática de enfermagem ser realizada de forma sistematizada nas instituições públicas e privadas de saúde brasileira e embora os profissionais constatarem que, a não utilização da SAE influencia na qualidade da assistência prestada o que se evidencia na atuação da maioria dos enfermeiros é a não utilização do processo na prática profissional, por demonstrar que há lacunas entre a teoria e a prática, fato este que reflete negativamente no momento da assistência¹. Assim, ressalta-se a importância do processo de enfermagem nos serviços de saúde afim de, organizar o planejamento da prática assistencial, através do desenvolvimento técnico-científico, visto que, incorporar a SAE é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidar de enfermagem humanizado, contínuo, mais justo e com qualidade para o cliente. **OBJETIVOS:** Investigar na literatura a aplicabilidade do processo de enfermagem. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de um estudo com abordagem fundamentada em revisão sistemática realizada na Biblioteca Virtual em Saúde. Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos disponíveis nos anos de 2003 a 2013, em língua portuguesa e inglesa, e textos completos. A partir do cruzamento dos descritores: Assistência de Enfermagem, Cuidado e Processos de Enfermagem, foram selecionados os estudos que respondiam aos critérios de inclusão da pesquisa. Tendo como critérios de exclusão artigos que na leitura do resumo não apresentaram relação com o tema em questão e aqueles de caráter comercial. Desse modo, encontrou-se 313 artigos e após a leitura dos resumos, apenas 26 artigos apresentaram relação com o tema. **RESULTADOS:** O Enfermeiro é reconhecido pelos demais profissionais da saúde como um profissional articulador e integrador dos diferentes saberes, principalmente, por ser presença constante junto ao cliente². Com a finalidade de organizar o gerenciamento do cuidado, garantir a segurança e qualidade da assistência atrelando os conhecimentos técnicos-científicos com tomadas de decisões críticas e não meramente advindas de uma série de tentativas e erros que não proporcionam uma assistência de qualidade, foi estabelecido etapas que pudessem identificar o problema do cliente e através de um planejamento dar respostas ao que se pretende alcançar e ainda, propor intervenções que sejam resolutivas às necessidades do cliente e após avaliar o método empregado, este raciocínio corresponde as seguintes etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Evolução de Enfermagem¹. Embora, os estudos ressaltarem o reconhecimento do profissional sobre a teoria do processo de enfermagem como método que facilita a assistência planejada, a enfermagem precisa ter uma nova perspectiva frente a esta metodologia assistencial, devido a grande maioria dos profissionais não aplicarem o processo na prática profissional por não ter conhecimentos científicos de como desenvolver as etapas do processo, o que faz prestar uma

1 Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade ASCES. E-mail: luana.acosta@hotmail.com

2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Promoção da Saúde. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade ASCES.



Trabalho 55

assistência não sistematizada³. Já outro estudo demonstra que os enfermeiros vivenciam dificuldades na aplicabilidade da SAE devido à escassez de recursos humanos; à falta de definição de um modelo assistencial que substitua o modelo biomédico; à própria desqualificação da categoria, no que se refere ao tema; à sobrecarga de trabalho; ao descumprimento da programação elaborada pela equipe em detrimento da agenda da instituição e de outros órgãos, que de forma emergencial, solicitam a realização de outras atividades que não as programadas⁴. Em decorrência destas dificuldades pode evidenciar comprometimento da qualidade da assistência, desorganização do serviço, conflitos de papeis, desorganização do profissional enfermeiro, desgaste de recursos humanos e perda de tempo. Outro estudo mostra que o conhecimento e aplicação da SAE se permeiam desde a formação acadêmica, pois foi evidenciado que dos 27 enfermeiros entrevistados, 63% afirmaram ter estudado a teoria do processo de enfermagem e não ter aplicado ou aplicado superficialmente na prática, enquanto que 18,5% referiram não ter estudado ou não lembrarem que o assunto foi discutido na formação acadêmica⁵. Desse modo, cabe à instituição formadora exercer seu compromisso frente ao preparo dos profissionais de enfermagem para garantir a formação científica e contribuir para que se alcance os desempenhos inerentes à realização do processo pelos enfermeiros, para tanto faz-se necessário que haja capacitação do corpo docente para dinamizar o processo de ensino-aprendizagem e assim, tornar aplicabilidade da SAE mais efetiva na prática profissional. **CONCLUSÃO:** Evidenciou-se a necessidade que existe de atrelar a SAE à equipe de enfermagem e ao paciente no processo do cuidar, frente à excelência e singularidade dos cuidados de enfermagem. Desse modo, não se pode pensar em SAE eficiente, sem que todas as fases sejam realizadas, pois são interdependentes e o profissional enfermeiro ao estar ciente de todo esse arcabouço, terá subsídios para desenvolver uma linha de cuidado que vise atender as necessidades do cliente, visto que a SAE proporciona a autonomia do profissional e qualidade no momento da assistência que se torna embasada nos princípios técnico-científicos que competem ao profissional realizar. Assim, torna-se imprescindível o conhecimento da SAE e o aprimoramento da prática profissional do enfermeiro, para que a assistência torne-se mais qualificada e assim reduzir os problemas evidenciados devido a não utilização deste processo. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A SAE, enquanto processo organizacional é capaz de oferecer por meio de uma dinâmica de ações interrelacionadas uma assistência com qualidade preconizando a forma de cuidado humanizado. Desse modo, a partir do momento que o enfermeiro atrelar a SAE com sua prática, a assistência de enfermagem terá nova visibilidade, pois será garantida a responsabilidade junto ao paciente que está recebendo a assistência, uma vez que o processo possibilita diagnosticar as necessidades do cliente, realizar a prescrição adequada dos cuidados e contribuir para tomada de decisões em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem, promovendo a autonomia da profissão e, sobretudo, contribuindo para melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

DESCRITORES: Assistência de Enfermagem; Cuidado; Processos de Enfermagem.
EIXO II – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

REFERÊNCIAS:

1 Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade ASCES. E-mail: luana.acosta@hotmail.com

2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Promoção da Saúde. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade ASCES.



Trabalho 55

1. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011; 45(6):1380-6.
2. Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev. Esc. Enferm. USP. 2008; 42(4):643-8.
3. Mendes MA, Bastos MAR. Processo de enfermagem: sequências no cuidar, fazem a diferença. Rev. bras. enferm. 2003 maio/jun; 56(3).
4. Silva MEDC, Pimentel SMLR, Silva LDC, Rocha SS, Lima LP, Lima DP. A sistematização da assistência de enfermagem na ótica de enfermeiros da estratégia saúde da família. Rev. Interdisciplinar NOVAFAPI. 2010 Jul-Set; 3(3):11-16.
5. Andrade JS, 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 Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade ASCES. E-mail: luana.acosta@hotmail.com

2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Promoção da Saúde. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade ASCES.



Trabalho 56

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR CIRÚRGICA

Priscila Mattos dos Santos¹
Ana Cristina da Paixão Silva²
Deborah Marinho da Silva³
Rosimere Ferreira Santana⁴

RESUMO: O diagnóstico de Conhecimento Deficiente, definido por ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico, encontrado no NANDA¹ faz parte do domínio de Percepção, e da classe de Cognição, que despertou o interesse do trabalho em questão por ser relacionado a fatores muito comuns encontrados no campo de estágio, como a falta de capacidade de recordar, falta de exposição, falta de familiaridade com os recursos de informação, falta de interesse em aprender, interpretação errônea de informações e limitação cognitiva. Sendo assim, houve uma necessidade maior de realizar o plano de alta de forma mais adequada para um melhor entendimento dos pacientes. **OBJETIVOS:** Analisar o Diagnóstico de Enfermagem de Conhecimento Deficiente e suas implicações no planejamento da alta hospitalar cirúrgica. **TEORIA DE ENFERMAGEM:** A teoria de Orem (1945), diz que o indivíduo deve ser capaz de promover o auto cuidado, fundamentando assim a evidencia do diagnóstico utilizado nesse estudo. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de caso realizado durante o ensino teórico-prático da disciplina de Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso I, com o intuito de Praticar/implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), visando um atendimento de excelência e de menos intercorrências para os seus usuários, no caso uma paciente idosa de 85anos, independente, do sexo feminino, internada na Clínica Cirúrgica Feminina (CCF) no 7º andar do (HUAP) no período de Janeiro a Fevereiro de 2013, para tal utilizou-se do formulário de entrevista um questionário semi estrutura baseado em Carpenito² e levantamento documental do prontuário. Para análise utilizou-se o processo de raciocínio clínico proposto por Risner³, o qual favoreceu o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação NANDA¹. **RESULTADOS:** Durante o tempo em que passamos pelo campo de estágio, observou-se que as pacientes mastectomizadas recebiam alta hospitalar em pós-operatório mediato, com muitas dúvidas sobre os cuidados que deveriam realizar no pós-operatório, destaca-se ainda que o tempo que as equipes de saúde permaneciam com as pacientes não eram suficientes para que obtivessem compreensão das informações passadas para o auto-cuidado tais como: cuidado com curativo da ferida operatória, cuidados com o dreno, deambulação precoce, alimentação adequada, hidratação, proteção contra infecção e exercícios de inspiração profunda. Associado a isto, durante a

¹ Relatora do 6º período do Curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF). Acadêmica bolsista da UTI-pediátrica do Hospital Estadual Alberto Torres e Monitora de Farmacologia Básica e Aplicada para enfermagem da UFF. E-mail: priscilamattos.s@hotmail.com

² Acadêmica do Curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF). Bolsista extensão do Projeto Retrato Falado: Enfermagem e Sociedade Em Foco da EEAAC/UFF.

³ Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Bolsista de Iniciação Científica, FAPERJ. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: deborahmarinho13@gmail.com

⁴ Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Líder do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem (GESAE_UFF). Niterói (RJ), Brasil. E-mail: rosifesa@enf.uff.br



Trabalho 56

realização das atividades no campo de estágio observou-se déficit de conhecimento e complexidade do regime terapêutico, caracterizado pela expressão de dificuldade com o regime prescrito. Para tanto o diagnóstico sugerido foi: Conhecimento Deficiente. Observou-se também que as informações repassadas davam-se com uma linguagem técnica, dificultando a compreensão, além de serem feitas de maneira rápida e superficial, e ao final da internação, de tal modo que a paciente continuava com dúvidas, de tal maneira que quando pedíamos para nos explicar e realizar o procedimento que haviam aprendido, as respostas eram incompatíveis com a realização correta dos cuidados. Tendo em vista que esses momentos são de extrema importância para a educação do paciente que viverá/enfrentará uma “nova” realidade a ser adaptada em tão pouco tempo, determinou-se como Resultado de enfermagem, baseado na NOC⁴ a ser atendido: Descrição dos procedimentos de tratamento. Buscou-se intervir de forma individualizada e direcionada a pessoa idosa, foco da atenção, dado a dificuldade em realizar o autocuidado, lentidão no processamento da informação e na destreza manual. Solicitou-se então, a presença de um acompanhante para orientá-la juntamente com a paciente a incluindo na execução do plano de alta. Para tanto selecionou-se as intervenções, segundo a NIC⁵: Adaptar instrução ao nível de conhecimento e compreensão do paciente; identificar claramente os objetivos de aprendizagem e em termos mensuráveis; organizar as informações em uma sequência lógica; oferecer informações compatíveis com a situação do paciente, evitar o estabelecimento de limites de tempo; manter sessões curtas de ensino quando adequado e simplificar as instruções. Ressalta-se o benefício da utilização de um método sistemático, da linguagem simples, fundamentada no estabelecimento da relação enfermeiro-paciente-família, possibilitou “construir juntos” centralizado no paciente, ajudando-o a ganhar independência. Além da demonstração do procedimento prático, e suas etapas, passou-se por escrito as informações dadas. E para verificação do aprendizado, solicitou-se a reprodução das etapas elucidadas e, posterior execução. A partir disto, pode-se analisar o alcance de entendimento do paciente e do acompanhante/familiar, visando um melhor cuidado pós-cirúrgico dessas pacientes a partir de sua alta hospitalar e, principalmente evitando complicações potenciais que possa ocorrer durante este período. **CONCLUSÃO:** Na prática educativa em saúde e na formação de futuros enfermeiros devem-se adotar estratégias que favoreçam a educação em saúde de maneira que o usuário do serviço de saúde e sua família estejam sob um laço de saberes com o profissional, através da comunicação, favorecendo a formação de vínculos, colaborando assim com o sistema de apoio e educação do paciente e sua família. **CONTRIBUIÇÕES:** Pode-se dizer que a educação em saúde torna-se fundamental na atuação da enfermagem nos déficits para o autocuidado, na medida em que são oferecidos as informações e instrumentos para que o paciente consiga potenciais de autocuidado. Ao aproximar do desconhecido, este se torna menos ameaçador, e, portanto, potencializa ações conscientizadoras de saúde. Entende-se que o enfermeiro desempenha papel importantíssimo no processo de educação e que contribui para a reabilitação desse paciente e a realização do diagnóstico de enfermagem e do processo de enfermagem favorece a documentação e sistematização, dando visibilidade às ações. Isso estimula enquanto acadêmicas, pois entende-se que a formação de um enfermeiro que domine sua própria linguagem possa constituir em um futuro profissional consciente de sua prática social.

DESCRITORES: Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem cirúrgica; Planejamento da Alta.

ÁREA TEMÁTICA: Assistência de enfermagem

REFERÊNCIAS:

¹Diagnóstico de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association: definições e classificações (NANDA); Herdman TH. (2012).



Trabalho 56

²Carpenito LJ. Plano de cuidados e documentação. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas;

³RISNER, P. B. *Diagnosis: analysis and synthesis of data*. In: CHRISTESEN, P.J.; KENNEY, J.W. *Nursing process application of conceptual models*. St. Louis: Mosby, 1995.

⁴MOORHEAD Sue, JOHNSON Marion, MAAS Meridian. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), 3º ed.

⁵MCCLOSKEY, JC; BULECHEK, G M. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ª Ed.



Trabalho 57

O RACIOCÍNIO CRÍTICO NA GRADUAÇÃO: INTERFACES ENTRE O EXAME FÍSICO E O PROCESSO DE ENFERMAGEM

SILVA, Carlos Magno Carvalho da,¹
AZEVEDO, Suely Lopes de,²
PORTO, Isaura Setenta³,
SANTOS, Rita Batista⁴
SILVA, Angela Maria⁵

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.¹ Wanda de Aguiar Horta 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. 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 seguintes fases: Histórico de Enfermagem – onde integra o exame físico –, Diagnóstico, Plano de Cuidados, Evolução e Prognóstico. Estudos afirmam² que o processo de enfermagem é uma atividade desenvolvida quase que exclusivamente por acadêmicos de enfermagem, que 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,

¹ Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde. Docente da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutorando em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

² Enfermeira. Mestre e Doutoranda em Enfermagem, Professora Adjunta da EEAAC/UFF. Endereço: Rua Dr. Celestino, 74, Niterói – RJ. E-mail: sulazrj@gmail.com.

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da EEAN da UFRJ.

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professor Assistente da EEAN da UFRJ.



Trabalho 57

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. 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.³ Segundo 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.⁴ 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. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA**: 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



Trabalho 57

Ética em Pesquisa da Instituição, com o Nº 01260258000-07 e obedece aos preceitos da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. **RESULTADOS:** Na primeira categoria temática, “o exame físico e as etapas do Processo de Enfermagem segundo Wanda Horta”, os graduandos destacam o aspecto encadeado e organizacional 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. Na 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. Através desta categoria percebe-se que o corpo de conhecimento da enfermagem detém técnicas – o “como” fazer – e tecnologias – o “porque” fazer –, componentes da arte da pragmática do cuidado. **CONCLUSÃO:** O ensino do exame físico e sua aplicabilidade ao Processo de Enfermagem devem assumir um caráter dinâmico e integrador, em relação à prática, diminuindo as relações de verticalização entre professor e aluno, e contribuindo para desenvolvimento de raciocínio crítico dos futuros enfermeiros. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** 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



Trabalho 57

alcançadas em cada etapa durante todo o processo de enfermagem. **REFERÊNCIAS:** 1. Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. Rev. bras. enferm. 2008 Dez;61(6): 883-887. 2. Waldow VR. Processo de enfermagem: teoria e prática. Rev Gaúcha Enferm 1998; 9(1): 147-73. 3. Silva CMC, Sabóia VM, Teixeira ER. O ensino do exame físico em suas dimensões técnicas e subjetivas. Texto contexto - enferm. 2009. Set; 18(3): 458-465. 4. Kimura M. Ensino e aprendizagem do exame físico ministrado pela área de Fundamentos de Enfermagem. In: Ciclo de Debates sobre a Sistematização do Exame Físico pelo Enfermeiro, 1, São Paulo, 1990, Anais São Paulo, EPM, 1990, p. 9-16.

Descritores: Exame Físico; Processo de Enfermagem; Educação em Enfermagem.

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



Trabalho 58

DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTEVENÇÕES A UM IDOSO HOSPITALIZADO E SEU ACOMPANHANTE: ESTUDO DE CASO UTILIZANDO A CIPE®

Fabiola de Araújo Leite Medeiros¹
Maria Miriam Lima da Nóbrega²
Marta Miriam Lopes Costa³
Lidiany Félix Galdino⁴
Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt⁵

(INTRODUÇÃO): A hospitalização do idoso engloba um envolvimento total com o processo de envelhecimento e a enfermagem em conjunto com outros profissionais de saúde precisa visualizar em sua prática o trabalho voltado ao binômio idoso/acompanhante. Ao acompanhante, deve-se dirigir a atenção, no sentido de favorecer sua participação ativa no cuidado ao cliente, cuja pareceria viabilize a dialógica entre o saber técnico e o popular permitindo a satisfação também da prestação dos serviços sem estresses orgânicos e emocionais. A aplicação do processo de enfermagem (compreendendo os diagnósticos, resultados e intervenções), utilizando modelos teóricos assistenciais e sistema de classificação para prática de enfermagem, proporcionará o desenvolvimento de um cuidado mais individualizado e humanizado em ambiente hospitalar. Nesse contexto, esse estudo buscou responder ao seguinte questionamento: *como cuidar de idoso hospitalizado na perspectiva de se trabalhar com o binômio idoso/acompanhante e conseguir eficácia no seu processo de cuidado?* **(OBJETIVO):** Aplicar o Processo de Enfermagem fundamentado na Teoria das Necessidades Básicas de Horta (1979), utilizando a CIPE®, por meio de um estudo de caso, em um paciente idoso hospitalizado e seu acompanhante. **(METODOLOGIA):** Tratou-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, tipo estudo de caso. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, utilizando um roteiro fundamentado e adaptado à Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta, no período de Novembro de 2011. Todo o trabalho obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e fora submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da referida instituição, tendo sido aprovado com o protocolo de sob o número de protocolo 054/2007. O paciente foi acompanhado por sete dias consecutivos, nos quais, diariamente foi realizada a avaliação de seu estado de saúde e identificadas todas suas necessidades afetadas. A construção dos diagnósticos de enfermagem aconteceu a partir da catalogação dos termos do eixo foco, utilizando-se a CIPE® versão 2.0, acrescidos do eixo julgamento e adicionando os demais termos dos outros eixos conforme necessidade de uso. A partir da determinação dos

¹ Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Campina Grande – PB, Brasil. Email: profabiola@bol.com.br

² 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 PPGENF/UFPB. Líder do GEPFAE/UFPB. João Pessoa - PB, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB). João Pessoa - PB, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). João Pessoa - PB, Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB). João Pessoa - PB, Brasil.



Trabalho 58

diagnósticos de enfermagem, foi possível determinar a composição das afirmativas de intervenção baseadas nas mesmas diretrizes que recomendam incluir, como item obrigatório para intervenções, um termo do eixo ação e um termo do eixo foco e para os demais termos adicionais conforme a necessidade (cliente, localização, meios e tempo). Foi elaborado um plano assistencial, sendo determinadas as metas assistenciais e os resultados esperados. A análise dos dados incluiu a resposta à implementação do plano assistencial e uma avaliação crítica e reflexiva sob a ação do processo de cuidar em enfermagem ao binômio idoso hospitalizado/acompanhante. **(RESULTADOS):** O estudo de caso envolveu um idoso, com 85 anos, acometido por confusão mental, sem diagnóstico clínico estabelecido, que se encontrava com uso de Sonda Nasoenteral e contido ao leito, sendo o mesmo acompanhado por seu genro. Buscou-se efetivar os cuidados necessários a rotina de internação hospitalar, mas ao mesmo tempo estreitando relações de informação e diálogo constante com o acompanhante principal, visando manutenção da relação afetiva e do vínculo de cuidado entre idoso/acompanhante. Foram identificados oito diagnósticos de enfermagem: Ingestão de Alimentos diminuída; Incontinência urinária; Padrão do sono prejudicado; Mobilização prejudicada; Pele desidratada; Comunicação prejudicada; Confusão mental; Conhecimento do cuidador deficiente sobre a condição atual de saúde do idoso. Verificou-se que após a implementação do plano de cuidados o idoso, em sete dias, mostrou uma significativa melhora do seu estado geral e principalmente das perturbações advindas do estado de confusão mental e demais outros diagnósticos de enfermagem encontrados. O dispositivo de sonda nasoenteral para alimentação, combinado ao fato, do mesmo está contido ao leito agravaram ainda mais o estado de saúde do paciente, que já se encontrava hospitalizado num total de quinze dias sem resposta ao tratamento. Acrescido a esse fato, o acompanhante não se sentia pontencializado a participar dos cuidados, pois se achava inseguro de colaborar com o paciente frente a um quadro clínico indecifrável e que o mesmo tinha dúvidas sobre o seu papel de cuidador no hospital. Em parceria com toda a equipe de saúde do hospital e com o acompanhante, em sete dias conseguiu-se encontrar resultados positivos: Ingestão de alimentos melhorada; Incontinência urinária melhorada (encorajamento ao acompanhante na mobilização do idoso ao vaso sanitário, e com isso, a diminuição do uso de fraldas geriátricas); Padrão de sono satisfatório (colaboração junto ao acompanhante a envolver-se na manutenção do conforto do paciente, assim como motivar o acompanhante a repousar quando o idoso estiver dormindo, para não haver cansaço e estresse do cuidador sobre o idoso e vice-versa, realização de massagens corporal de relaxamento entre o acompanhante e o idoso); Mobilização normal (estimulação a locomoção); Pele hidratada; Comunicação efetiva (apoiada em motivação entre diálogos do acompanhante/idoso; enfermagem/idoso; enfermagem/acompanhante); Confusão mental moderada (constante monitoração do estado mental e respostas aos efeitos da medicação prescrita pelo médico; desencorajamento do uso de contenções); Conhecimento eficaz do cuidador sobre a condição de saúde do idoso (promoção de troca de conhecimentos da equipe de enfermagem com o cuidador principal, uso da dialógica na informação na troca de saberes, garantia de empoderamento do cuidar). **(CONCLUSÕES):** A melhora do paciente e a efetivação dos cuidados estiveram relacionadas principalmente com o estímulo da interação entre o binômio idoso/acompanhante hospitalar, uma vez que existe uma simbiose nessa relação que determina que o cuidado só seja integralizado se este percorrer pelas necessidades básicas afetadas do idoso e na observância dos cuidados e informações necessárias para o cuidador principal. A utilização da teoria das necessidades humanas básicas em associação ao uso de uma taxonomia possibilitou a execução de um cuidado mais centralizado em seus focos assistenciais, como também, possibilitaram a visão mais específicas e individualizada ao idoso e seus acompanhantes.

Descritores: Enfermagem. Processos de enfermagem. Cuidados de enfermagem.

Eixo 2: Assistência de Enfermagem



11º SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E RESPONSABILIDADE SOCIAL NOS CAMPOS DE PRÁTICA PROFISSIONAL

01 A 03 DE AGOSTO DE 2013
CAMPUS DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PUCPR - CURITIBA/PR 

Trabalho 58



Trabalho 59

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS EM PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE CARDIOLOGIA

Nayara Gomes Brito¹, Ângela Ferreira Barros², Rinaldo de Souza Neves³

A alta prevalência de doenças cardiovasculares na população adulta vem exigindo a implementação de cuidados de enfermagem direcionados, fundamentados e individualizados para o cliente cardiopata. Objetivou-se com esse estudo identificar e descrever os diagnósticos de enfermagem em pacientes internados em uma unidade de cardiologia. Estudo do tipo transversal descritivo com abordagem quantitativa realizado no Hospital Regional da Asa Norte, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, no período de setembro a novembro de 2010. A coleta dos dados foi realizada nas primeiras 24 horas de internação do paciente na unidade utilizando o processo raciocínio clínico para identificar os diagnósticos de enfermagem com base na Taxonomia II da North American Diagnosis Association – NANDA. A amostra total foi composta por 27 pacientes. A faixa etária dos pacientes variou de 28 a 85 anos, com média de 57,2 anos. Quanto ao gênero, a prevalência de homens (55,6%) foi maior do que a de mulheres (44,4%). A maioria dos pacientes era procedente do Distrito Federal (74,1%). Considerando a escolaridade, a maioria dos participantes havia completado até o ensino fundamental (77,8%). A insuficiência cardíaca foi a causa mais frequente de internação por doença cardiovascular, corroborando com dados da literatura, que correspondeu ao diagnóstico médico com maior frequência (66,7%). Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: débito cardíaco diminuído, afetando 88,89% dos pacientes (n=24), seguido de padrão respiratório ineficaz em 77,7% (n=21), risco de intolerância a atividade em 74% (n=20), ansiedade (n=15) juntamente com ansiedade relacionada a morte (n=4) totalizando 70,3% (n=19) e autocontrole ineficaz da saúde encontrado em 59,2% (n=16). Além de 18 pacientes que apresentavam distúrbios no sono (insônia e padrão de sono prejudicado) que totalizaram 66,6% dos casos. No domínio promoção à saúde (I), o diagnóstico de enfermagem de maior incidência foi autocontrole ineficaz da saúde presente em 59,2% pacientes (n=16) evidenciado por expressão de dificuldade com os regimes prescritos, por falha em agir para reduzir fatores de risco e em incluir regimes de tratamento à vida diária. O domínio nutrição (II), o diagnóstico de enfermagem predominante foi volume de líquido excessivo em 51,8% dos casos (n=14)



Trabalho 59

caracterizado por edema, anasarca, oligúria, distensão da veia jugular e ortopnéia. Também foram encontrados em 48,1% dos pacientes (n=13) nutrição desequilibrada sendo quatro deles menos que as necessidades corporais, nove com mais que as necessidades corporais e ainda um paciente que apresentou risco para nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais. No domínio eliminação e troca (III), observou-se que 25,9% dos casos (n=7) com eliminação urinária prejudicada manifestada por poliúria, disúria, hesitação ou urgência urinária. O domínio atividade e repouso (IV) apresentou a maior frequência de diagnósticos de enfermagem. Considerando a classe sono e repouso todos os pacientes relataram modificação no padrão de sono, na mesma proporção de pacientes para insônia, padrão de sono prejudicado e disposição para sono melhorado, com 9 (33,33%) pacientes para cada diagnóstico. As alterações referidas negativamente por estes pacientes estavam relacionadas tanto a fatores ambientais como também a fatores fisiológicos como ortopnéia, dor e nictúria. Na classe atividade e exercício, verificou-se o diagnóstico estilo de vida sedentário em 51,8% dos pacientes (n=14) evidenciado principalmente por falta de condicionamento físico e uma rotina diária sem exercícios físicos. Na classe que se destina a resposta cardiovascular, foram observados que mais de 2/3 dos pacientes estudados apresentou débito cardíaco diminuído, padrão respiratório ineficaz e risco de intolerância à atividade. O débito cardíaco diminuído foi relacionado a características comportamentais, alterações de contratilidade, frequência cardíaca, pré e pós-carga evidenciado por ortopnéia, arritmias, edema, fadiga e distensão da veia jugular. O padrão respiratório ineficaz estava relacionado principalmente a fadiga, ansiedade e hiperventilação e evidenciado por alterações respiratórias como dispnéia, ortopnéia, uso da musculatura acessória e alterações na profundidade respiratória. A maior frequência desses dois diagnósticos também foi observada em um estudo com pacientes idosos que apresentavam doença cardiovascular. O risco de intolerância a atividade estava relacionado a presença de problemas cardio-respiratórios. Nos pacientes que apresentavam alterações inseridas no domínio percepção/cognição (V) foram identificados 14,81% (n=4) com o diagnóstico de enfermagem percepção sensorial tátil perturbada, dos quais dois coincidiram com o diagnóstico médico de Diabetes Mellitus, sugerindo uma possível complicação crônica desta doença. Em relação ao uso da memória, aprendizagem, pensamento, abstração, julgamento, cálculo e linguagem, observou-se conhecimento deficiente em 33,33% dos pacientes (n=9) e confusão aguda em apenas 7,41% (n=2). Não houve frequência expressiva dos diagnósticos nos domínios autopercepção (VI), relacionamento de papel (VII) e princípios de vida (X). No domínio enfrentamento e tolerância ao estresse (IX), percebe-se que a maior parte dos pacientes apresentaram algum



Trabalho 59

sentimento de desconforto ou temor seja relacionado ao estado de saúde, às mudanças situacionais (função de papel, ambiente, padrões econômicos) e até mesmo a alguma ameaça real ou imaginária à vida que se associa aos diagnósticos de ansiedade e ansiedade relacionada a morte totalizando juntos 70,37% dos pacientes (n=19). No domínio segurança e proteção (XI), o diagnóstico risco de infecção foi estabelecido com base nos fatores de risco de defesas primárias inadequadas e procedimentos invasivos desconsiderando o fator de risco exposição ambiental aumentada a patógeno já que este é um fator comum para qualquer paciente internado independente da unidade. Para o domínio conforto (XII) foram inferidos os diagnósticos de dor aguda que apareceram em 37% (n=10) pacientes e náusea em 29,6% (n=8). Os diagnósticos encontrados sugerem que os pacientes internados na unidade de cardiologia apresentam baixo grau de dependência, complicações graves da doença de base relacionados a falência do coração e retenção hídrica, comprometido em parte pela dificuldade de seguir regime terapêutico, condição também agravada pela ansiedade. Apesar do paciente da unidade de cardiologia apresentar-se estável, sem grandes demandas de cuidado direto, ele é considerado potencialmente grave devido o alto risco de complicações agudas e súbitas. Os enfermeiros dessa unidade devem focar a assistência de enfermagem para a resolução desses problemas a fim de fornecer cuidados com melhor qualidade. A identificação dos diagnósticos de enfermagem forneceu subsídios para a elaboração de planos de cuidados direcionados, implementação das intervenções e avaliação de acordo com as necessidades do paciente favorecendo a obtenção de resultados satisfatórios. Esses dados possibilitaram aprimorar o conhecimento científico para nortear a assistência a esses pacientes na área de enfermagem cardiológica.

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(1 supl.1): 1-71. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ic_93supl01.pdf.
2. Nakatani AYK, Nunes DP, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem Identificados na Admissão e Alta Hospitalar de Idosos com Doenças Cardiovasculares. In: 61º CBEN - Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009, FORTALEZA. 61º CBEN - Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009. p. 4181-4183.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Cardiologia



Trabalho 59

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Clínica. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
2. Enfermeira. Mestre e Doutoranda da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. Docente do curso de enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (DF). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
3. Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.



Trabalho 60

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CIPE® EM NEURORREABILITAÇÃO

Denismar Borges de Miranda¹, Anária Gomes Suzart², Gerson Otmar Kuhne², Janice Mayara Holanda Cunha², Luciana Sousa Rocha²

Introdução: a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma ferramenta que fortalece a enfermagem como ciência através do julgamento crítico de sua prática. Dentre as etapas do processo de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem CIPE® representa a descrição do problema em saúde numa linguagem aceita mundialmente. Destacam-se lacunas na produção científica desta temática em reabilitação neurológica. Objetivo: descrever a frequência de diagnóstico de enfermagem CIPE® em neurorreabilitação. Descrição metodológica: trata-se de um estudo descritivo, de série de casos, dos diagnósticos de enfermagem CIPE® em neurorreabilitação. Os dados provêm de planos de cuidados realizados por enfermeiros em unidade de reabilitação neurológica de um hospital de Brasília (DF), no período de setembro de 2012 a março de 2013, com base na teoria de Dorothea Orem. A coleta de dados foi realizada em abril de 2013, utilizando-se estatística descritiva a partir do programa SPSS 13.0 para análise dos dados. Resultados: da súmula dos 112 planos de cuidados avaliados, emergiram 59 enunciados diagnósticos com média de 8,4 e DP de 3,5 diagnóstico/paciente. Dentre os diagnósticos mais frequentes salientam-se o déficit de conhecimento sobre a doença/regime medicamentoso (66,1%), déficit no autocuidado para vestuário (64,3%), déficit no autocuidado para banho (59,8%), déficit no autocuidado para transferência (40,2%), comunicação verbal comprometida (39,3%), déficit no autocuidado para aprontar-se (36,6%), marcha comprometida (35,7%), dia a dia comprometido (28,0%), risco para alteração da pressão arterial e déficit no autocuidado para alimentação com 27,7% cada. Conclusões: tais diagnósticos corroboram com demanda dos déficits de autocuidado apresentados pelos pacientes em neurorreabilitação. A utilização do referencial teórico proporcionou direcionamento dos enfermeiros na elaboração do processo de enfermagem a pacientes com demandas de reabilitação neurológica. Alguns dos diagnósticos encontrados necessitam de maior especificidade em seu foco, facilitando uma intervenção direcionada na resolução do problema.

¹Mestre. Enfermeiro do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil. E-mail: denismarmiranda@hotmail.com.

²Enfermeiro do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil.



Trabalho 60

Palavras chaves: diagnósticos de enfermagem, autocuidado em reabilitação, modelos teóricos.

Eixo temático: 2 – Assistência de Enfermagem

Referências

1. Faro ACM. O Cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(1): 92-6.
2. Vall J, Lemos KIL, Janebro ASI. Processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. Cogitare enfermagem 2005; 10(3): 63-70.
3. Tannure MC, Chianca TCM, Garcia TR. Construção de um banco de termos da linguagem especial de enfermagem. Rev Eletr Enf 2009; 11(4): 1026-30.
4. Nascimento DM, Nóbrega MML, Carvalho MWA, Norat EM. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia. Rev Eletr Enf 2011; 13(2): 165-73.



Trabalho 61

PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ E CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Lívia Moreira Barros¹

Rosa Aparecida Nogueira Moreira²

Natasha Marques Frota³

Joselany Áfio Caetano⁴

Introdução: O enfermeiro deve propiciar aos pacientes informações referentes à condição real de seu estado, informando-os dos sinais de complicação para que os mesmos tenham capacidade de participar do plano terapêutico. Em outras palavras, o cuidado especializado é considerado indicador de qualidade⁽¹⁾. A assistência de enfermagem especializada em cirurgia bariátrica melhora os cuidados ao paciente obeso garantindo melhores resultados no período pós-operatório imediato. O Padrão Respiratório Ineficaz é definido como inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada⁽²⁾. É caracterizado por: alterações na profundidade respiratória, assumir uma posição de três postos, batimentos de asa do nariz, bradipneia, capacidade vital diminuída, diâmetro ântero-posterior aumentado, dispneia, excursão torácica alterada, fase de expiração prolongada, ortopneia, pressão expiratória diminuída, pressão inspiratória diminuída, respiração com os lábios franzidos, taquipneia, uso da musculatura acessória para respirar, ventilação-minuto diminuída. Os fatores relacionados são: ansiedade, dano cognitivo, dano de percepção, dano musculoesquelético, deformidade da parede do tórax, deformidade óssea, disfunção neuromuscular, dor, fadiga, fadiga da musculatura respiratória, hiperventilação, imaturidade neurológica, lesão da medula espinal, obesidade, posição do corpo, síndrome da hipoventilação⁽²⁾. **Objetivo:** Identificar o diagnóstico de enfermagem intolerância à atividade em pacientes no pós-operatório imediato da cirurgia bariátrica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado durante o período de julho de 2010 a junho de 2011 em um hospital referência em cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Ceará. A população foi representada por todos os 62 pacientes que tinham diagnóstico médico de obesidade mórbida ou diagnóstico de obesidade e uma ou mais comorbidades associadas, de ambos os sexos, no pós-operatório de cirurgia bariátrica no HGCC no período delimitado pelo estudo, de junho de 2010 a junho de 2011. Destes, foram excluídos três pacientes, por não apresentarem condições clínicas para integrar a pesquisa, ficando uma amostra com 59 pacientes. Para as características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem em estudo, foi elaborado um protocolo de coleta de dados preenchido a partir da entrevista, exame físico e consulta ao prontuário. Os dados foram armazenados

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC.

2 Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem.

3 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC.

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.



Trabalho 61

com aplicação da técnica de dupla digitação e processados em banco do aplicativo Microsoft Excel 7.0, sendo exportados para o *software* estatístico STATA versão 8.0, para tratamento e geração dos resultados. Os dados relativos às variáveis sociodemográficas e clínico-epidemiológicas dos pacientes foram tratados a partir de estatística descritiva, mediante uso de distribuições de frequências uni e bivariadas e medidas descritivas (médias e desvio padrão). Verificaram-se as diferenças entre as proporções com a aplicação do teste estatístico Qui-Quadrado e Exato de Fischer, e as diferenças entre as variáveis contínuas com o Teste de Mann-Whitney. Os diagnósticos inferidos foram registrados em uma planilha de consenso dos juízes e encaminhados para análise estatística. A validação dos diagnósticos consistiu do percentual de concordância e do coeficiente Kappa, o qual é usado para avaliar a confiabilidade da concordância entre duas medidas de um mesmo indivíduo. Seu valor é obtido a partir da fórmula: $K = P_o - P_e / 1 - P_e$, onde P_o = proporção global da concordância observada e P_e = proporção global de concordância esperada ao acaso. Para avaliação do valor de Kappa, usou-se a classificação proposta por Landis e Koch: concordância quase perfeita (0,81-1,00), substancial (0,61 - 0,80), moderada (0,41 - 0,60), sofrível (0,21 - 0,40) e leve (0,00 - 0,20)⁽³⁾. No final, o nível de significância estatística foi de 5% ($p \leq 0,05$). Para estimar a magnitude das associações, utilizou-se como medida de associação a RP e seus respectivos intervalos de confiança a 95%, estimados em função do risco relativo (RR) pelo método de Mantel-Haenzel. Adotou-se, em todas as análises, o nível de significância estatística de 5% ($p \leq 0,05$). As informações antropométricas dos obesos foram avaliadas conforme as preconizações da *American Society for Bariatric Surgery* e da Organização Mundial de Saúde. Adotou-se, em todas as análises, o nível de significância estatística de 5% ($p \leq 0,005$). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP 294/2009). **Resultados:** O diagnóstico de enfermagem *padrão respiratório ineficaz* obteve uma prevalência de 47,5% (28) entre os pacientes que estavam vivenciando o pós-operatório imediato da cirurgia bariátrica. Ao submetemos a inferência do diagnóstico à validação por especialistas, podemos verificar que os avaliadores foram concordantes na identificação do diagnóstico *padrão respiratório ineficaz*, o qual apresentou elevados percentuais de concordância – 71,2% e 83,1%. Para esse diagnóstico, o coeficiente Kappa variou entre moderado (0,46) e substancial (0,66) e valor de p foi estatisticamente significativo em ambas as avaliações ($p=0,0006$ e $p < 0,0000$). As características definidoras proporcionalmente associadas ao diagnóstico Padrão Respiratório Ineficaz foram ortopneia (71,4%), dispneia (64,3%), alterações na profundidade respiratória (50%), uso da musculatura acessória para respirar (21,4%), obesidade (100%), fadiga (78,6%); e os fatores relacionados: dor (53,6%), ansiedade (35,7%), fadiga da musculatura respiratória (32,1%). Ao analisarmos a magnitude das associações encontradas, observou-se que todas se mostraram positivamente associadas e estatisticamente significantes, e que a chance de ocorrência de ortopneia entre os pacientes com Padrão Respiratório Ineficaz, quando comparados com aqueles sem Padrão Respiratório Ineficaz, foi de 4,20 vezes (IC95%:2,24 - 7,87), a possibilidade de dispneia foi de 4,10 vezes (IC95%:2,39 - 7,03), a chance de alterações na profundidade respiratória foi de 2,93 vezes (IC95%:1,86 - 4,61), a chance do uso da musculatura acessória para respirar foi de 2,02 vezes (IC95%: 1,31 - 3,14); e entre os fatores relacionados a chance de fadiga foi de 5,34 vezes (IC95%:2,56-11,19). Quanto à dor, a possibilidade foi de 3,38 vezes (IC95%: 2,14 - 5,34), a chance de ansiedade foi de 2,72 vezes (IC95%: 1,88 - 3,93), a chance de fadiga da musculatura respiratória foi de 2,07 vezes (IC95%: 1,32 - 3,23). **Conclusão:** No diagnóstico Padrão Respiratório Ineficaz, verifica-se como maiores valores da razão de prevalência e nível de significância, com as características definidoras: alterações na



Trabalho 61

profundidade respiratória, dispneia, ortopneia, uso da musculatura acessória para respirar. E os fatores relacionados estatisticamente significantes: ansiedade, dor, fadiga, fadiga da musculatura acessória e obesidade presentes em todos os pacientes. A meta para o plano de enfermagem é manter o padrão respiratório eficaz e investigar as causas do desconforto respiratório. É importante orientar o paciente acerca da importância de manter períodos de repouso adequados para limitar a fadiga. O profissional buscará adaptar condições ideais para uma recuperação melhor, facilitando a participação do paciente no controle e cuidados da própria saúde. **Contribuição para Enfermagem:** O enfermeiro tem a capacidade de detectar complicações pós-operatórias imediatas e intervir de maneira a otimizar o estado geral do paciente. O paciente de cirurgia bariátrica traz consigo risco cirúrgico elevado pelo seu excesso de peso, necessitando de maior vigilância da função cardiopulmonar, muitos obesos apresentam doença pulmonar restritiva devido ao maior volume de sangue pulmonar e à espessura da parede torácica. **Referências:** 1 – Negrão RJS. Cirurgia bariátrica: revisão sistemática e cuidados de enfermagem no pós-operatório. 2006. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006; 2 - North American Nursing (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2009; 3 - Nunes J, Koifman RJ, Mattos IE, Monteiro GTR. Confiabilidade e validade das declarações de óbitos por câncer de útero no município de Belém, Pará, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2004;20(5):1262-8.

Descritores: Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Cirurgia bariátrica.

EIXO 2: Assistência de Enfermagem



Trabalho 62

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E FATORES RELACIONADOS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES BARIÁTRICOS NO PÓS-OPERATÓRIO

Rosa Aparecida Nogueira Moreira¹

Lívia Moreira Barros²

Natasha Marques Frota³

Joselany Áfio Caetano⁴

Introdução: Uma ferramenta clássica para o enfermeiro é o Processo de Enfermagem (PE) que é capaz de individualizar o cuidado mais adequado, pois a partir da anamnese, do exame físico e do julgamento dos Diagnósticos de Enfermagem (DEs) pode-se ser detectadas precocemente no pós-operatório imediato os pacientes que apresentam alterações ou complicações. Há diversos DEs que podem ser aplicados a pessoas no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Para sustentar a escolha de DEs adequados a cada situação clínica, é necessário que as bases para essa decisão estejam fortemente ligadas às Características Definidoras (CDs). Essas podem ser definidas como um conjunto de padrões clínicos/sinais e sintomas, que são agrupados em inferência para assegurar a presença da categoria diagnóstica⁽¹⁾. Assim, tendo como base os estudos acerca dos DEs, a necessidade da implantação do PE na assistência ao paciente cirúrgico e o aumento de cirurgias bariátricas, urge identificar os DEs no pós-operatório de cirurgia bariátrica, a fim de promover uma assistência direcionada e mais bem organizada, pois a implantação do PE vai permitir um conhecimento mais completo e detalhado das reais necessidades e condições do candidato a um procedimento de grande porte, como o ato cirúrgico. **Objetivo:** Identificar características definidoras e fatores relacionados dos DEs da classe de respostas cardiovasculares/pulmonares em pacientes após a cirurgia bariátrica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado durante o período de julho de 2010 a junho de 2011 em um hospital referência em cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Ceará. A população foi representada por todos os 62 pacientes que tinham diagnóstico médico de obesidade mórbida ou diagnóstico de obesidade e uma ou mais comorbidades associadas, de ambos os sexos, no pós-operatório de cirurgia bariátrica no HGCC no período delimitado pelo estudo, de junho de 2010 a junho de 2011. Destes, foram excluídos três pacientes, por não apresentarem condições clínicas para integrar a pesquisa, ficando uma amostra com 59 pacientes. Amostra do tipo não probabilístico, pois foram coletadas informações de todos os pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no período e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar cadastrado no serviço de cirurgia bariátrica da referida instituição; estar no período pós-operatório. O pós-operatório bariátrico corresponde até 30 dias após o procedimento. Considerou-se

1 Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem.

2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC.

3 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC.

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.



Trabalho 62

apenas o pós-operatório imediato (72h), quando os clientes ainda estão hospitalizados. Para as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos 13 diagnósticos de enfermagem da classe cardiovascular/pulmonar foi elaborado um protocolo de coleta de dados preenchido a partir da entrevista, exame físico e consulta ao prontuário. Os dados foram armazenados com aplicação da técnica de dupla digitação e processados em banco do aplicativo Microsoft Excel 7.0, sendo exportados para o *software* estatístico STATA versão 8.0, para tratamento e geração dos resultados. Os dados relativos às variáveis sociodemográficas e clínico-epidemiológicas dos pacientes foram tratados a partir de estatística descritiva, mediante uso de distribuições de frequências uni e bivariadas e medidas descritivas (médias e desvio padrão). Verificaram-se as diferenças entre as proporções com a aplicação do teste estatístico Qui-Quadrado e Exato de Fischer, e as diferenças entre as variáveis contínuas com o Teste de Mann-Whitney. As informações antropométricas dos obesos foram avaliadas conforme as preconizações da *American Society for Bariatric Surgery* e da Organização Mundial de Saúde. Adotou-se, em todas as análises, o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,005$). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP 294/2009). **Resultados:** Neste estudo, foram identificados 13 diagnósticos de enfermagem da classe respostas cardiovasculares/pulmonares em pós-operatório de cirurgia bariátrica, sendo seis reais e sete de risco. Os diagnósticos reais são perfusão tissular cardíaca diminuída, Perfusão Tissular Periférica Ineficaz, Débito Cardíaco Diminuído, Intolerância à Atividade, Ventilação Espontânea Prejudicada, Padrão Respiratório Ineficaz e Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório. Os diagnósticos de risco são Risco de Perfusão Renal Ineficaz, Risco de Choque, Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz, Risco de Intolerância à Atividade, Risco de Perfusão Gastrointestinal Ineficaz e Risco de Sangramento. Quanto à análise dos diagnósticos de enfermagem em pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, em relação aos fatores relacionados, características definidoras e fatores de risco identificados para os diferentes diagnósticos de enfermagem, este estudo permitiu encontrar que as características definidoras e os fatores relacionados edema, fadiga, pulsos periféricos diminuídos e pré-carga alterada e pós-carga alterada foram proporcionalmente associados ao diagnóstico Débito Cardíaco Diminuído. As características definidoras e os fatores relacionados ortopneia, dispneia, alterações na profundidade respiratória, uso da musculatura acessória para respirar estiveram proporcionalmente associados ao diagnóstico de enfermagem Padrão Respiratório Ineficaz. As características definidoras relato verbal de fadiga, desconforto aos esforços, resposta anormal da pressão sanguínea à atividade, relato verbal de fraqueza. Os fatores relacionados repouso no leito, estilo de vida sedentário, imobilidade foram proporcionalmente associados ao diagnóstico de enfermagem Intolerância à Atividade. Os fatores de risco hipertensão, hipóxia e história familiar de doença da artéria coronária estiveram proporcionalmente associados ao diagnóstico de enfermagem Risco de Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída. Quanto aos fatores de risco hipertensão e hipercolesterolemia, mostraram-se proporcionalmente associados ao diagnóstico de enfermagem Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz. Os fatores de risco hipóxia e hipertensão estavam proporcionalmente associados ao diagnóstico de enfermagem Risco de Perfusão Renal Ineficaz. **Conclusão:** Alguns estudos acerca de diagnósticos de enfermagem vêm apontando para a possível associação entre a presença de determinados diagnósticos em uma dada situação ou população, levando-se a acreditar que a formulação de um diagnóstico poderia implicar a ocorrência de outros. Assim, é necessário ter o conhecimento que o torne capaz de realizar um julgamento clínico eficiente não só na identificação dos diagnósticos, mas na escolha adequada de



Trabalho 62

intervenções, incluindo também a priorização criteriosa dos diagnósticos, o que é essencial, especialmente nos casos de pacientes obesos. **Contribuição para Enfermagem:** O profissional passará a ter uma percepção da conduta de enfermagem ideal através do embasamento científico adequado, refletindo a qualidade da assistência prestada através de efeitos positivos desse cuidado. Este estudo poderá contribuir para a construção da Sistematização da Assistência de Enfermagem frente aos diagnósticos de enfermagem da classe cardiovascular/pulmonar, como descrito nos resultados apresentados e na fundamentação científica para cada diagnóstico. **Referências:** 1 - North American Nursing. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Descritores: Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Cirurgia bariátrica.

EIXO 2: Assistência de Enfermagem



Trabalho 63

PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ: RESULTADOS ESPERADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Rosa Aparecida Nogueira Moreira¹

Lívia Moreira Barros²

Natasha Marques Frota³

Joselany Áfio Caetano⁴

Introdução: Nas etapas do Processo de Enfermagem referentes ao diagnóstico, à intervenção e ao resultado, podem ser usados termos padronizados descritos pelos sistemas de classificação, que apontam os fenômenos comuns na e para a prática clínica da enfermagem. Atualmente, os sistemas de classificação de linguagem mais conhecidos e utilizados na realidade brasileira são as taxonomias NANDA-I⁽¹⁾, Nursing Interventions Classifications (NIC)⁽²⁾ e Nursing Outcomes Classification (NOC)⁽³⁾. Essas classificações, ao serem utilizadas na prática clínica, favorecem a comunicação e documentação sistemática das ações da enfermagem, sendo que o paciente se beneficia pela continuidade de seus cuidados. Assim, o conhecimento dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) em pacientes bariátricos fornece subsídios para um planejamento de enfermagem mais efetivo e específico para os pacientes durante o pós-operatório nos serviços de saúde que realizam esse procedimento. Os estudos sobre sistema de classificação de intervenções de enfermagem, como a NIC, poderá possibilitar o aprofundamento do seu conhecimento, uma vez que existem poucos estudos no cenário de cuidado a pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. Com isso, espera-se contribuir para melhorar a qualidade da assistência prestada a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, fornecendo, ainda, o perfil dessa clientela e a uniformização da linguagem da enfermagem. **Objetivo:** Identificar os resultados esperados e as principais intervenções para o Diagnóstico de Enfermagem Perfusão Tissular Periférica Ineficaz de acordo com a ligação entre NANDA-I, NIC e NOC presentes em pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa descritiva e transversal com uma abordagem quantitativa desenvolvida no período de junho de 2010 a junho de 2011 em um hospital referência em cirurgias bariátricas no Estado do Ceará. A população do estudo foi composta por 62 pacientes que tinham diagnóstico médico de obesidade mórbida ou diagnóstico de obesidade e uma ou mais comorbidades associadas, de ambos os sexos, que estavam vivenciando o pós-operatório imediato. Destes, foram excluídos três pacientes, por não apresentarem condições clínicas para integrar a pesquisa, resultando em uma amostra do tipo não probabilística de 59 pacientes. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: estar cadastrado no serviço de cirurgia bariátrica e no período pós-operatório imediato de até 72h momento em que os

1 Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem.

2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC.

3 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC.

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.



Trabalho 63

pacientes ainda estão hospitalizados. Dessa forma, na coleta de dados, foi aplicado um instrumento elaborado segundo a taxonomia II da NANDA-I a partir das características definidoras e fatores relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Perfusão Tissular Periférica Ineficaz. Perfusão Tissular Periférica Ineficaz refere-se à redução na circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde. As características definidoras são: a cor não volta à perna quando esta é baixada, característica da pele alterada, cicatrização de ferida periférica retardada, claudicação, cor da pele clara com elevação, dor em extremidade, edema, função motora alterada, mudanças na pressão sanguínea nas extremidades, parestesia, pulsos ausentes, pulsos diminuídos. E os fatores relacionados: conhecimento deficiente do processo da doença, conhecimento deficiente dos fatores agravantes, diabetes melito, estilo de vida sedentário, hipertensão, tabagismo⁽¹⁾. O instrumento foi preenchido a partir da entrevista, do exame físico e da consulta ao prontuário do paciente. Assim, após coleta de dados, procedeu-se à identificação do diagnóstico de enfermagem. O raciocínio diagnóstico é um processo que possibilita a um observador atribuir um significado e classificar um fenômeno em situação clínica, pela integração da observação e pensamento crítico. Assim, foi possível a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem, conforme a Taxonomia II da NANDA-I. Foi construída relação com as características definidoras, fatores relacionados ou de risco dos diagnósticos que obtiveram porcentagem acima de 70% para, em seguida, propor resultados esperados, conforme a NOC e as intervenções de enfermagem, segundo a NIC. Nesta pesquisa, foram respeitados os preceitos éticos e legais a serem seguidos nas investigações envolvendo seres humanos, conforme preconiza a Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição sob nº 294/2009. **Resultados:** O DE perfusão tissular periférica ineficaz apresentou uma frequência de 67,2% entre os pacientes bariátricos com evidência das características definidoras para esse diagnóstico: edema (84,6%), pulsos diminuídos (51,3%), parestesia (20,5%) e dor em extremidade (18%). Os fatores relacionados que mais predominaram foram: diabetes mellitus, estilo de vida sedentário e hipertensão. O resultado esperado é o estabelecimento da perfusão tissular periférica. Para que esse resultado seja alcançado, as intervenções de enfermagem devem ser: Controle da sensibilidade periférica (monitorar parestesia - dormência, formigamento, hiperestesia, hipoestesia-; controlar o discernimento entre pontiagudo e rombudo, quente e frio; usar recursos para aliviar a pressão; examinar a pele na busca de alterações na integridade da mesma; verificar roupas na busca de rugas ou objetos estranhos); Monitorização dos sinais vitais (monitorar a cor, a temperatura e a umidade da pele; controlar a presença de cianose periférica; observar a presença e qualidade dos pulsos) e Controle de líquidos (manter registro preciso da ingestão e eliminação, comunicando alterações; administrar diuréticos, quando adequado; monitorar os resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos - hematócrito, sódio, osmolaridade urinária-; avaliar os indicadores de sobrecarga/retenção hídrica - edema, distensão jugular-). **Conclusão:** Percebe-se a importância do processo de enfermagem e a necessidade da implementação de um protocolo na instituição que facilite os cuidados de enfermagem prestados a essa clientela visando à identificação precoce dos diagnósticos de enfermagem, como o De Perfusão Tissular Periférica Ineficaz, e a prevenção de possíveis complicações. **Contribuição para Enfermagem:** Cabe ao enfermeiro não apenas o julgamento do diagnóstico de enfermagem, mas a escolha criteriosa das intervenções adequadas. A identificação dos diagnósticos, a postura teórico-prática de referência, o conhecimento para realizar julgamento clínico eficiente, focalizando ações prioritárias de avaliação, propiciar aos pacientes informações da condição real de seu estado, conhecer o perfil de



Trabalho 63

cada paciente, buscar condições ideais para melhorar a recuperação, orientando e intervindo de forma adequada, são condições primordiais para o sucesso do resultado do pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica. **Referências:** 1 - NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica Alba Lucia Bottura Leite de Barros. Porto Alegre: Artmed; 2013; 2 - Bulechek GM, Dochterman MJ, Butcher H. Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC. 5ed. São Paulo: Elsevier; 2010; 3 - Johnson M, Mass M, Moorhead S. Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Descritores: Enfermagem. Processos de enfermagem. Cirurgia bariátrica.

EIXO 2: Assistência de Enfermagem



Trabalho 64

O DIAGNÓSTICO *COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA* SEGUNDO AS CLASSIFICAÇÕES NANDA, NOC E NIC: UMA REVISÃO CRÍTICA.

Ana Cláudia Puggina¹, Monica Martins Trovo Araújo², Maria Júlia Paes da Silva³.

RESUMO EXPANDIDO

Introdução: A capacidade de se comunicar eficazmente com outras pessoas é uma habilidade de valor inquestionável. Comunicação é um processo dinâmico e complexo que ocorre de modo verbal e não verbal e envolve um intercâmbio de mensagens enviadas e recebidas, bem como influencia o comportamento das pessoas em curto, médio e longo prazo⁽¹⁾. A dimensão verbal é aquela associada às palavras expressas, por meio da linguagem escrita ou falada. A dimensão não verbal envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras e está vinculada ao contexto em que ocorrem, podendo ser utilizadas para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal, além de exteriorizar sentimentos⁽²⁾. A comunicação efetiva e funcional enfermeiro-paciente, bem como entre os membros da equipe multidisciplinar, é fundamental para a qualidade da assistência à saúde. O diagnóstico de enfermagem *Comunicação Verbal Prejudicada* é definido como um padrão de troca de informações e ideias com terceiros que é suficiente para atender às suas necessidades e objetivos de vida, e que pode ser reforçado⁽³⁾. Comunicação surge em todas as teorias de Enfermagem como estratégia fundamental para o cuidado com qualidade. Poucos estudos foram encontrados com o uso dos dois diagnósticos propostos nessa temática, talvez isso aponte para a necessidade desse esclarecimento expresso neste estudo. **Objetivo:** fazer a distinção expressão/transmissão e recepção/processamento da mensagem nas três classificações NANDA, NOC e NIC para um melhor entendimento e aplicação desse diagnóstico de enfermagem, bem como, completar as atividades propostas na NIC, clarificar termos relacionados à comunicação e fazer uma análise crítica do uso do Processo de Enfermagem. **Resultados:** Os diagnósticos relativos à comunicação estão incluídos no domínio 5 da NANDA-I (Percepção/Cognição), na classe 5 – Comunicação. Há dois diagnósticos de enfermagem na atual classificação relacionados ao processo de comunicação: *Comunicação Verbal Prejudicada* e *Disposição para comunicação melhorada*. O primeiro, adotado desde 1983 e revisado em 1996 e 1998, é definido como habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir ou utilizar sistemas de símbolos. O segundo foi incluído em 2002 e é compreendido como padrão de troca de informações e ideias suficiente para atender necessidades dos indivíduos, com potencial para ser fortalecido⁽³⁾. Deste modo, destaca-se que o diagnóstico *Comunicação Verbal Prejudicada* é o único adotado pela NANDA-I que atenta para alterações no processo comunicacional. Este é um diagnóstico real e tenta abordar a questão do processo de comunicação como um todo,

¹ Enfermeira. Docente do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Guarulhos (UNG). Professora Adjunto da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ). Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Membro do grupo de pesquisa cadastrado no CNPq Estudo e Pesquisa sobre Comunicação em Enfermagem. Endereço para correspondência: Av. Rebouças, 1332 apto 132 CEP. 05402-100 São Paulo –SP – Brasil. Email: claudiapuggina@usp.br

² Enfermeira. Doutora em ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Professora assistente do Centro Universitário São Camilo. Membro do grupo de pesquisa cadastrado no CNPq Estudo e Pesquisa sobre Comunicação em Enfermagem. São Paulo – SP – Brasil. Email: trovomonica@gmail.com

³ Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Coordenadora do grupo de pesquisa cadastrado no CNPq Estudo e Pesquisa sobre Comunicação em Enfermagem. São Paulo – SP – Brasil. Email: juliaps@usp.br



Trabalho 64

sem fazer distinção entre a dimensão verbal e a não verbal da comunicação e, tampouco, entre expressão/transmissão e recepção/processamento da mensagem. Para que um paciente tenha esse diagnóstico é preciso que o enfermeiro busque as características definidoras ou evidências clínicas, manifestadas como sinais, sintomas ou pistas que definam ou identifiquem esse diagnóstico. As características definidoras e os fatores relacionados para este diagnóstico foram separados nas dimensões expressão/transmissão e recepção/processamento da mensagem e algumas explicações foram fornecidas para melhor esclarecimento de como estabelecer esse diagnóstico de enfermagem. Nota-se que no escopo de características definidoras e fatores relacionados deste diagnóstico de enfermagem também não há distinção entre condições que caracterizam a expressão e a recepção/processamento da informação. De acordo com a mais recente revisão do rol de diagnósticos⁽³⁾ não há nenhum listado que aborde a dimensão perceptiva do indivíduo. Assim, parece ser pertinente mais aprofundada exploração dos aspectos expressivos e perceptivos do processo comunicacional alterado do indivíduo. É importante salientar também que o processo de comunicação envolve a dimensão verbal e não verbal; comunicar-se com o outro vai muito além de verbalizar algo. No diagnóstico *Comunicação Verbal Prejudicada* existem também conceitos de comunicação não verbal, portanto, subentende-se que essa dimensão deve ser considerada nesse diagnóstico, já que não há outro disponível que aborde tal espectro comunicacional. No capítulo de ligações da NOC com a NANDA⁽⁴⁾ encontram-se quatro resultados de enfermagem sugeridos: Comunicação, Comunicação: expressão, Comunicação: recepção e Processamento de Informação. A escala Likert utilizada é a mesma para todos os resultados levantados: de severamente comprometida a não comprometida. As intervenções prioritárias propostas pela NIC⁽⁵⁾ para este diagnóstico são apenas três: (1) Melhora da Comunicação: Déficit da Fala, (2) Melhora da Comunicação: Déficit Auditivo, e (3) Escutar ativamente. Destaca-se que, embora os resultados e intervenções propostos pelo sistema norte americano de nomenclaturas também não façam a distinção quanto às especificidades das dimensões verbal e não verbal do processo de comunicação, diferenciam de modo claro o que tange à expressão/transmissão e recepção/processamento da mensagem; fato que não acontece com o diagnóstico *Comunicação Verbal Prejudicada*, como já explicitado anteriormente. E, no que se refere às intervenções e ações de enfermagem propostas pela NIC, ressalta-se à necessidade de adaptação transcultural à realidade brasileira, para que possam efetivamente embasar as prescrições de enfermagem, de acordo com as recomendações de especificidade e objetividade preconizadas pelos órgãos regulamentadores da enfermagem no Brasil. Como comunicação é uma questão básica da assistência, é fundamental que o enfermeiro esteja atento e busque alternativas para cuidar de modo efetivo de pacientes com dificuldades na comunicação. **Conclusão:** o diagnóstico de enfermagem *Comunicação Verbal Prejudicada* mostra-se superficial para a caracterização de alterações no processo comunicacional por abordar de modo generalista as dimensões expressiva e perceptiva deste processo. Frente ao leque de possibilidades de prejuízos na expressão e/ou na recepção/processamento da informação sugere-se nova revisão deste diagnóstico, no que tange à sua definição, características definidoras e fatores relacionados. **Referências:** (1) Stefanelli MC, Carvalho EC. (Orgs). A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo: Manole/Aben, 2005. (2) Araújo MMT, Silva MJP, Puggina AC. A comunicação não verbal enquanto fator iatrogênico. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(3):419-25. (3) NANDA I. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/ North American Nursing Diagnosis Association - International; Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013. (4) Moohead S, Johnson M, Mass M. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Trad. Marta Avena. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. (5)



Trabalho 64

McCloskey JD, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Trad. Regina Machado Garcez. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Descritores: Comunicação; Avaliação em Enfermagem; Processos de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

Eixo temático do evento: Assistência em Enfermagem



Trabalho 65

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA PAUTADO NA NOC

Rosana Oliveira de Souza

Ana Carla Dantas Cavalcanti

Bárbara Pompeu Christovam

Vanessa Alves da Silva

Valéria Gonçalves da Silva

O avanço da ciência e da tecnologia proporcionou um aumento na longevidade da população e, conseqüentemente, um aumento da prevalência das doenças crônicas. Dentre estas doenças, a insuficiência cardíaca (IC) é a que acarreta um dos maiores gastos para o Sistema Único de Saúde, já que 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira anualmente, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais¹. A IC é uma doença crônica, progressiva, limitante, com péssimo prognóstico e que reduz substancialmente a qualidade de vida dos doentes. Atualmente é uma das principais causas de óbitos ligadas às doenças cardíacas crônicas que mais afetam a população de todo o mundo². Ao consultar pacientes portadores de IC, é bastante comum a enfermeira definir como Diagnóstico de Enfermagem (DE) o Débito Cardíaco Diminuído, já que suas características definidoras explicitam as manifestações clínicas desta síndrome. Esses pacientes necessitam de intervenções de enfermagem em busca de resultados. O Resultado de Enfermagem padronizado pela NOC (*Nursing Outcomes Classification*) mais aplicado a esses pacientes é Eficácia de Bomba Cardíaca, mas para que o profissional reconheça este resultado, é necessário um julgamento clínico dos sinais e sintomas apresentados por estes pacientes³. É de suma importância que o enfermeiro esteja capacitado para reconhecer a sintomatologia desta síndrome e assim identificar os quadros de descompensação deste paciente, evitando assim, possíveis internações hospitalares. Na área da enfermagem verifica-se que intervenções adequadas devem ser implementadas à busca dos resultados esperados para estes pacientes. Por este motivo, este estudo teve como objetivos construir um instrumento de monitoramento e avaliação para pacientes com IC a partir dos indicadores do resultado de enfermagem da NOC Eficácia da Bomba Cardíaca e elaborar definições operacionais para estes indicadores. Foi utilizado o método de revisão integrativa de literatura com metassummarização, por meio da utilização do *software* Alceste. Este *software* tem por objetivo investigar a distribuição do vocabulário em um texto, realizando automaticamente sua análise lexical por meio de técnicas

Rosana Oliveira de Souza, Enfermeira, Mestre em enfermagem, Enfermeira no Hospital Municipal Carlos Tortelly. rosanasouzauff@gmail.com.br

Ana Carla Dantas Cavalcanti, Enfermeira, Doutora em enfermagem, Professora da Universidade Federal Fluminense.

Bárbara Pompeu Christovam, Enfermeira, Doutora em enfermagem, Professora da Universidade Federal Fluminense.

Vanessa Alves da Silva, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Professora na Cruz Vermelha do Brasil.

Valéria Gonçalves da Silva, Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Enfermeira no Instituto de Cardiologia



Trabalho 65

quantitativas de tratamento de dados sem a inferência do pesquisador. Entre as técnicas estatísticas se destaca a técnica do Qui-quadrado (x^2). Esta análise estatística busca as palavras mais frequentes em um texto com o intuito de identificar o ambiente em que cada objeto estudado é encontrado⁴. Neste caso foi realizada a análise dos textos extraídos da literatura que tinham afinidade com o tema de pesquisa com o intuito de identificar de que forma os indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca são encontrados na literatura. Para o desenvolvimento das definições operacionais utilizou-se como referencial teórico a Análise de Conceito, em suas estratégias síntese do conceito, derivação do conceito e análise do conceito, buscando as definições teóricas dos indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca. A amostra foi constituída por produções científicas que abordavam sobre a temática em estudo em um recorte temporal dos últimos cinco anos, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola e que se encontravam disponíveis *online* nas bases de dados de circulação internacional, incluindo dissertações, teses e artigos. Os critérios de exclusão foram os estudos que não tinham afinidade com o tema de pesquisa, textos não disponíveis nas bases de dados de circulação internacional textos que não se encontravam na língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Foram consultadas as seguintes bases de dados de circulação nacional e internacional: Scielo (Scientific Electronic Library Online), Ibecs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências em Saúde) e Medline (Medical Literature and Retrieval System Online) via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Destaca-se não ter sido encontrada nenhuma produção sobre a temática em estudo na base de dados Bdenf (Banco de Dados de Enfermagem). Foram encontrados 947 textos que após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura crítica restaram 21 textos, que compuseram o *corpus* de análise. Destas, 04 foram encontradas no ano de 2007, 03 no ano de 2008, 04 em 2009, 03 em 2010 e 07 no ano de 2011. Cabe destacar que 20 estudos eram artigos científicos e 01 tese. No que se refere à distribuição da amostra pelas bases de dados, 12 estudos encontravam-se disponíveis na Medline, 07 na Scielo e 02 na Ibecs. Os indicadores propostos pelo resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca que puderam ser confirmados pela presente pesquisa foram os seguintes: Pressão arterial sistólica, Pressão arterial diastólica, Frequência cardíaca apical, Índice cardíaco, Fração de ejeção cardíaca, Pulsos periféricos, Tamanho do coração, Débito de urina, Pressão venosa central, Equilíbrio entre ingestão e eliminação nas 24 horas, Cognição prejudicada, Estase de jugular, Disritmia, Sons cardíacos anormais, Angina, Edema periférico, Edema pulmonar, Náusea, Fadiga, Dispneia em repouso, Dispneia com esforço leve e Aumento de peso. Novos indicadores foram apontados na literatura como Ansiedade/depressão, Autocuidado, Apoio Familiar e Adesão ao Tratamento. É de suma importância destacar que os indicadores Rubor, Cianose e Diaforese não foram citados na literatura, e por este motivo, não se encontram inclusos no instrumento de monitoramento destes doentes. A proposta de acompanhamento deste paciente por meio deste instrumento tem por objetivo manter a sua estabilidade clínica por meio de técnicas que visem ajustes e modificações no estilo de vida, aderência às orientações feitas pela equipe de saúde e do quanto este paciente sabe sobre sua doença e

Rosana Oliveira de Souza, Enfermeira, Mestre em enfermagem, Enfermeira no Hospital Municipal Carlos Tortelly. rosanasouzauff@gmail.com.br

Ana Carla Dantas Cavalcanti, Enfermeira, Doutora em enfermagem, Professora da Universidade Federal Fluminense.

Bárbara Pompeu Christovam, Enfermeira, Doutora em enfermagem, Professora da Universidade Federal Fluminense.

Vanessa Alves da Silva, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Professora na Cruz Vermelha do Brasil.

Valéria Gonçalves da Silva, Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Enfermeira no Instituto de Cardiologia



Trabalho 65

sintomas relacionados. Este pode mensurar de maneira clara e precisa o nível do comprometimento de cada paciente e guia como este profissional pode intervir em busca de resultados em cada manifestação clínica apresentada pelo paciente. Com este estudo foi possível concluir que novas pesquisas devem ser realizadas com esta temática, por tratar-se de um assunto de grande importância para a busca de melhores resultados para o paciente com insuficiência cardíaca e consequentemente o direcionamento das intervenções. Espera-se que o resultado deste estudo contribua para a produção de novos conhecimentos sobre a Sistematização da Assistência da Enfermagem direcionada ao paciente com insuficiência cardíaca à medida que traz à tona melhores evidências acerca do resultado de enfermagem Eficácia de Bomba Cardíaca, possibilitando com isso, a utilização de uma linguagem padronizada que valoriza o contexto de saúde e a práxis da enfermagem, além de nortear a tomada de decisão clínica pelo enfermeiro.

Descritores: Avaliação de processos e resultados; insuficiência cardíaca e processos de enfermagem.

Eixo: Assistência de Enfermagem.

Referências:

1. SBC/DCC: III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. Arq. Bras. de Cardiologia, 2009.
2. Porto CC. Doenças do Coração. Prevenção e Tratamento. 2. ed. Guanabara-Koogan. Rio de Janeiro, 2005.
3. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 3st ed. Artmed. Porto Alegre, 2008.
4. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. 7ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

Rosana Oliveira de Souza, Enfermeira, Mestre em enfermagem, Enfermeira no Hospital Municipal Carlos Tortelly. rosanasouzauff@gmail.com.br

Ana Carla Dantas Cavalcanti, Enfermeira, Doutora em enfermagem, Professora da Universidade Federal Fluminense.

Bárbara Pompeu Christovam, Enfermeira, Doutora em enfermagem, Professora da Universidade Federal Fluminense.

Vanessa Alves da Silva, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Professora na Cruz Vermelha do Brasil.

Valéria Gonçalves da Silva, Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Enfermeira no Instituto de Cardiologia



Trabalho 66

A IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM PROGRAMA DE ORTOPEDIA E REABILITAÇÃO INFANTIL: DA TEORIA À PRÁTICA

Jaqueline Martins Dorneles¹, Fernanda Jordão da Silva Formiga, Denise Nobre de Souza, Isabel Cristina Correia Pereira², Polyanne Aparecida Alves Moita³

A Enfermagem está em constante evolução em seu conhecimento teórico-científico e o cuidado passou a ser direcionado à recuperação e bem-estar do indivíduo, com base neste conhecimento e na autonomia profissional¹. Com isso, foram construídos e organizados modelos conceituais de enfermagem, que são referencial para a elaboração das teorias de enfermagem. Essas teorias que subsidiaram a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), garantem a aplicabilidade através do processo de enfermagem (PE), método imprescindível na prática do enfermeiro². Para tanto, o objetivo geral deste estudo é delinear as fases de implantação da SAE em um setor de atendimento infantil. Trata-se de um estudo exploratório descritivo realizado nos meses de novembro de 2012 até a atualidade. O estudo está em andamento no Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, Brasília-DF, no qual os sujeitos são 21 enfermeiras. Para implantar a SAE, foi criado um Grupo SAE composto por 8 enfermeiras. Inicialmente, o grupo realizou estudos sobre SAE/Paradigmas/Metaparadigmas, Teorias de Enfermagem (Dorothea Orem, Callista Roy e Wanda Horta) e Diagnósticos de Enfermagem segundo a terminologia Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Posteriormente, elaborou-se um planejamento de treinamento com as enfermeiras. A primeira fase do treinamento foi composto por aulas teóricas ministradas em três encontros com os mesmos temas proferidos pelo Grupo SAE. Na segunda fase do treinamento, o Grupo SAE elaborou um instrumento de apoio utilizado como norteador do uso da terminologia CIPE®. Esta fase compreendia a coleta de dados na admissão de uma criança e a elaboração de um estudo de caso, através do *Browser* CIPE®, versão 2.0. Então, sabe-se que a SAE é contínua, sistemática e deliberativa, e convém aos profissionais responsáveis pela prestação de um cuidado digno e científico, buscar apropriar dos recursos metodológicos que fundamentam e norteiam a prática de enfermagem.

Descritores: planejamento da assistência ao paciente, serviços de enfermagem, educação em enfermagem.

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Referências:

1. Enfermagem: tecendo fios históricos no contexto da sociedade global. MELEK, Tangriane Hainiski Ramos, ROCHA Priscilla Roberta da Silva. REEUNI, Brasília, v.1, n.1,p. 64-79, jan/abr. 2008.
2. Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm 2006 set-out; 59(5): 675-9.

1. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, Brasília (DF), Brasil, E-mail: 13524@sarah.br, Telefone: (61) 3319-1340; 2. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. 3. Mestre em Gerenciamento e a Administração em Enfermagem pela EEUSP. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação.



Trabalho 67

CONSTRUÇÃO DE UM FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA.

Isaías Estevão Ribeiro¹

Iza Cristina dos Santos²

Karla Valéria P. T. S. Arcoverde³

Thais Vania Carvalho de Leão Rita⁴

Lourdes Alexandrina de Castro Neves⁵

Introdução: Consiste na construção de um formulário de avaliação de enfermagem dos pacientes submetidos aos procedimentos hemodinâmicos. A implantação da Sistematização da Assistência de enfermagem a (SAE) constitui uma exigência para as instituições de saúde públicas e privadas de todo o Brasil; e buscando adequar o serviço as exigências da resolução do COFEN de 358/2009 que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem. Os serviços de hemodinâmica são considerados setores de alta complexidade que envolve um alto nível tecnológico e exigem dos enfermeiros habilidades e competências. Justifica-se o estudo pelo fato do serviço de hemodinâmica ser um setor de diagnóstico e dinâmico onde paciente interno e externo da instituição necessita ser melhor acompanhado pela equipe de enfermagem por meio de um formulário construído pela equipe de enfermagem da hemodinâmica junto com a educação permanente da instituição. No contexto da área vascular, a unidade de hemodinâmica adquiriu características diferentes e tem sido um local onde outras especialidades, além da cardiológica, têm realizado exames diagnósticos e terapêuticos (01). Observa-se no cotidiano laboral de uma Unidade de Hemodinâmica uma pressão do tempo, uma diversidade de atividades e responsabilidades o que exige uma equipe multiprofissional, a qual é constantemente exposta a desafios, mas que dispõe autonomia para decisões e mecanismos de *feedback*, o que é possível pelo dinamismo de suas atividades (3). A SAE requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas (2). A melhoria da qualidade na assistência de enfermagem tem configurado uma necessidade de revisar e modificar a prática e o papel do profissional de enfermagem no sentido de imprimir uma nova

1 Enfermeiro coordenador do Grupo de SAE do Instituto Nacional de Cardiologia, email: isaiasestevao.ribeiro@gmail.com.

2 Coordenadora de Enfermagem da Educação Permanente do Instituto Nacional de Cardiologia

3 Gerente de Enfermagem da Educação Permanente do Instituto Nacional de Cardiologia

4 Assessora da Divisão de Enfermagem do Instituto Nacional de Cardiologia

5 Diretora de Enfermagem do Instituto Nacional de Cardiologia



Trabalho 67

característica à sua atuação, garantindo reconhecimento profissional.(5).
Objetivos: Descrever o processo de construção do formulário de avaliação de enfermagem no serviço de hemodinâmica, analisar a construção do formulário de avaliação de enfermagem frente ao diagnóstico de enfermagem. **Método:** Consiste em um relato de experiência, este método descreve a realidade da situação de forma profunda e completa que ajuda no direcionamento de futuros projetos de pesquisas mais abrangentes e com uma metodologia mais delineada. Este é o relato de experiência da equipe de enfermagem do serviço de hemodinâmica e da coordenação de enfermagem da educação permanente de uma instituição de saúde federal especializado em cardiologia localizado no município do Rio de Janeiro ocorrido entre julho à dezembro de 2012. **Resultados:** Através da realização de reuniões com as equipe de enfermagem da hemodinâmica e da educação permanente, foi construído o formulário onde buscou inserir as informações necessárias para atender as necessidades afetadas dos pacientes submetidos aos diversos exames diagnósticos do setor e adequar ao processo de sistematização. No formulário contém: a identificação do paciente, origem do mesmo, forma como chegou ao setor, confirmação do jejum, avaliação da ocorrência de hipertensão e/ou diabetes, o tipo de alergia, as medicações que utiliza e principalmente o uso de anticoagulante, exame físico contendo sinais vitais, exame do sistema tegumentar, respiratório, cardiovascular e geniturinário, o tipo de procedimento realizado, via de acesso do exame, o tipo de anestesia, medicações utilizadas no procedimento, características do curativo, aferição dos sinais vitais, intercorrências no exame, condições do paciente, problemas de enfermagem identificados, sistema de enfermagem baseado na Teoria de Orem (compensatório, parcialmente compensatório, apoio e educação), diagnóstico de enfermagem e condutas traçadas, e destino final do paciente. O formulário é realizado pelo enfermeiro responsável pela recepção do paciente e posterior encaminhamento ou não para a sala de hemodinâmica. Com a construção do formulário foi possível identificar os problemas de enfermagem traçar diagnósticos e planejar as condutas mais adequadas. **Conclusão:** A experiência na elaboração do formulário de avaliação de enfermagem ao paciente submetido a procedimentos hemodinâmicos direcionou a assistência à saúde do paciente que chega ao serviço. A sua aplicação deve ser feita de forma criteriosa, cuidadosa e sistemática, na realização da entrevista e realização do processo de enfermagem. Com a realização da entrevista fortalece o vínculo entre o enfermeiro e o paciente, de forma que o paciente e seu acompanhante expressem suas dúvidas, ideias e crenças bem como uma saudável troca de informações. Para planejar o cuidado, e determinar as possíveis intervenções objetivando atender as necessidades afetadas do paciente e avaliar e reavaliar a assistência de enfermagem prestada, torna – se necessário a utilização de um formulário unindo a prática e o conhecimento científico. Com a implantação do formulário de avaliação dos pacientes externos e internos verificamos a importância da sistematização da assistência na melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes.

Referências:

1. Aline Hamermüller, Eneida Rejane Rabelo, Sílvia Goldmeier, Karina de Oliveira Azzolin. Classificação de pacientes atendidos em uma unidade de hemodinâmica segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem. Acta Paul Enferm 2008; 21(1): 72-6.
2. Daniel, LF. A enfermagem planejada. São Paulo: EPU/DUSP, 1979.
3. Hermida, Patrícia Madalena Vieira. Araújo, Izilda Esmênia Muglia. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm 2006 set-out; 59(5): 675-9.
4. Linch GFC, Guido LA. Estresse de enfermeiros em unidade de hemodinâmica no Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):63-71.



Trabalho 67

5. Oliveira, Leira Maria de. Evangelista, Renata Alessandra. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): excelência no cuidado. Perquirere. Patos de Minas: UNIPAM, n. 7. Vol. 1: 83-88, ago. 2010.
6. Santos, Maria Izelta da Silva, Santos, Walquiria Lene dos. Sistematização da assistência de enfermagem para auditoria de qualidade. Revista de Divulgação Científica Sena Aires 2012; Julho-Dezembro (2): 179-184.
7. Tannure, Meire Chucre. Pinheiro, Ana Maria. SAE. Sistematização de Assistência de Enfermagem. Guia Prático. 2ª Ed. Guanabara Koogan.

Descritores: Hemodinâmica, avaliação, enfermagem.



Trabalho 68

COMPARAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA EM ADULTOS E IDOSOS.

Rosimere Ferreira Santana¹, Shimmenes Kamacael Pereira², Thalita Melo Delfino³, Dayana Medeiros do Amaral⁴, Thais da Silva Soares⁵

Introdução: A identificação do diagnóstico de enfermagem RCR permite unir os fatores incidentes contribuintes para retardamento cirúrgico, ampliando o foco clínico do enfermeiro para auxiliar na redução dos danos cirúrgicos. **Objetivos:** comparar a incidência do diagnóstico de enfermagem RCR na população de adultos e idosos, associando possíveis causas ao processo de envelhecimento visando intervenções mais específicas a essas populações. **Método:** Estudo observacional seccional realizado com 72 pacientes cirúrgicos acompanhados após o 5º dia de pós-operatório num Hospital Universitário no Estado do Rio de Janeiro. A coleta dos dados ocorreu por instrumentos de entrevista. **Resultados:** Os idosos (48,6%) apresentaram uma incidência maior do diagnóstico de RCR (77,1%) e os adultos (51,4%) 75,7%. Na população de adultos, 43,2% possuem de 40 a 49 anos de idade, e nos idosos 51,4% prevalecem com 60 a 69 anos. Concluindo que quanto maior a idade do paciente maior a incidência de RCR, logo 48,6% dos idosos possuem idade acima de 70 anos, e destes 82,3 % possuem RCR. **Conclusão:** Identificar a necessidade da diferenciação no atendimento do adulto/idoso favorece uma melhor assistência perioperatória. Para isso são necessários estudos que analisam em diferentes cenários as duas populações, realizando novas comparações com a identificação do diagnóstico de enfermagem RCR, com presença de comparações estatísticas mais significativas. **Referências:** 1. World Health Organization (Geneva). The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. 2009. 2 ed. 2. Borghi ACS. As complicações pós-operatórias do paciente idoso e as implicações ao cuidado de enfermagem gerontológico. (Curitiba/PR). 2007. Universidade Federal do Paraná. 3. Eliopoulos, C. Enfermagem Gerontológica. (Porto alegre). 2011. Artmed, 7. Ed. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem, Enfermagem perioperatória, enfermagem geriátrica. **Eixo:** 2 Assistência de enfermagem.

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. E-mail: rosifesa@gmail.com

²Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. E-mail: shimmeneskp@gmail.com

³Enfermeira e Licenciada em Enfermagem. Residente em Clínica Médico- cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Brasil. E-mail: tallitamell@hotmail.com

⁴Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Bolsista de Iniciação Científica FAPERJ. Email: dayanaamaral@id.uff.br

⁵Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPQ. Email: thaissoares@id.uff.br



Trabalho 69

PROPOSTA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM RISCO PARA RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Rosimere Ferreira Santana¹, Shimmenes Kamacael Pereira², Dayana Medeiros do Amaral³, Thais da Silva Soares⁴, Déborah Marinho da Silva⁵

Introdução: A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório constitui um desafio devido às alterações fisiológicas complexas que ocorrem nesta fase, como recuperação anestésica, dor, desconforto, ferida operatória, náuseas e vômitos, limitação dos movimentos, dependência para o autocuidado, risco para infecção e expectativas quanto a recuperação, retorno as atividades, alta e cuidados em casa. Portanto, o período pós operatório requer uma assistência qualificada e direcionada da equipe de enfermagem para as necessidades do paciente cirúrgico, com a identificação correta dos diagnósticos de enfermagem e intervenções específicas, evitando complicações na recuperação pós-operatória que podem gerar um tempo maior do que o proposto de recuperação, custos hospitalares, reinternações e morbimortalidades.^(1,2) Prontamente, a concepção do diagnóstico proposto de ‘Risco para recuperação cirúrgica retardada’ permitirá unir os pontos em comuns contribuintes para retardamento cirúrgico, ampliando o foco clínico do enfermeiro para auxiliar na redução dos danos cirúrgicos, antes, mesmo do fenômeno de recuperação cirúrgica se apresentar, ou seja, os cuidados de enfermagem perioperatórios aos sujeitos com Risco para recuperação cirúrgica retardada seria validos para monitoração de fatores de risco de complicações cirúrgicas. Observa-se na literatura uma visão fragmentada deste fenômeno, pois a maioria dos estudos tratam isoladamente as variáveis clínicas dos Fatores de Risco para recuperação cirúrgica retardada, sua organização em um diagnóstico de enfermagem potencial, pode viabilizar sua identificação correta e monitoração na prática clínica de enfermagem. Deste modo, na literatura e na prática clínica a prevenção do retardamento e das complicações da recuperação do pós-operatório, seria o mais utilizado para pacientes no período perioperatório.^(3, 4, 5) Com isso identificou-se a necessidade de criar uma proposta de um novo diagnóstico, Risco para recuperação cirúrgica retardada, onde a partir de Fatores de Riscos identificados pelo enfermeiro, geraria intervenções e resultados de sua responsabilidade, ocorrendo não só a prevenção de complicações, mas a padronização da linguagem das ações correspondentes ao período, tornando-se possível a documentação e execução do processo de enfermagem específica da área perioperatória. **Objetivo:** Formular uma proposta diagnóstica de enfermagem de Risco de recuperação cirúrgica retardada, segundo NANDA-I, a partir de dados coletados do projeto de pesquisa “Validação do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada”. **Descrição metodológica:** Trata-se de um recorte de projeto de pesquisa sobre “Validação do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada”, com abordagem quantitativa dividido em três etapas: revisão integrativa e análise de conceito, optou-se pela revisão integrativa como método, no intuito de reunir e sintetizar as evidências sobre o conteúdo do diagnóstico, seus atributos e definições operacionais; possibilitou o levantamento dos fatores de risco; Validação por especialistas adaptada da proposta de Hoskins; Validação clínica, pesquisa experimental verificando se as características definidoras e fatores relacionados validados nas etapas

¹Pós-doutorado em Enfermagem. Professora adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense.

²Enfermeira formada pela Universidade Federal Fluminense. Especialista em Clínica cirúrgica pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Mestranda pela UFF.

³Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF. Bolsista de Iniciação científica da FAPERJ. Email: dayanaamaral@id.uff.br

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF. Bolsista de Iniciação científica CNPQ.

⁵Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF. Bolsista de Iniciação científica da FAPERJ.



Trabalho 69

anteriores são relevantes, acuradas e precisas na prática clínica, nesta fase teve-se os cenários de dois hospitais universitários, ambos com estudos transversais. A partir dos dados coletados para a validação do diagnóstico de enfermagem real recuperação cirúrgica retardada, viu-se a necessidade da formulação de um diagnóstico potencial. A presente proposta foi enviada ao comitê de desenvolvimento de diagnóstico da NANDA-I. **Resultados:** Na validação clínica e na análise de conceito obtivemos os resultados que comprovaram a significância estatística da incidência das evidências clínicas apresentadas pelos pacientes, e a partir dos dados julgou-se os fatores de riscos sugeridos para proposta diagnóstica Risco de recuperação cirúrgica retardada. A definição do diagnóstico de enfermagem proposto de risco para recuperação cirúrgica retardada trata-se de “Risco para atraso na recuperação cirúrgica”. O domínio 11 Segurança/Proteção foi o indicado, e a classe 2 lesão física. Os fatores de riscos sugeridos foram dificuldade para movimentar-se, sentimentos de preocupação expressos (da morte, rejeição social, rejeição do próprio corpo, a insegurança, ansiedade, a culpa e a perda, a possibilidade permanente de um corpo mutilado, depressão, a diminuição da autoestima), histórico de retardo na cicatrização da ferida, obesidade, procedimento cirúrgico extenso, procedimento cirúrgico prolongado, deficiência nutricional, idade acima de 60 anos (idosos), edema ou trauma no local da cirurgia, diabetes mellitus, uso de corticoides e ou quimioterapia, sujidades ou contaminação no local de cirúrgica (Classificação das Cirurgias segundo o Potencial de Contaminação da Incisão cirúrgica). Sugeriu-se dificuldade para movimentar-se, pois a mobilidade é um fator decisivo para a manutenção da independência do paciente, mas está frequentemente prejudicada devido procedimento cirúrgico, condições ortopédicas, presença dos drenos que restringem a movimentação do corpo, trauma e da sensação de dor ao movimentar-se. Além da Mobilidade física prejudicada em pacientes submetidos a cirurgias (principalmente ortopédicas), chama-se atenção para outros diagnósticos relacionados: Deambulação prejudicada, Capacidade de transferência prejudicada e Mobilidade no leito prejudicada. Indicou-se Sentimentos de preocupação expressos, devido aos sentimentos que mais comumente despertados são o medo, ansiedade, a rejeição, a insegurança, a culpa e a perda, a possibilidade permanente de um corpo mutilado, depressão, a diminuição da auto-estima, coexistentes com sentimentos de fortalecimento pessoal e esperança e ansiedade que pode estar relacionada à hospitalização; às incertezas referentes à recuperação, após as cirurgias e à possibilidade de manutenção das atividades cotidianas; ao pós-operatório; à impossibilidade de expressar-se verbalmente. Durante o tempo de estresse, via hipotálamo-pituitária-adrenal é ativada. Isso causa uma liberação de catecolaminas, como adrenalina e noradrenalina. Isso pode levar a diversos problemas no pós-operatório, entre eles, levar ao aumento de cortisol, e esse pode levar ao esgotamento muscular e protéico, acarretando numa demora da cicatrização da ferida cirúrgica. Indicou-se histórico de retardo na cicatrização da ferida, pois pode retardar o processo de cicatrização e, assim, prolongar a internação do paciente. **Conclusão e contribuições para a enfermagem:** Almeja-se propor um novo diagnóstico de enfermagem, Risco para recuperação cirúrgica retardada, de forma concisa e acurada, a fim de certificar as melhores intervenções e resultados adequados e eficazes, contribuindo assim para a prática da enfermagem baseada em

¹Pós-doutorado em Enfermagem. Professora adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense.

²Enfermeira formada pela Universidade Federal Fluminense. Especialista em Clínica cirúrgica pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Mestranda pela UFF.

³Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF. Bolsista de Iniciação científica da FAPERJ. Email: dayanaamaral@id.uff.br

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF. Bolsista de Iniciação científica CNPQ.

⁵Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF. Bolsista de Iniciação científica da FAPERJ.



Trabalho 69

evidência. A identificação desse diagnóstico permite unir fatores colaboradores para retardamento cirúrgico, ampliando o foco clínico do enfermeiro para redução dos danos cirúrgicos. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem, Enfermagem Perioperatória, Fatores de risco. **Eixo 2:** Assistência de enfermagem.

Referências

- 1 Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: 2009
- 2 Walker, LO; Avant, KC. Concept Analysis. Strategies for Theory Construction in Nursing. New Jersey: Pearson, 2005. p. 63-84.
- 3 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64.
- 4 Walker, LO; Avant, KC. Concept Analysis. Strategies for Theory Construction in Nursing. New Jersey: Pearson, 2005. p. 63-84.
- 5 North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação, 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2012.

¹Pós-doutorado em Enfermagem. Professora adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense.

²Enfermeira formada pela Universidade Federal Fluminense. Especialista em Clínica cirúrgica pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Mestranda pela UFF.

³Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF. Bolsista de Iniciação científica da FAPERJ. Email: dayanaamaral@id.uff.br

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF. Bolsista de Iniciação científica CNPQ.

⁵Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF. Bolsista de Iniciação científica da FAPERJ.



Trabalho 70

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A ERROS EM IMUNIZAÇÃO, NO PARANÁ

Lúcia Helena Linheira Bisetto¹, Fernanda Karoline Schamne²

Introdução: a vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) evidenciou a ocorrência de erros ligados ao trabalho da enfermagem ⁽¹⁾. A assistência a estes erros é fundamental para prevenir danos ao cliente e preservar a confiança no serviço, porém observa-se pouca participação do enfermeiro nesta área ⁽¹⁾. **Objetivos:** identificar a atuação do enfermeiro na assistência a EAPV decorrente de erro em imunização, no Paraná. **Método:** pesquisa descritiva documental, quantitativa, transversal, de 2000 a 2010, no Paraná. Utilizados dados secundários do SI-EAPV e do relatório de erros do Programa de Imunização do Paraná. Critérios de inclusão: casos confirmados de EAPV e de erros em imunização. Estimadas frequências absoluta e relativa. **Resultados:** encontrados 6.440 registros de EAPV, sendo 419 casos (6,5%) causados por erros. Destes, 55,4% (232) foram atendidos por enfermeiros; 35,8% (150) por médicos e 8% (37) por técnicos ou auxiliares de enfermagem. **Discussão e conclusão:** anteriormente os EAPV eram atendidos, principalmente, por médicos. Este estudo identificou mudanças, com a realização de consultas de enfermagem em EAPV, demonstrando ampliação do espaço de trabalho do enfermeiro na imunização. Isto confirma sua atuação no SUS ⁽²⁾, evidenciando o vínculo da população com este profissional, importante para a adesão à vacinação ⁽³⁾, e reforça o seu potencial neste domínio, contribuindo para o reconhecimento do trabalho da enfermagem.

Descritores: Assistência de enfermagem. Imunização. Erros de medicação.

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Referências

1. Bisetto LH, Cubas M, Malucelli A. A prática da enfermagem frente aos eventos adversos pós-vacinação. Rev Esc Enferm USP 2011;45(5):1128-34.
2. Saporoli EC, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa Saúde da Família. Acta Paul Enferm. 2007; 20(1): 55-61.
3. Figueiredo GLA, Pina JC, Tonete VLP, Lima RAG, Mello DF. Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2011;19(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_20.pdf

¹ Enfermeira. Doutoranda do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Enfermeira do Programa de Imunização da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. lucia.bisetto@usp.br

² Enfermeira. Graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. ferschamne@hotmail.com



Trabalho 71

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS DURANTE A ASSISTÊNCIA A PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO EM UMA CLÍNICA NEUROCIRÚRGICA

Ellen Thais Graiff de Sousa¹; Lidiane Renata Ferreira de Oliveira de Paiva²; Andressa Kaline Ferreira Araújo³; Lúcia de Fátima Rodrigues Gomes⁴; Inacia Satiro Xavier de França⁵

Introdução: A Neurologia é a especialidade da Medicina que estuda as doenças estruturais do Sistema Nervoso Central e do Sistema Nervoso Periférico, bem como de seus envoltórios (as meninges). Por serem doenças estruturais significa que há uma lesão identificável em nível genético-molecular, bioquímico ou tecidual. Em outras palavras, existe uma alteração neuroanatômica ou neurofisiológica que produz manifestações clínicas, as quais devem ser interpretadas. Esta área subdivide-se em neurologia clínica, neurologia infantil e neurocirurgia¹. A neurocirurgia é a especialidade médica responsável pelo tratamento das doenças do sistema nervoso central e periférico, traumas cranio-encefálicos e raqui-medulares passíveis de abordagem cirúrgica. Estas doenças incluídas no espectro da Neurocirurgia compreendem grandes causas de morbidade e mortalidade na população brasileira e o seu tratamento envolve o dispêndio de muitos recursos financeiros². Seu tratamento interfere diretamente na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. No Amazonas, os pacientes com afecções neurológicas que necessitam de procedimento neurocirúrgico eletivo são encaminhados dos diversos serviços de saúde para o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) onde são internados na clínica neurocirúrgica e permanecem no período pré-operatório e pós-operatório imediato e/ou tardio.

Objetivo: Apresentar os diagnósticos de enfermagem identificados durante a assistência de Enfermagem a pacientes no pré-operatório em uma clínica neurocirúrgica. **Descrição metodológica:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. A prática relatada foi experienciada por uma residente de enfermagem da primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde no estado do Amazonas, área de concentração Saúde Funcional na clínica neurocirúrgica do HUGV, Manaus/AM no período entre abril de 2010 a março de 2012. O HUGV é um hospital público federal de nível terciário, reconhecido como referência em neurocirurgia para estado do Amazonas e demais estados da região Norte. Além de prestar assistência à saúde, serve de campo ao ensino clínico para os cursos de graduação em Enfermagem, Serviço social, Psicologia, Farmácia, Educação física, Medicina, Fisioterapia, Nutrição, residência médica de diversas especialidades, residência multiprofissional e em área profissional (Patologia bucal e Enfermagem obstétrica). A clínica neurocirúrgica atende principalmente pacientes que necessitam realizar cirurgia para o tratamento do tumor cerebral, hidrocefalia, falha óssea, aneurisma cerebral, hérnia de disco e tumor medular. As informações

1 Enfermeira. Mestranda do Programa em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba.

2 Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva.

3 Enfermeira. Mestranda do Programa em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba.

4 Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora do Programa de Saúde Funcional da Residência Multiprofissional em Saúde. Universidade Federal do Amazonas.

5 Enfermeira. Doutora. Enfermeira. Doutora. Professor Doutor nível C. Universidade Estadual da Paraíba.



Trabalho 71

obtidas para a realização deste relato foram concedidas pela própria residente durante sua atuação na clínica neurocirúrgica do HUGV sob orientação de uma enfermeira preceptora. A atuação da mesma na clínica consistia em: 1. Atividades de educação em saúde na preparação para a alta de pacientes neurológicos; 2. Atividades de educação permanente; 3. Assistência de enfermagem direta aos pacientes neurocirúrgicos compreendendo o pré e o pós-operatório. A partir da realização da terceira atividade foram extraídos os diagnósticos de enfermagem identificados durante a assistência direcionada aos pacientes. Estes diagnósticos eram transcritos no impresso da SAE e seguindo-se as etapas do PE era traçado o planejamento de enfermagem onde eram definidas as metas, estabelecidas às prioridades, os resultados esperados pelo paciente, determinadas as prescrições de enfermagem⁴. Assim, prescrições de enfermagem eram propostas com base nas etapas anteriores e posteriormente o plano de cuidado era executado na etapa de implementação da assistência. Ao final, todo este processo era avaliado para acompanhar as respostas do paciente aos cuidados prescritos em uma etapa denominada avaliação de Enfermagem⁴. Para elaboração dos diagnósticos era utilizada a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) 2009-2011³. O objetivo do diagnóstico de enfermagem é identificar ou estabelecer necessidades ou as respostas humanas relevantes específicas do paciente, de modo que a assistência eficaz possa ser planejada e prestada. Esse processo de análise dos dados utiliza o raciocínio diagnóstico, do qual são tiradas conclusões quanto aos significados dos dados coletados para se determinar se há ou não indicação para o estabelecimento de uma intervenção de enfermagem^{3,4}. **Resultados:** Durante a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no período pré-operatório aos pacientes neurocirúrgicos, na segunda etapa do Processo de Enfermagem (PE) que era realizada após o histórico de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem identificados foram³: ansiedade; medo; déficit de conhecimento acerca da doença, do tratamento e prognóstico; déficit no autocuidado para alimentação, banho/higiene, higiene íntima e vestir-se/arrumar-se; risco para integridade da pele prejudicada e risco de quedas. **Conclusão:** Através deste estudo foi possível conhecer os diagnósticos de enfermagem identificados durante a assistência de enfermagem a pacientes no pré-operatório na clínica neurocirúrgica do HUGV no período entre abril de 2010 a março de 2012 e desta forma pode oferecer subsídios para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente neurocirúrgico. Os diagnósticos de enfermagem consistem em um julgamento clínico sobre as respostas individuais, familiares ou comunitárias a problemas à saúde ou processos de vida reais ou potenciais³. Sua utilização na clínica proporcionou uma linguagem comum que permitiu a identificação das reais necessidades dos pacientes. Além disso, forneceu base para a seleção das intervenções de enfermagem importantes no alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. Assim, a identificação de diagnósticos de enfermagem no pré-operatório do paciente neurocirúrgico foi importante, pois a partir deles, foi possível criar um plano de cuidados individualizados para cada um dos problemas de saúde dos pacientes garantindo desta forma, a integralidade do cuidado. **Contribuições para a Enfermagem:** Através da identificação de diagnósticos de enfermagem é possível propor as intervenções que serão fundamentais para uma assistência especializada, individualizada e qualificada. Sua utilização facilita a identificação das metas apropriadas, assegura a precisão das informações, ajuda a desenvolver diretrizes para a prática de enfermagem, estabelece uma base para a melhora da qualidade e facilita as pesquisas que embasam as práticas de enfermagem baseada em evidências⁴.

Descritores: Diagnósticos de enfermagem. Neurocirurgia. Pré-operatório.



Trabalho 71

Eixo Temático II: Assistência de Enfermagem.

Referências:

1. Reed, UC. Neurologia: noções básicas sobre a especialidade. Departamento de neurologia da Faculdade de Medicina da USP. Disponível em: <www.fm.usp.br/pdf/neurologia.pdf>. Acesso em: set 2011.
2. Bahia. Secretaria da Administração. Elaboração Valor referencial Procedimento: Neurocirurgia. 2. ed. Salvador: SAEB/CGPS; 2009.
3. NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010. 456 p.
4. Doenges MF, Moorhouse MF, Murr AC. Diagnósticos de Enfermagem: Intervenções, Prioridades, Fundamentos. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010, 725 p.



Trabalho 72

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO COM MIELOMENINGOCELE SUBMETIDO A ENTEROCISTOPLASTIA: ESTUDO DE CASO

Fernanda Jordão da Silva Formiga¹, Larissa Faquim Bazaga², Kelly Patricia Cassiano Meneses², Jaqueline Martins Dorneles², Polyanne Aparecida Alves Moita³

A mielomeningocele (MMC) é uma malformação complexa do tubo neural, definida como um dos defeitos do fechamento do tubo neural (DFTN), em que ocorre uma falha na fusão dos elementos posteriores da coluna vertebral, ocasionando displasia da medula espinhal. As manifestações clínicas mais frequentes da MMC são: paralisia de membros inferiores, distúrbios da sensibilidade cutânea, incontinência urinária e intestinal, deformidades musculoesqueléticas e cerca de 90% tem hidrocefalia. A criança com MMC, na maioria das vezes, tem uma disfunção vesical secundária denominado bexiga neurogênica; que corrobora para complicações do trato urinário inferior e superior, como infecções urinárias, aumento da pressão vesical para as vias urinárias superiores, refluxo vesicoureteral, sendo possível uma futura deterioração renal¹. O tratamento conservador no caso da bexiga neurogênica diminui significadamente a morbidade através do cateterismo limpo intermitente e medicamentos anticolinérgicos. Porém, problemas relacionados ao armazenamento vesical, como elevadas pressões e baixa complacência da bexiga, podem permanecer devido à ineficácia do tratamento ou pela existência de anormalidades estruturais que comprometem as funções vesicouretrais. Essas alterações, eventualmente, evoluem para deterioração e/ou falência renal, e influenciam de forma significativa na qualidade de vida da criança e da família. Nessas situações, uma reconstrução cirúrgica da bexiga ainda na população pediátrica pode ser indicada. A enterocistoplastia é um procedimento cirúrgico de ampliação vesical utilizando uma parte do sistema digestório, no caso, uma porção do intestino, com a finalidade principal de criar um reservatório de baixa pressão com capacidade adequada para preservação do trato urinário superior, e tornar possível a manutenção da continência urinária. Este procedimento é indicado nos casos de disfunção vesical em que há comprometimento do trato urinário superior, associado a possível deterioração renal². No sentido de planejar a melhor assistência a um paciente em pré-operatório de enterocistoplastia, entendemos que 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 para que ele seja realizado. Incorporar a SAE é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidar de enfermagem humanizado, contínuo, e com qualidade. Segundo o Art 3º da Resolução COFEN 358/2009, o Processo de Enfermagem (PE) deve estar baseado em um suporte teórico, nesse sentido, após estudos de aprofundamento elaboramos um instrumento de coleta de dados segundo o modelo conceitual de Callista Roy. O modelo da Adaptação proposto por Roy inclui a noção de estímulos e respostas. De acordo com a teórica, os estímulos subdividem-se em internos e externos, para isto são acionados mecanismos de enfrentamento, que seriam modos inatos ou adquiridos de responder ao ambiente variável. Os comportamentos resultantes destes subsistemas são observados a partir de quatro modos adaptativos: modo fisiológico, modo de autoconceito, modo de desempenho de papel, e modo de interdependência. Com relação ao PE proposto por Roy, destaca-se a

1. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil. E-mail: 6314@sarah.br Telefone: 33191340 2. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação 3. Mestre em Gerenciamento e Administração em Enfermagem pela EEUSP. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação



Trabalho 72

etapa do diagnóstico, visto que, propõe uma perspectiva diferente sobre tal etapa. Para ela, a formulação do diagnóstico pode ocorrer de três formas diferentes: primeiro, uma avaliação de comportamentos de um único modo que possua muitos estímulos relevantes influenciando-o; segundo, uma classificação resumida para comportamentos em um único modo com um único estímulo relevante; e por último, uma classificação que resuma um padrão comportamental, quando mais de um modo está sendo afetado por alguns estímulos³. Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem (DE) é importante a utilização de uma terminologia universal. Nesse sentido, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) foi criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) para permitir uma linguagem científica e unificada, comum à enfermagem mundial⁴. Esta classificação permite ao enfermeiro identificar os DE através de fenômenos de enfermagem. Tem ainda a possibilidade de elaborar DE de forma padronizada com qualquer enfermeiro em qualquer parte do mundo. Para tanto, este estudo tem como objetivo implementar as etapas da SAE ao paciente pediátrico com mielomeningocele submetido a enterocistoplastia, atendido em um hospital de reabilitação infantil. Trata-se de de um estudo sistemático e retrospectivo, onde avaliamos os registros de enfermagem em prontuário eletrônico, e elaboramos as etapas do processo de enfermagem (PE), à luz da Teoria da Adaptação de Callista Roy. Os dados foram coletados em instrumento baseado na Teoria da Adaptação de Callista Roy, e elaborados os principais diagnósticos de acordo com a CIPE®. A implementação ocorreu no período de abril de 2013, através da análise dos registros da paciente. Em relação aos resultados, analisou-se os dados da admissão, bem como o prontuário de uma paciente de 13 anos e 3 meses, que possui como diagnóstico principal definitivo de mielomeningocele (espinha bífida), associada a hidrocefalia sem derivação ventriculoperitoneal e escoliose; e como diagnósticos secundários definitivos luxação congênita do quadril à direita, bexiga neurogênica e uropatia associada a refluxo vesicoureteral, além de intestino neurogênico. Ao analisar o histórico da paciente à luz de Roy, observou-se que, segundo o modo fisiológico, a paciente apresentou como principal alteração a bexiga neurogênica, e dentre outras alterações, analisou-se também o intestino neurogênico, a escoliose, a dificuldade escolar. Segundo o modo adaptativo de função de papel a paciente é estudante do quinto ano do ensino fundamental, com dificuldade na disciplina de História, sendo que reprovou a terceiro ano por duas vezes. Com relação ao modo de interdependência, analisou-se que a interação social da adolescente se restringe ao meio familiar e escolar, com boa relação com colegas de idades próximas, inclusive melhor interação com suas irmãs gêmeas. Gosta de assistir programas televisivos, socializar-se na *internet* com seu próprio computador e conversar com algumas vizinhas de mesma idade. Ao analisar o modo adaptativo de autoconceito, que se refere a necessidade básica a integridade psíquica compondo padrões de crenças, valores e emoções, notamos que a a adolescente é católica como a opção da família, referiu ansiedade e medo quanto à cirurgia no momento da admissão e a cuidadora principal é sua mãe. A avó e tia materna auxiliam no cuidado em alguns momentos. Dentro do processo de implementação das etapas da SAE, e baseado nos achados dos modos adaptativos de Roy, foram elaborados os principais diagnósticos pré operatórios, segundo a CIPE®, para a paciente em questão: ansiedade, eliminação urinária alterada, status nutricional alterado, risco para integridade da pele alterada, risco de infecção. As intervenções de enfermagem foram descritas analisando-se cada diagnóstico e os resultados a serem alcançados para cada um deste, e o processo de avaliação foi sistemático e

1. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil. E-mail: 6314@sarah.br Telefone: 33191340 2. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação 3. Mestre em Gerenciamento e Administração em Enfermagem pela EEUSP. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação



Trabalho 72

contínuo. Observou-se que a ação sistematizada da enfermagem no cuidado do paciente pediátrico com mielomeningocele submetido a enterocistoplastia, permitiu uma ação futura no restabelecimento e manutenção da função renal e promoção da qualidade de vida da criança e sua família, através da elaboração de um catálogo CIPE® para orientação da prática de enfermagem ao paciente pediátrico submetido a enterocistoplastia.

Descritores: enterocistoplastia, mielomeningocele, planejamento de assistência ao paciente, cuidados de enfermagem.

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Referências:

1. Furlan MFFM, Ferriani MGC, Gomes R. O cuidar de crianças portadoras de bexiga neurogênica: representações sociais das necessidades dessas crianças e suas mães. Rev. Latino-am. Enfermagem, v. 11, n. 6, p. 763-770, nov./dez. 2003.
2. Scales CD, Weiner JJS. Evaluating outcomes of enterocystoplasty in patients with spina sifida: a review of the literature. The Journal of Urology, v. 180, p. 2323-2329, dec. 2008.
- 3 Andrews, HA, Roy, C. Teoria de Enfermagem: modelo da adaptação de Roy. Porto Alegre: Instituto Piaget, 2001.
4. Castro H. Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®. Guidelines for ICNP® Catalogue Development. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Junho, 2009. [Acesso em : 16/04/2013]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

1. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil. E-mail: 6314@sarah.br Telefone: 33191340
2. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação
3. Mestre em Gerenciamento e Administração em Enfermagem pela EEUSP. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação



Trabalho 73

A IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Fernanda Jordão da Silva Formiga¹, Isabel Cristina Correia Pereira², Denise Nobre de Souza², Juliana Maria Vieira de Santiago², Jaqueline Martins Dorneles²

A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em ambiente hospitalar é um processo complexo que demanda organização institucional e do corpo de enfermagem, filosofia e princípios institucionais, educação permanente e equipe de enfermagem motivada em promover uma assistência adequada ao seu cliente¹. Este estudo propõe uma revisão bibliográfica integrativa sobre as publicações relacionadas ao processo de implementação da SAE nos serviços de saúde no Brasil². O objetivo geral foi analisar através de publicações científicas sobre andamento da SAE nos serviços de saúde no Brasil. Realizou-se uma revisão da literatura disponível nos bancos de dados: LILACS, BDENF e Coleciona SUS. Foram selecionados 12 artigos que obedeceram aos critérios de inclusão: publicações datados entre 2002 a 2012, no idioma em português, os descritores utilizados foram plano de assistência de enfermagem e implementação, conforme a terminologia em saúde prevista pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram encontrados 11 artigos em periódicos e uma tese. Realizou-se a análise de conteúdo, e utilizou-se a proposta de análise por temas. Através dos resultados das publicações, observou-se que o processo de implementação da SAE se revela bastante complexo e trabalhoso, mas que pode contribuir diretamente na melhoria da qualidade da assistência; algumas publicações apontam que existem diversas fases do planejamento para a implementação, sendo necessário antes de mais nada reconhecer a estrutura institucional, suas demandas e facilidades. Para determinados autores há certa falta de instrumentalização e descrença dos profissionais quanto à implementação da SAE, resultados que são associadas a fatores de ordem política, estrutural, e cultural. Portanto, enfatizamos a importância de expandir a análise de pesquisas sobre essa temática afim de facilitar o entendimento sobre o processo de implementação da SAE a nível nacional, e adequar esse planejamento à realidade institucional como um processo teórico-prático que requer reflexão com vistas à problematização da realidade.

Descritores: plano de assistência de enfermagem, implementação.

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Referências:

1. Hermida PMV, Araújo, IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm v. 59, n. 5, p. 675-9, set./out. 2006.
2. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enferm, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

1 Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil. E-mail: fejordao@sarah.com. Telefone: (61) 81881772. 2 Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação.



Trabalho 74



PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PUERPÉRIO IMEDIATO, FUNDAMENTADA POR DOROTHEA ELIZABETH OREM

RESIN, Sirli¹; DE PIERI, Aline Marques²; FELTRIN, José Otávio³

Introdução: O período puerperal é compreendido como o período “que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinados pela gestação no organismo materno retornam às condições normais” (SANTOS 2002). Neste período ocorrem adaptações fisiológicas e comportamentais muito complexas nas mulheres caracterizadas por modificações anatômicas e fenômenos fisiológicos, estabelecido pela lactação, adaptação psicológica da mãe e estabelecimento da relação mãe-filho e seus familiares, reconhecendo a sua individualidade e obtendo uma visão holística, assim prestando um atendimento humanizado como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico”. (BRASIL, 2001). **Contextualização:** O Ministério da Saúde (MS) por meio da portaria nº569 instituiu o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, com o objetivo declarado de assegurar a melhoria tanto do acesso como da abertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. (BRASIL, 2002). A importância das gestantes que recebem atendimento no pré-natal precoce e adequado contribui para ajudar a reduzir as taxas de doenças perinatal, em virtude de ajudar a identificar possíveis fatores de riscos, implementar medidas que diminuam tais fatores e que contribuam para os resultados negativos, além de contribuir para uma experiência mais prazerosa do parto. (RICCI, 2008). A redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal dependem, significativamente, da avaliação da assistência pré-natal, uma vez que a qualidade dessa assistência tem relação estreita com os níveis de saúde de mães e conceptos. O período pós-parto conhecido como puerpério começa após a expulsão da placenta, à medida que o corpo da mulher volta ao estado pré-gravidez, e estende até tais mudanças se completarem, geralmente dura aproximadamente seis semanas pós-parto. (RICCI, 2008). Sendo o puerpério dividido em três fases: imediato, tardio e remoto. A primeira fase corresponde ao período compreendido do 1º ao 10º dia pós-parto, durante o qual se desenrolam todas as modificações necessárias ao retorno do funcionamento do organismo da mulher ao estado anterior à gravidez. (REZENDE, 1995). Segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde, a consulta do puerpério está inserida no seu plano de ação. Os objetivos da consulta puerperal visam

¹Enfermeira, Coordenadora Técnica do Curso de Enfermagem – Núcleo Estudos Aplicados a Saúde – NEAS - Centro Universitário Barriga Verde – Unibave; Contato: sirliresin@gmail.com – Fone: (48) 9677-9200

²Acadêmica da 8ª fase (2012-B) Curso de Enfermagem UNIBAVE; Contato: alinedepieriorleans@hotmail.com

³Professor do Curso de Enfermagem do UNIBAVE; Núcleo Estudos Aplicados a Saúde – NEAS; Contato: bimbarau@terra.com.br



Trabalho 74

avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido e retorno às condições pré-gravídicas; orientação e apoio à amamentação; avaliação da interação da mãe com o recém-nascido; identificação de situações de risco ou intercorrências e conduzi-las ao local correto; orientação sobre o planejamento familiar; complementação ou realização de ações não executadas no pré-natal; e ainda, orientação sobre os cuidados básicos com o recém-nascido. (BRASIL, 2002). A Teoria do Autocuidado é um dos três construtos ou teorias que formam o arcabouço da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado proposta por Orem. O seu pressuposto é que todos os seres humanos têm potencial para desenvolver suas habilidades intelectuais e práticas, além da motivação essencial para o autocuidado (SAMPAIO, 2008). Orem afirma que o autocuidado ocorre numa parceria entre paciente e profissional na qual os problemas são identificados e determinam as ações e o tipo de intervenção apropriada, incentivando uma diminuição na dependência do paciente. (SAMPAIO, 2008). **Descrição metodológica:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido durante o período de Estágio Supervisionado de Experiência complementar em enfermagem, foi desenvolvido um formulário para a realização da consulta de enfermagem com base na teoria de autocuidado de Dorotheia Orem, sendo aplicado em todas as mulheres internadas puerpério imediato na maternidade de um hospital de pequeno porte do sul de Santa Catarina, realizado durante o mês de setembro de 2012, caracterizando um total de 11 mulheres. **Resultados:** As consultas de enfermagem realizadas com as mulheres no puerpério imediato foram bem acessíveis tornando a consulta de enfermagem mais produtiva, onde havia uma troca de conhecimento e realizado orientações conforme dúvidas surgidas no decorrer da consulta. A teoria proposta por Orem teve um excelente desempenho referente às pacientes, que participaram da consulta de enfermagem, onde as mesmas retornarão as atividades normais orientadas como realizar cuidados quanto a higiene, alimentação e os cuidados com o recém-nascido. Por meio de uma entrevista com as pacientes participantes da Prática Assistencial foi realizado em forma de questionário uma avaliação, onde poucas tinham conhecimentos sobre esta atribuição do enfermeiro, porém todas demonstraram interesse e satisfação com a consulta de enfermagem. Para um melhor resultado do atendimento de enfermagem a pacientes puerpério imediato internadas na maternidade, tenho como sugestões a importância da educação em saúde para a equipe de enfermagem voltada para o autocuidado frente às limitações que a paciente possa ter ao decorrer dos dias no puerpério que se encontra. **Considerações finais:** O objetivo principal deste estudo foi proporcionar ao acadêmico uma proposta de prática assistencial de enfermagem com as pacientes internadas no puerpério imediato na maternidade, com base na teoria de autocuidado de Dorothea Orem. A realização da prática assistencial constituiu uma experiência de aprendizagem incontestável, onde cada objetivo proposto e realizado oportunizou além do conhecimento, o envolvimento com a possibilidade de aplicar um instrumento de trabalho que ainda é pouco utilizado, a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE. A realização da consulta de enfermagem não é uma tarefa fácil, pois exige tempo, esforço e aceitação por parte dos pacientes e principalmente por parte da equipe de enfermagem. Cabe aos enfermeiros preocupados em prestar assistência individualizada ao paciente, criar estratégias que permitam a realização da consulta de enfermagem, salientando que o registro dessas informações e orientações é de extrema importância. O instrumento proposto possibilita aos profissionais, interação entre paciente e enfermeiro, como um mecanismo de promover os cuidados e orientações necessárias proporcionando rapidez e melhora na recuperação. **Referências:** Santos, EKA. dos. Puerpério normal. In Oliveira E. de; Monticelli M.; Brüggemann OM. (Org). Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais. 2ª ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002, p. 117 – 133; Ministério da Saúde (Brasil). Série B: Textos Básicos de Saúde, 6, pag.27, Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Acesso em: 14 de Ago. de



Trabalho 74

2012; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_acao_programatica.pdf
Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto-
Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Acesso em: 02
de set. de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>; Rezende
J. O puerpério. Estudo clínico e assistência. In: Obstetrícia. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-
Koogan, 1995. p. 358-369. Ricci Susan. Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher.
Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008; Sampaio Francisca Aline Arrais, Aquino Priscila
de Souza, Araújo Thelma Leite de, Galvão Marli Teresinha Gimenez. Assistência de
enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. Acta paul. enferm.
[serial on the Internet]. 2008 Mar [cited 2012 August 12]; 21(1): 94-100. Available from:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000100015>.

Descritores: Cuidado de Enfermagem; Gravidez; Período Pós-parto.

Eixo Temático: Eixo 2 – Assistência à Enfermagem



Trabalho 75

O PROCESSO DE CUIDAR EM TERAPIA INTENSIVA

Viviane Euzébia Pereira Santos¹, Theo Duarte da Costa², Petala Tuani Candido de Oliveira Salvador³, Claudia Cristiane Filgueira Martins⁴, Kisna Yasmin Andrade Alves⁵

Introdução: O processo de cuidar em unidades de terapia intensiva (UTI) é perpassado por um contexto complexo, em que se tenciona o uso da tecnologia, em suas várias dimensões, e a necessidade de se fomentar um cuidado individualizado, humanizado, considerando a subjetividade do paciente. Assiste-se à reflexão em prol da humanização do processo de cuidar em UTI, visando ao resgate da enfermagem enquanto um diálogo vivo, pensando na subjetividade do paciente que demanda um cuidado intensivo, em que se necessita uma relação sujeito-objeto, na busca de certo conhecimento sobre a pessoa, e um relacionamento intersubjetivo, isto é, sujeito-sujeito⁽¹⁾. Assim, a investigação de tal problemática, estabeleceu-se como problema de pesquisa: *como se dá o processo de no ambiente da UTI?* **Objetivo:** Analisar o processo de cuidar em enfermagem de uma UTI do Rio Grande do Norte, Brasil. **Descrição metodológica:** Pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratório, desenvolvida em uma instituição privada na cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. A coleta de dados aconteceu no período de maio a junho de 2011, após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com o parecer nº 021/2011 e CAAE nº 6580.0.000.051-10, através da entrevista semiestruturada com profissionais de enfermagem; análise das anotações realizadas nos prontuários; e observação das atividades desenvolvidas na unidade. A análise dos dados ocorreu mediante por meio da “triangulação de dados e métodos”, que constitui uma proposta que objetiva potencializar as formas de compreensão do fenômeno, através de mais de dois métodos de coleta e análise dos dados⁽²⁾. **Resultados:** os resultados foram sistematizados em dois pilares: o *processo de cuidar descrito*, resultante do discurso dos profissionais de enfermagem; e o *processo de cuidar observado*, sob a ótica do pesquisador. O discurso dos profissionais de enfermagem elucida a preocupação atual de resgatar a humanização ao processo de cuidar na UTI, contudo, os atos da equipe de enfermagem, assim, colocaram em relevo uma tendência em focar a maioria das ações que envolvem o cuidar em sentido destoante dos princípios da humanização da assistência, uma vez que a doença do cliente e a obrigação de cumprir a produtividade se sobrepujam aos demais aspectos relevantes para uma compreensão holística do cuidar. Isso foi confirmado por meio da observação dos procedimentos técnicos da equipe de enfermagem e dos registros nos prontuários, que evidenciavam a supremacia dos aspectos biológicos no ato de documentar. Observou-se também a inexistência de protocolos e instrumentos de avaliação da qualidade da

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e Pós Graduação em Enfermagem e Vice-líder do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Associada efetiva da ABEN-SC. E-mail: vivianeepsantos@gmail.com

² Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRN. Enfermeiro do Estado do Rio Grande do Norte. Membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem. E-mail: theodcj@hotmail.com

³ Mestranda do PPGENF-UFRN. Professora Substituta da Escola de Enfermagem de Natal e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Associada efetiva da ABEN-SC. E-mail: petalatuani@hotmail.com

⁴ Mestre em Enfermagem. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora do Curso de Enfermagem da FGACEX E-mail: claudiacrisfm@hotmail.com

⁵ Mestranda do PPGENF-UFRN. Membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: kisnayasmin@hotmail.com



Trabalho 75

assistência ofertada pelos profissionais, estando presente uma miscelânea de várias formas de agir e pensar no trabalho ocasionando uma despadronização no ato de documentar a assistência, consubstanciada na ausência das anotações das fases do Processo de Enfermagem (PE), com descrição em impressos sem padronização, causando um prejuízo na comunicação entre os profissionais de saúde, devido a incoerência e dificuldade de entendimento entre estes. É válido destacar, ainda que de forma incipiente, existia um princípio fundamental não expresso em palavras ou nos registros dos profissionais, mas que se manifestava nas relações entre os profissionais e os pacientes/familiares, bem como nas falas destes, quando foi possível observar a presença de um envolvimento, um *importar-se com o outro*. Contudo, havia tanto momentos em que se percebia um fazer tecnicista, quanto momentos em que existia uma preocupação subjetiva com o outro. **Conclusões:** A observação do processo de cuidar de enfermagem na UTI analisada permitiu a visualização de entraves, de ações desvirtuadas dos aspectos humanitários, apesar de se evidenciar, de forma tímida, tentativas de se resgatar o humanismo característico do cuidado de enfermagem. Compreende-se que o processo de cuidar em UTI, descrito pelos profissionais de enfermagem, constitui um contexto complexo, onde predominam as ações burocráticas e assistenciais, mas também se busca considerar os sentimentos do paciente e de seus familiares, além de procurar um cuidar de si próprio, a fim de minimizar a sobrecarga emocional característica do ambiente de cuidados intensivos. **Implicações para a Enfermagem:** Elucida-se a necessidade de se refletir sobre a prática assistencial da enfermagem nos ambientes de cuidado intensivo, resgatando os aspectos subjetivos essenciais e se consolidar a humanização da assistência de enfermagem. Busca-se, assim, contribuir para edificações de práticas de ação-reflexão-ação nos ambientes de trabalho dos profissionais de enfermagem atuantes em UTI, superando o desafio de se incorporar recursos tecnológicos conjugados às práticas humanitárias, que vislumbrem o processo de cuidar.

Referências:

1. Leopardi, Maria Teresa. Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis. Papa-livros, 1999.
2. Duarte, Teresa. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). Cies e-working paper. 2009; 60:2-24..

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

Eixo Temático: 2 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



Trabalho 76

CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DE FERIDAS

Lidiany Galdino Felix¹
Maria Tereza Dantas Bezerra²
Érik Cristóvão Araújo de Melo³
Fabiola de Araújo Leite Medeiros⁴
Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares⁵

Ferida pode ser definida como qualquer interrupção na integridade anatômica da pele, causada principalmente por trauma ou desencadeada por uma afecção clínica.¹ As feridas podem ser classificadas como agudas e de fácil cicatrização ou crônicas quando ultrapassam seis semanas para cicatrizar, sendo consideradas um problema de saúde pública devido ao impacto psicológico, social e econômico para o paciente, com elevados e crescentes custos para o sistema de saúde.² No Brasil, as feridas acometem a população de forma geral, independente de sexo, idade, raça, sendo um dos frequentes motivos de procura por atendimento nos diversos níveis de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS).³ No âmbito da Estratégia de Saúde da Família, rotineiramente, a recepção, avaliação e acompanhamento dos usuários com feridas de diversas etiologias, são realizadas por enfermeiros que, através da consulta de enfermagem, identificam o grau de complexidade e implicações da lesão, realizando os cuidados e encaminhamentos necessários no sentido de garantir uma assistência qualificada.⁴ Durante a consulta de enfermagem ao cliente portador de feridas, é necessário que o enfermeiro realize a avaliação da lesão para que possa prescrever e implementar o tratamento adequado a ser utilizado. Dessa forma, a avaliação da ferida atuará como subsídio para a sistematização da assistência de enfermagem ao usuário. Para tanto, a avaliação deve envolver desde o conhecimento sobre a etiologia, as características clínicas do leito da lesão e área circundante, até a identificação dos fatores locais, sistêmicos e externos que condicionaram o surgimento da ferida ou que interferiram no processo de cicatrização.³ Contudo, o processo de avaliação de uma ferida pode ocasionar interpretações variadas devido a sua diversidade quanto à natureza, forma e localização, além da percepção própria de cada enfermeiro, tendo em vista a diferença de conhecimentos que existe entre os profissionais que realizam essa prática.⁵ Diante da importância da avaliação, surgiu o seguinte questionamento: *como os enfermeiros que atuam na ESF realizam a avaliação das feridas durante a consulta de enfermagem?* Mediante o exposto foram traçados os seguintes objetivos: descrever e analisar como os enfermeiros da ESF realizam a avaliação das feridas durante a consulta de enfermagem. O estudo é do tipo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa, e foi desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família

1 Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente do curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail: lidiany_felix@hotmail.com

2 Acadêmica do curso de Enfermagem CCBS/UFCG. Aluna do Programa de Iniciação Científica Voluntária (PIVIC/UFCG)

3 Doutorando em Enfermagem. Professor Assistente do curso de Enfermagem do CCBS/UFCG.

4 Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

5 Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB).



Trabalho 76

(USF) do município de Campina Grande, Paraíba. A amostra foi composta por 47 enfermeiros concursados que estiveram presentes nas USF visitadas no momento da coleta de dados e que concordaram em participar da pesquisa voluntariamente. A pesquisa segue e respeita os preceitos da Resolução N.º. 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, tendo recebido parecer favorável CAAE 03643612.3.0000.5182. Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2012, a partir de entrevistas semi-estruturadas. Para análise dos dados quantitativos utilizou-se o *Software Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 21.0. Com base nos resultados obtidos, observou-se que 97,9% dos enfermeiros entrevistados são do gênero feminino, e 2,1%, do gênero masculino. Quanto à faixa etária, 6,4% dos profissionais possuem idade inferior a 30 anos, 48,9% estão na faixa etária de 31 a 40 anos, 31,9%, entre 41 e 50 anos, 12,8% estão entre 51 e 60 anos. Quando questionados sobre quais os aspectos relacionados ao portador de feridas que são avaliados durante a consulta de enfermagem na ESF, os mais citados foram: 55,3% higiene; 53,2% doenças de base; 46,8% nutrição; 44,7% avaliação geral; 31,9% condição sócio econômica; 29,8% escolaridade; 25,5% idade; 19,1% limitações físicas; 17,0% aspectos psicossociais; 14,9% capacidade de autocuidado; 10,6% hidratação; 8,5% medicação; 8,5% presença de cuidador no domicílio; 8,5% exame físico. Quanto aos aspectos relacionados ao próprio ferimento que são avaliados durante a consulta de enfermagem destacaram-se: 46,8% presença de exsudato; 40,4% extensão do ferimento; 34% sinais de infecção; 34% profundidade; 31,9% tipo do ferimento; 25,5% localização; 23,4% condições gerais; 21,3% causa; 21,3% presença de necrose; 19,1% coloração; 19,1% potencial de contaminação; 17,0% tempo do ferimento; 14,9% odor; 14,9% aspecto da pele ao redor do ferimento. Sobre as possíveis dificuldades na realização da consulta de enfermagem ao portador de feridas na ESF, os enfermeiros ressaltaram: a falta de insumos/materiais adequados para a realização dos curativos (65,1%); a falta de treinamento/capacitação (42,6%); a falta de conhecimento (23,4%) e a ausência de protocolo de feridas (14,9%) e sala de curativos inapropriada (8,5%). O estudo em tela possibilitou uma melhor compreensão das condições vivenciadas pelos enfermeiros que atuam na assistência aos usuários com feridas na ESF, apontando suas potencialidades, dificuldades e limitações. Observou-se que as dificuldades relatadas pelos enfermeiros para avaliar e tratar as lesões na ESF podem comprometer a qualidade e a efetividade da assistência prestada, sendo ocasionadas pela falta da sistematização da assistência de enfermagem para estes usuários e da necessidade de atualização e capacitação permanente dos profissionais. Ao avaliar uma pessoa portadora de feridas o enfermeiro deve ser qualificado para que possa atuar de forma coerente dentro do contexto socioeconômico e cultural usuário. A implantação de um protocolo para a realização dos curativos pode ser uma sugestão muito eficaz, além da realização de treinamentos para os profissionais, com o intuito de melhorar a qualidade da consulta de enfermagem prestada aos usuários portadores de lesões.

Descritores: Consulta de Enfermagem, Avaliação, Ferimentos e Lesões.

Eixo temático 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Referências:

1. DEALEY, C. *Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
2. LEITE AP, OLIVEIRA BGR, SOARES MF, BARROCAS DLR. Uso e efetividade da papáina no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2012; 33(3):198-207.



Trabalho 76

3. MORAIS GFC; OLIVEIRA SHS, SOARES MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(1): 98-105.
4. CARNEIRO CM, SOUSA FB, GAMA FN. Tratamento de feridas: assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde. *Revista Enfermagem Integrada.* 2010; 3(2): 494-505.
5. BAJAY HM, ARAÚJO IEM. Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(3): 290-295.



Trabalho 77

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DIAGNÓSTICO RISCO DE QUEDAS

Melissa de Freitas Luzia¹
Amália de Fátima Lucena²

Introdução: O Diagnóstico de Enfermagem (DE) Risco de quedas da NANDA-I¹ é definido como a suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico. Está apoiado em fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade do paciente para a queda, sendo fundamental para a escolha das intervenções de enfermagem direcionadas à prevenção do evento. **Objetivos:** Identificar os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes hospitalizados com DE Risco de quedas e agrupá-los conforme as intervenções da NIC². **Método:** Estudo transversal com amostra de 174 pacientes adultos internados em unidades de internação clínicas e cirúrgicas com o DE Risco de quedas. Os dados foram coletados em sistema de prescrição de enfermagem e prontuário *online*. O agrupamento dos cuidados de enfermagem foi realizado com base em passos do método de mapeamento cruzado. **Resultados:** Foram prescritos um total de 957 cuidados de enfermagem para os pacientes com DE Risco de quedas, 48 diferentes tipos e uma média de $4,8 \pm 3$ cuidados por paciente. Identificaram-se 13 intervenções conforme a NIC, as mais prevalentes foram Controle do Ambiente: Segurança (29,2%), Prevenção de Quedas (20,6%) e Monitoração Neurológica (15%). **Conclusão:** Os cuidados prescritos na prática clínica foram corroborados pelo referencial da NIC. A intervenção Prevenção de Quedas mostrou-se realmente prioritária para o DE Risco de quedas, pois apresentou a maior diversidade de cuidados prescritos que puderam ser agrupados na mesma, contemplando a multifatorialidade do evento. **Contribuições:** Os achados contribuíram para o melhor conhecimento dos cuidados de enfermagem aos pacientes com risco de quedas, subsidiando o planejamento da prevenção deste evento.

Referências:

1.NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012 – 2014. Porto Alegre: Artmed; 2013. 2.Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem. Acidentes por quedas. Cuidados de enfermagem.

Eixo Temático: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1

2

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enfermeira assistencial do Hospital Ernesto Dornelles. E-mail: enfmel.luzia@gmail.com.br
Doutora em ciências. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



Trabalho 78

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTES COM A DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão¹, Jéssica Dantas de Sá², Maria das Graças Mariano Nunes³, Millena Freire Delgado⁴ e Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira⁵.

Introdução: A doença renal crônica é um problema de saúde pública em todo o mundo. É diagnosticada através da diminuição da taxa de filtração glomerular associada à perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas dos rins. Na última fase dessa doença, instala-se a falência funcional dos rins e o paciente necessita para a sua sobrevivência do uso de uma modalidade de terapia renal de substituição (diálise peritoneal, transplante ou hemodiálise). Dentre as modalidades de tratamento, a hemodiálise se destaca em termos quantitativos no Brasil, já que cerca de 90% dos pacientes em terapia substitutiva da função renal realizam essa opção. A hemodiálise consiste na extração das substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e na remoção do excesso de líquidos acumulados nos tecidos do corpo, sendo geralmente realizada em um paciente crônico sob o esquema de três vezes por semana, em sessões com duração média de 4 horas e com remoção de 1 a 4 litros de fluido.^{1,2} Neste contexto, percebe-se que a condição de doença crônica, como a doença renal crônica, associado a um tratamento intensivo, como a hemodiálise, interferem diretamente na percepção do indivíduo frente à sua qualidade de vida, englobando as limitações físicas e as alterações na vida social, tais como as disfunções sexuais.^{3,4} Desta maneira, torna-se fundamental a implementação do processo de enfermagem, em especial, a identificação dos diagnósticos de enfermagem, os quais são julgamentos clínicos das respostas do indivíduo, da família ou comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem são interpretações científicas dos dados levantados, usados para orientar o planejamento, a implementação e a avaliação de enfermagem.⁵ Logo, analisar as variáveis que podem potencializar as reais necessidades desta clientela se faz necessário para fortalecer a prática assistencial do enfermeiro no setor de hemodiálise, uma vez que proporciona estratégias que direcionam aos cuidados com ênfase na particularidade de cada indivíduo buscando minimizar os reais problemas desta população. **Objetivo:**

1 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda da Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: ceciliamfqueiroz@gmail.com

2 Bolsista da Mobilidade Estudantil Internacional, na Instituição de Ensino Superior Universidad Catolica San Antonio de Murcia. Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

3 Bolsista de iniciação científica do Projeto de pesquisa Abordagem Psicossocial de Pacientes Renais Crônicos em Hemodiálise à luz da teoria de Roy. Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

4 Bolsista voluntária do projeto de pesquisa Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise: revisão integrativa e Bolsista do projeto de extensão Saúde cardiovascular de crianças e adolescentes na escola: ensinar a viver bem. Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



Trabalho 78

Identificar a associação estatística entre os dados sócio demográficos e o diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual em pacientes com a doença renal crônica submetidos à hemodiálise. **Descrição metodológica:** Estudo descritivo, do tipo transversal e abordagem quantitativa realizado em uma clínica de referência em hemodiálise localizada em uma cidade do nordeste do Brasil, nos meses de outubro de 2011 a fevereiro de 2012. A população foi composta pelos 178 pacientes cadastrados na referida clínica com diagnóstico médico de doença renal crônica e submetidos à hemodiálise. E para a amostra, foram selecionados os roteiros dos pacientes que tiveram a inferência para o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual, perfazendo um total de 51 pacientes. Para o procedimento dos dados, primeiramente foi construído um banco de dados com a variável do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual e as variáveis dos dados sócio demográficos (escolaridade, estado civil, idade e sexo). E em seguida, foi realizada a análise dos dados, utilizando um programa estatístico para gerar valores descritivos e o valor p para os testes Qui-quadrado (associação das variáveis nominais) e U de Mann-Whitney (associação das variáveis nominais e escalares) devido ao intuito de verificar a existência de associação estatística das variáveis. Assim, para significância estatística dos testes especificados adotou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Protocolo nº 115/11-P CEP/UFRN) com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE nº 0139.0.051.000-11) e teve recebimento de financiamento do edital universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo nº 483285/2010-2). **Resultados:** A amostra foi composta de 51 pacientes com a doença renal crônica submetidos à hemodiálise e com a inferência para o diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual. No que diz respeito à idade, a média da idade encontrada na amostra foi de 46,55 anos, variando com a idade mínima e máxima de 24 e 65 anos respectivamente. No que tange à escolaridade, a média de anos de estudo foi de 8,14 anos, variando o valor mínimo e o máximo de 0 e 19 anos de estudo respectivamente. Referente ao sexo, 34 (66,7%) eram do sexo masculino e 17 (33,3%) eram do sexo feminino e esta variável obteve associação estatística com o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual ($p=0,015$). Em relação ao estado civil, 41 (80,4%) tinham companheiro(a) e 10 (19,6%) não tinham companheiro(a) e esta variável associou estatisticamente com o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual ($p=0,002$). As variáveis idade e escolaridade não obtiveram associação estatística com o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual, seus valores p foram: 0,825 e 0,415, respectivamente. **Conclusão:** A grande parte dos pacientes com a doença renal crônica submetidos à hemodiálise com a inferência para o diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual são homens, adultos, com ensino fundamental e união estável. E os dados sócio demográficos que tiveram associação estatística com a resposta humana disfunção sexual na clientela hemodialítica foram: sexo e estado civil. **Implicações ou contribuições para a enfermagem:** Identificar a resposta humana disfunção sexual e entendê-la junto à situação sócio demográfica, a qual está inserida a população hemodialítica, torna-se de extrema relevância para a obtenção de um cuidado eficaz e sistematizado, com vistas às reais necessidades de cada indivíduo.

Referências:

1. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Chronic kidney diseases: common and harmful, but also preventable and treatable. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2010 [cited 2012 Apr 14]; 56(2):248-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>.



Trabalho 78

2. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Santos DR. 2010 report of the Brazilian dialysis census. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2011 [cited 2012 Apr 10]; 33(4):442-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n4/09.pdf>.
3. Frazao CMFQ, Ramos VP, Lira ALBC. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. *Revista enfermagem UERJ* [Internet]. 2011 [cited 2013 Apr 2];19(4):577-82. Available from: www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf.
4. Koc Z, Saglam Z. Determining the Correlation Between Sexual Satisfaction and Loneliness Levels in Patients with Hemodialysis in a Muslim Community. *Sex Disabil* [Internet]. 2013 [cited 2013 Apr 3];31:13-29. Available from: <http://link.springer.com.ez18.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007%2Fs11195-011-9252-2>.
5. Herdman TH. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação* (2012-2014). Porto Alegre: Artmed; 2013.

Descritores: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Diálise Renal. Eixo temático: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



Trabalho 79

ASSOCIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE E DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão¹, Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes², Ana Beatriz de Almeida Medeiros³, Érida Maria Diniz Leite⁴ e Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira⁵.

Introdução: No Brasil e em todo o mundo, a Doença Renal Crônica tem aumentado progressivamente a cada ano em proporções epidêmicas, constituindo um problema de saúde pública¹. A categoria mais avançada desta doença é denominada estágio terminal de insuficiência renal crônica. E nessa fase, os rins perdem o controle da homeostasia e o paciente apresenta intensamente sintomas urêmicos, tais como anemia, hipertensão arterial, edema, fraqueza, mal-estar e sintomas digestivos. Logo, para manutenção da vida destes pacientes faz-se necessário à realização de uma modalidade de terapia renal substitutiva como o transplante, a diálise peritoneal e a hemodiálise². Dentre as modalidades de tratamento, a hemodiálise se destaca em termos quantitativos no Brasil, já que cerca de 90% dos pacientes em terapia substitutiva da função renal realizam essa opção¹. A hemodiálise é uma terapia complexa e específica, a qual requer um cuidado de enfermagem especializado, que abranja conhecimento técnico e científico, atuando na perspectiva do cuidado humanizado. Desta maneira, torna-se fundamental a implementação do processo de enfermagem, uma vez que possibilita ao enfermeiro a elaboração de um plano assistencial específico que contemple os cuidados com o paciente.³ Para o desenvolvimento eficaz do processo de enfermagem, o enfermeiro deve fazer o uso do julgamento clínico e dos sistemas padronizados de linguagem. O julgamento clínico é utilizado na primeira fase do processo como base ao oferecimento de intervenções para o alcance dos resultados positivos. E os sistemas padronizados de linguagem, como o de diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional, oferecem benefícios para a assistência, uma vez que proporcionam uma prática organizada e qualificada.⁴ Diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos das respostas do indivíduo, da família ou comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. E são interpretações científicas dos dados levantados, usadas para orientar o planejamento de enfermagem, a implementação e a avaliação.⁵ Destarte, sabe-se que, quando utiliza-se o processo de enfermagem, com destaque nos diagnósticos de enfermagem, na assistência, vários benefícios são proporcionados ao cliente, enfermeiro e instituição, já que direciona uma assistência voltada para as reais necessidades de cada

1 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda da Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: ceciliamfqueiroz@gmail.com

2 Enfermeira. Mestranda da Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Substituta do Curso Técnico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

4 Enfermeira. Mestranda da Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



Trabalho 79

cliente, fornecendo meios para propor intervenções. Além de proporcionar o uso de uma linguagem própria da enfermagem, facilitando a comunicação com os pacientes e permitindo várias avaliações dos cuidados.⁴ Logo, identificar as variáveis sócio demográficas e clínicas que podem potencializar as reais necessidades desta clientela, como conhecimento deficiente se faz necessário para fortalecer a prática assistencial do enfermeiro, uma vez que proporciona estratégias que direcionam aos cuidados com ênfase na particularidade de cada indivíduo buscando minimizar os reais problemas desta população. **Objetivo:** Identificar a associação estatística entre o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente e os dados sócio demográficos e clínicos de pacientes submetidos à hemodiálise. **Descrição metodológica:** Estudo descritivo, do tipo transversal e abordagem quantitativa realizado em uma clínica de referência em hemodiálise localizada em uma cidade do nordeste do Brasil, nos meses de outubro de 2011 a fevereiro de 2012. A população foi composta pelos 178 pacientes cadastrados na referida clínica com diagnóstico médico de doença renal crônica e submetidos à hemodiálise. E para a amostra, foram selecionados os roteiros dos pacientes que tiveram a inferência para o diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente perfazendo um total de 33 pacientes. Para o procedimento dos dados, primeiramente foi construído um banco de dados com a variável do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente e as variáveis dos dados sócio demográficos e clínicos (escolaridade, estado civil, idade, sexo, acesso vascular e tempo da doença renal crônica). E em seguida, foi realizada a análise dos dados, utilizando um programa estatístico para gerar valores descritivos e o valor p para os testes Qui-quadrado (associação das variáveis nominais) e U de Mann-Whitney (associação das variáveis nominais e escalares) devido ao intuito de verificar a existência de associação estatística das variáveis. Assim, para significância estatística dos testes especificados adotou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Os pacientes da amostra tiveram mediana de 52 anos para idade, mediana de 5 para anos de estudo e mediana de 48 meses (4 anos) para o tempo da doença renal crônica. Dos 33 indivíduos que tiveram o diagnóstico conhecimento deficiente, 19 (57,6%) do sexo feminino e 14 (42,4%) do sexo masculino, 18 (54,5%) com companheiro(a) e 15 (45,5%) sem companheiro(a), 29 (87,9%) com acesso vascular a fistula arteriovenosa e 4 (12,1%) com cateter temporário duplo lúmen. Em relação às associações do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente com os dados sócios demográficos e clínicos, os valores p para as variáveis escolaridade, estado civil, idade, sexo, acesso vascular e o tempo da doença renal crônica foram: $p=0,000$, $p=0,270$, $p=0,396$, $p=0,211$, $p=0,276$ e $p=0,015$ respectivamente. Logo, as associações estatísticas que sobressaíram pelo nível de significância, ou seja valor p menor e ou igual a 0,005 foram: conhecimento deficiente e escolaridade e conhecimento deficiente e tempo da doença renal crônica. **Conclusão:** A maioria dos pacientes submetidos à hemodiálise com o diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente eram mulheres, em união estável e com o acesso para a hemodiálise a fistula arteriovenosa. Os dados sócio demográficos e clínicos que tiveram associação estatística significativas com a resposta humana conhecimento deficiente na clientela hemodialítica foram: escolaridade e estado civil. **Implicações ou Contribuições para a enfermagem:** Identificar a resposta humana conhecimento deficiente e entendê-la junto à situação sócio demográfica e clínica, a qual está inserida a população hemodialítica, torna-se de extrema relevância para a obtenção de um cuidado sistematizado e eficaz, voltado para às reais necessidades de cada indivíduo.

Referências:



Trabalho 79

1. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Santos DR. 2010 report of the Brazilian dialysis census. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2011 [cited 2012 Apr 10]; 33(4):442-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n4/09.pdf>. 2.
2. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Chronic kidney diseases: common and harmful, but also preventable and treatable. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [cited 2012 Apr 14]; 56(2):248-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>.
3. Holanda RS, Silva VM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em tratamento hemodialítico. *Rev RENE* [Internet]. 2009 [cited 2013 Apr 14];10(2):37-44. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_3.html.
4. Lira ALBC, Lopes MVO. Clareza do processo de enfermagem proposto por Roy à luz do modelo de Barnum. *Rev enferm UERJ* [Internet] 2010 [cited 2013 Apr 11];18(1):104-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a18.pdf>.
5. Herdman TH. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação (2012-2014). Porto Alegre: Artmed; 2013.

Descritores: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Diálise Renal. Eixo temático: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



Trabalho 80

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO: RELATO DE CASO

Anna Livia de Medeiros Dantas¹, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira², Michael Jacson de Sousa Maia³, Aline Matias de Araújo Corcino⁴, Érida Maria Diniz Leite⁵.

Introdução: A doença coronariana aguda está entre as maiores causas de morte em todo o mundo. **Objetivo:** aplicar a SAE dentro do âmbito hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva em paciente com infarto agudo (IAM). **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de caso, realizado com um paciente com diagnóstico IAM, durante o estágio da disciplina de alta complexidade do curso de enfermagem da UFRN em uma unidade de terapia intensiva cardiológica de Natal/RN em novembro de 2012. O processo da coleta de dados deu-se em duas etapas: histórico de enfermagem, coletado junto ao paciente e realização do exame físico, utilizou-se a taxonomia da NANDA Internacional para classificação. **Resultados:** paciente do sexo masculino, 62 anos, hipertenso e diabético. Os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram: risco de perfusão tissular cardíaca diminuída, débito cardíaco diminuído, risco de desequilíbrio de volume de líquidos, risco de desequilíbrio eletrolítico, mobilidade no leito prejudicada, risco de infecção, ansiedade relacionada à morte e conforto prejudicado. **Conclusão:** a identificação dos diagnósticos de enfermagem qualifica a assistência prestada ao paciente grave. **Implicações para a enfermagem:** a aplicação da SAE melhora o rendimento e a assistência prestada, visto que organiza as prioridades e os cuidados dos pacientes individualmente, e ainda oferece reconhecimento profissional.

Referências: 1. Penna ST, Barros, AGVM. Sistematização da Assistência de Enfermagem no infarto do miocárdio. Rev Bras Cardiol Invas 2003; 11(4): 67-69.

Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev Bras Enferm. 2005, maio-jun; 58(3):261-5.

Descritores: infarto agudo; assistência de enfermagem; terapia intensiva.

1. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Enfermeira da unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN. E-mail : Livia_enfa@yahoo.com.br

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Email: analuisa_brandao@yahoo.com.br.

3. Graduando do curso de enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Email: mychael_xxt@hotmail.com

4. Graduanda do curso de enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Email: aline_matias@hotmail.com

5. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Coordenadora da unidade de hemodiálise do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN. E-mail : eridadiniz@yahoo.com.br



Trabalho 81

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES INTRADIALÍTICAS DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS

Érida Maria Diniz Leite¹, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira², Fernando de Souza Silva³, Fernanda Beatriz Batista Lima e Silva⁴, Anna Livia de Medeiros Dantas⁵

INTRODUÇÃO: A hemodiálise é um dos tratamentos da doença renal crônica, a qual consiste na remoção de líquidos e produtos do metabolismo. É um dos tratamentos mais frequentes nos pacientes renais, já que aproximadamente 90% dos pacientes em programa dialítico no Brasil estão em hemodiálise. **OBJETIVO:** Identificar as principais complicações intradialíticas apresentadas por pacientes submetidos à hemodiálise. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados nos prontuários dos pacientes, após aprovação pelo Comitê Ético, sob o parecer nº60354. A população foi constituída por todos os pacientes que realizaram hemodiálise no referido hospital, sendo a amostra composta por 187 pacientes que realizaram o tratamento durante o ano de 2012. Para análise dos dados, utilizou-se um software estatístico. **RESULTADOS:** Foram realizadas 1307 hemodálises no ano de 2012, sendo a média por paciente de 6,88. As intercorrências identificadas foram: hipotensão (78,2%), hipoglicemia (42,1%), seguido de hipertensão (28,9%), cefaléia (9,1%), taquicardia (8,1%), vômito (6,1%), náusea (6,1%), precordialgia (5,6%), bradicardia (5,6%), entre outras. **CONCLUSÃO:** A hipotensão apresentou-se como a alteração hemodinâmica mais frequente, seguida pela hipoglicemia e hipertensão. Destaca-se que a hipoglicemia é uma alteração que não está presente comumente na literatura. E a presença nesse estudo, justifica-se pela gravidade dos pacientes. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A identificação das principais complicações intradialíticas contribui para monitorização, detecção precoce e intervenção em tais complicações, permitindo uma assistência de enfermagem sistematizada e de qualidade.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Diálise Renal; Complicações.

EIXO 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

REFERÊNCIAS:

- Riella MC. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.
Zatz R. Fisiologia Renal 2ª ed. São Paulo, Atheneu, 2012.
Fermi MRV. Manual de Diálise para Enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2008.
Daugirdas JT, et al. Manual de diálise. 3a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2008.

¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Coordenadora de Enfermagem da Unidade de Diálise do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN. E-mail : eridadiniz@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³Enfermeiro. Mestre. Especialista em Nefrologia do Hospital Universitário Onofre Lopes/ UFRN. Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁴Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁵Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



Trabalho 82

ACESSOS VENOSOS PARA HEMODIÁLISE: AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES PELA ENFERMAGEM

Érida Maria Diniz Leite¹, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira², Fernando de Souza Silva³, Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes⁴, Anna Lívia de Medeiros Dantas⁵

INTRODUÇÃO: Os pacientes renais, que necessitam de uma terapia hemodialítica, utilizam acessos venosos, que apesar de suas vantagens, são permeados por complicações, que interferem na qualidade da diálise. **OBJETIVO:** Identificar as principais complicações dos acessos em pacientes submetidos à hemodiálise. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa. Dados foram coletados nos prontuários dos pacientes, após aprovação pelo Comitê Ética, sob parecer nº60354. A população foi constituída por todos os pacientes que realizaram hemodiálise no referido hospital, e a amostra foi composta por 187 pacientes que realizaram o tratamento durante o ano de 2012. Para análise dos dados, utilizou-se um software estatístico. **RESULTADOS:** Foram realizadas 1307 hemodialisés, sendo a média por paciente de 6,88. Foram inseridos 104 cateteres, sendo nove de longa permanência e 95 de duplo lúmen simples, 20 pacientes já portavam cateteres e 63 possuíam fistula arteriovenosa. Foram registradas 184 intercorrências, das quais, o baixo fluxo do cateter (93,48%) apresentou-se com maior frequência. Hematoma na fistula arteriovenosa (3,8%), sinais de infecção na inserção do cateter (2,47%) e hematoma na inserção do cateter (0,54%) foram registrados em incidências menores. **CONCLUSÃO:** O baixo fluxo do cateter apresentou-se como alteração mais frequente. Destaca-se que esta é uma complicação que não está presente comumente na literatura, sendo sua presença nesse estudo justificada pela gravidade dos pacientes e/ou qualidade do cateter. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** O estudo contribui para direcionar a assistência de enfermagem, através da detecção das complicações, promovendo cuidado de qualidade, além de alertar a instituição quanto à qualidade do material adquirido.

¹Enfermeira. Coordenadora de Enfermagem da Unidade de Diálise do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: eridadiniz@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³Enfermeiro. Mestre. Especialista em Nefrologia do Hospital Universitário Onofre Lopes/ UFRN. Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁴Enfermeira. Mestranda de enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁵Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestranda de enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



Trabalho 82

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Diálise Renal; Complicações.

EIXO 2: Assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

Riella MC. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Fermi MRV. Manual de Diálise para Enfermagem. Rio de Janeiro: Medsi; 2008.

Daugirdas JT, et al. Manual de diálise. 3a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2008.

¹Enfermeira. Coordenadora de Enfermagem da Unidade de Diálise do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: eridadiniz@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³Enfermeiro. Mestre. Especialista em Nefrologia do Hospital Universitário Onofre Lopes/ UFRN. Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁴Enfermeira. Mestranda de enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁵Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestranda de enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



Trabalho 83

PREVALÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES COM AIDS DE ACORDO COM A NANDA

Romanniny Hévillyn Silva Costa¹
Richardson Augusto Rosendo da Silva²
Kamila dos Santos Macêdo Peixoto³

Introdução: Os diagnósticos de enfermagem baseiam-se na tomada de decisão mediante julgamento clínico das necessidades da pessoa, família ou coletividade levantadas e que demandam intervenção^{1,2}. **Objetivo:** identificar os domínios e seus respectivos diagnósticos de enfermagem em pacientes com AIDS por meio da NANDA Internacional. **Descrição metodológica:** Trata-se de um estudo exploratório, do tipo revisão de literatura, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDEF (Base de Dados de Enfermagem) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) com o emprego dos descritores: “Diagnóstico de enfermagem”, “Síndrome da imunodeficiência adquirida”, “Processos de enfermagem”. A busca foi realizada em maio de 2013. **Resultados:** Os dados revelaram que os domínios mais citados, em mais de 65% dos artigos, e seus respectivos diagnósticos de enfermagem foram: domínio nutrição a partir dos diagnósticos de enfermagem “Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais” e “Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais”; domínio percepção/cognição através dos DE “Conhecimento deficiente” ou “Déficit de conhecimento”; e, o domínio segurança/proteção por meio do DE “risco de infecção”. **Conclusão:** O estudo evidenciou que os principais domínios encontrados estavam relacionados às necessidades fisiológicas ou biológicas dos pacientes. **Contribuições para a enfermagem:** Na prática o uso dos DE em portadores de HIV/ AIDS resulta na melhoria dos cuidados de enfermagem a esses clientes, uma vez que mediante o levantamento do DE serão estabelecidas intervenções coerentes com as suas necessidades multidimensionais. Contudo, é preciso entender que o cliente deve participar da elaboração do seu plano de cuidados.

Descritores: Processos de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Eixo temático: Assistência de Enfermagem.

Referências

- 1 Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
- 2 Nanda. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2010-2012. Porto Alegre: Artmed; 2012.

1

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. E-mail: romanniny@yahoo.com.br

² Enfermeiro. Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor Adjunto da graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: kakka2005@hotmail.com



Trabalho 84

PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FALTA DE ADESÃO EM PACIENTES COM AIDS

Romanniny Hévillyn Silva Costa¹
Richardson Augusto Rosendo da Silva²
Daniella Patrícia Cândido Rêgo³
Inaiane Marlisse de Carvalho⁴

¹Introdução: A adesão ao tratamento antirretroviral assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade aos pacientes com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), na medida em que estar relacionada à diminuição da resistência viral, ao menor número de ocorrências de internações decorrentes de infecções oportunistas e à redução da mortalidade¹. Contudo, a não adesão aos medicamentos antirretrovirais ainda é bastante evidenciada na prática profissional^{2,3}. Os enfermeiros surgem nesse contexto como profissionais que podem contribuir no processo terapêutico desses pacientes, sobretudo, utilizando metodologias assistenciais, como o processo de enfermagem, especificamente, identificando os diagnósticos de enfermagem a partir do Sistema de Classificação NANDA Internacional e, desse modo, às necessidades dos clientes que requerem assistência imediata a fim de evitar comprometimento no seu estado geral^{4,5}.

Objetivo: identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem falta de adesão em pacientes com AIDS por meio da NANDA Internacional. **Descrição metodológica:** Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa. O estudo ocorreu no período de janeiro a julho de 2012 em um ambulatório de um hospital de referência no tratamento de doenças infectocontagiosas do Rio Grande do Norte. Teve como base os seguintes questionamentos: Qual a prevalência do diagnóstico falta de adesão investigado na população em questão? Quais as características definidoras e os fatores relacionados predominantes? Existem associação estatística entre as variáveis sócio-econômicas da amostra estudada e o diagnóstico de enfermagem estudado? Se sim, quais seriam? Os critérios de inclusão da amostra foram: aceitar participar da pesquisa como voluntários; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; possuir idade maior que 19 anos; ter o diagnóstico médico confirmado de AIDS; ser cadastrado no ambulatório do hospital; estar fazendo uso de antirretrovirais; e estar em consulta no ambulatório do hospital no dia da entrevista. Teve-se como critérios de exclusão: não estar em condições psíquicas e emocionais para submeter-se à pesquisa e desistir de participar do estudo mesmo após a assinatura do TCLE. A amostra contou com 100 pacientes. Os dados foram coletados em formulário próprio e agrupados em tabelas de frequências submetidos à estatística descritiva. Houve também utilização da análise inferencial com aplicação de testes estatísticos, como Qui-Quadrado, com $p < 0,05$ para indicar a associação entre variáveis. O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Natal/RN. E-mail: romanniny@yahoo.com.br

² Enfermeiro. Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor Adjunto da graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/RN. E-mail: rirosendo@yahoo.com.br

³ Discente do 9º período de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN. E-mail: danny.ufrn@yahoo.com.br

⁴ Discente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN. E-mail: naianny-marlisse@hotmail.com



Trabalho 84

Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Resultados:** O diagnóstico de enfermagem falta de adesão apresentou prevalência de 49% entre os participantes do estudo. As características definidoras foram: comportamento indicativo de falta de aderência (50%), evidências de desenvolvimento de complicações (40%) e falha em manter compromissos agendados (10%). Em relação aos fatores relacionados com o diagnóstico de enfermagem encontrou-se: relacionamento cliente-provedor (25%), capacidades pessoais (20%), conhecimento relevante para o comportamento do regime de tratamento (20%), acesso aos cuidados (15%), forças motivacionais (10%) e habilidade relevante para o comportamento do regime de tratamento (10%). Houve associação entre o diagnóstico de enfermagem falta de adesão e as variáveis, residir no interior do estado ($p=0,012$), tomar mais de 3 comprimidos ao dia ($p=0,034$), possuir ensino fundamental incompleto ($p=0,042$) e renda familiar de até um salário mínimo ($p=0,027$). **Conclusão:** Conclui-se que o DE falta de adesão se apresentou em grande parte dos pacientes, o que está muito aquém do preconizado na literatura. Além disso, essa realidade pode acarretar em maiores complicações da doença, como foi observado em 40% dos pacientes que apresentaram esse DE. Vale enfatizar que o fator relacionado, relacionamento cliente-provedor, foi tido como o mais prevalente do DE, o que sugere a necessidade da relação cliente-profissional ser pautada pela confiança e colaboração. Os profissionais de saúde devem considerar os aspectos sociais, culturais e emocionais que envolvem a vida do indivíduo e procurar atendê-lo inserindo-o na tomada de decisões do seu processo terapêutico como forma de ter maior êxito durante o acompanhamento desses pacientes. **Implicações para a enfermagem:** Na prática do enfermeiro, comumente, esse profissional encontram pessoas com essa doença; assim é preciso sistematizar e qualificar sua assistência. Para isso, deve-se fazer uso de metodologias assistenciais como, o processo de enfermagem. A utilização de classificações de enfermagem com vistas a identificar diagnósticos de enfermagem, como a NANDA, auxilia o enfermeiro a conhecer as reais necessidades e vulnerabilidades dos clientes com AIDS e os fatores que estão relacionados a não adesão dos medicamentos antirretrovirais, principalmente, aqueles relacionados aos aspectos sociais, culturais e emocionais. A consulta de enfermagem apresenta-se como importante momento para implementação do processo de enfermagem, principalmente, ao nível ambulatorial, haja vista que esses pacientes precisam ser aconselhados sobre a importância da adesão ao tratamento, incentivados ao autocuidado e estimulados a participar das questões relativas a sua saúde; além disso, o seguimento adequado ajuda a evitar o aparecimento de complicações futuras. Nesse sentido, é importante que as classificações de enfermagem façam parte da prática do enfermeiro como forma de proporcionar uma assistência de qualidade a pessoas que vivem com AIDS. Ademais, a sistematização da assistência de enfermagem possibilita ao enfermeiro maior autonomia, reconhecimento profissional, melhor tomada de decisão e resolução de problemas.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Antirretrovirais; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Eixo temático: Assistência de Enfermagem.



Trabalho 84

Referências

- 1 Brasil. Ministério da Saúde . Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 2 Romeu GA, Tavares MM, Carmo CP, Magalhães KL, Nobre ACL, Matos VC. Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral de Pacientes portadores de HIV. Rev Bras Farm Hosp Serv [internet]. 2012 [citado em 2013 maio 20]; 3(1): 37-41. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/201205030108BR.pdf>
- 3 Hirsch JD, Rosenquist A, Best BM, Miller TA, Gilmer TP. Evaluation of the first year of a pilot program in community pharmacy: HIV/AIDS medication therapy management for Medical beneficiaries. J manag care pharm [internet]. 2009 Jan/Feb [cited 2013 May 20];15(1):32-41. Available from: <http://www.amcp.org/data/jmcp/032-041.pdf>
- 4 NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2010-2012. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- 5 Faria JO. Pessoas vivendo com AIDS/AIDS: estudo sobre perfil dos diagnósticos de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2012.



Trabalho 85

SINAIS E SINTOMAS DO EXCESSO DE LÍQUIDO EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS

Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes¹

Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira²

Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão³

Ana Beatriz de Almeida Medeiros⁴

Beatriz Medeiros de Macedo⁵

INTRODUÇÃO: A insuficiência renal crônica caracteriza-se pela diminuição da taxa de filtração glomerular, a qual se encontra menor do que 15 ml/min, há mais de três meses. Além disso, estão presentes anormalidades estruturais ou funcionais do rim, manifestadas por irregularidades patológicas e marcadores da lesão renal, tal como alterações na composição do sangue ou da urina¹. Portanto, pacientes com a doença renal terminal, tornam-se incapazes de eliminar substâncias tóxicas pelos rins, o que repercute em um desequilíbrio metabólico e hidroeletrolítico. Tal desequilíbrio pode causar uma série de distúrbios no organismo destes indivíduos, tais como: retenção de sódio e água, com consequente hipervolemia, acidose, anemia, hipertensão, problemas gastrintestinais, cardiopulmonares, neurológicos, hematológicos, dermatológicos, alterações ósseas e sexuais²⁻³. Dentre estes problemas, destaca-se o a retenção de sódio e água, responsável por aumentar a quantidade de líquido circulante no organismo do indivíduo com insuficiência renal. De acordo com a NANDA Internacional⁴, este problema, configura-se no diagnóstico de enfermagem intitulado Volume de líquido excessivo, o qual é definido como retenção aumentada de líquidos isotônicos. A ocorrência de tal diagnóstico, nesta clientela específica, possui repercussões em importantes sistemas do corpo humano, como o circulatório e o pulmonar, pois contribui para o desenvolvimento de hipertensão, insuficiência cardíaca e edema pulmonar. Tais afecções são as principais responsáveis por agravar ainda mais o estado de saúde do paciente renal e causar-lhes risco de morte. Portanto, julga-se como relevante a detecção precoce do excesso de líquido, de modo a prevenir ou debelar precocemente tal problema. Para isso, o enfermeiro possui como ferramenta capaz de revelar a hipervolemia, a identificação de sinais e sintomas, estas, mostram as pistas necessárias para identificação do diagnóstico em questão. Alguns dos sinais e sintomas indicativos do excesso de líquido são listados a seguir: agitação, ansiedade, dispneia, anasarca, distensão da veia jugular, edema, ganho de peso em curto período de tempo, ingestão maior que o débito, mudança no estado mental, mudanças na pressão arterial, mudanças no padrão respiratório, oligúria, ortopneia, pressão venosa central aumentada, reflexo hepatojugular positivo, ruídos respiratórios adventícios e som cardíaco B3⁴. Destarte, tendo-se em vista a importância de se conhecer e identificar precocemente tais sinais e sintomas, nos pacientes renais crônicos, surgiu o interesse de se estudar tal assunto. **OBJETIVO:** Identificar os sinais e sintomas do diagnóstico Volume de líquidos excessivo em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Estudo descritivo, realizado em uma clínica de doenças renais e em um hospital universitário de Natal/RN. Amostra composta por 10 pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos ao tratamento hemodialítico. Os dados foram coletados em janeiro de 2013, por meio de um

¹Enfermeira. Mestranda do da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil. E-mail: bebel_6@hotmail.com.

²Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil.

³Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil.

⁴Enfermeira. Mestre em enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem de Natal da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil.

⁵Acadêmica do 2º período de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil.



Trabalho 85

roteiro de entrevista e exame físico estruturado. Os dados foram compilados no Microsoft Excel, e posteriormente processados no Statistical Package for Social Science, versão 20.0., sendo analisados pela estatística descritiva. Respeitando-se a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com protocolo nº 148.428 CEP/UFRN e o CAAE 08696212.7.0000.5537. **RESULTADOS:** No tocante as características psicoemocionais, evidenciou-se que 90% dos pacientes pesquisados não apresentavam comprometimento do estado mental; 100% não apresentou irritabilidade, mau humor ou instabilidade psicomotora, entretanto, 20% apresentou-se inquieto e 10% hiperativo, portanto, considerando estas duas últimas características, a agitação esteve presente em 20% da amostra; a ansiedade, esteve presente em 80% dos pesquisados, entretanto, de acordo com a classificação estabelecida em estudo anterior, 60% apresentava apenas uma ansiedade mínima, e os outros 20% apresentavam ansiedade leve (10%) e moderada (10%). Referente aos sinais e sintomas físico, evidenciou-se que o edema em extremidades estava presente em 60% dos pacientes, com classificação de grau 1; o edema periorbital, a ascite e a anasarca estiveram presentes em 40% da amostra. Quanto aos sinais vitais envolvidos no excesso de líquidos, 90% apresentou pressão arterial alterada, sendo 70% classificados com hipertensão e 20% com hipotensão; 20% apresentaram taquipneia e 100% estavam normocárdicos. Em relação ao peso, 70% dos pacientes apresentaram aumento de peso em curto período; balanço hídrico positivo em 100%, ou seja, ingesta maior do que a eliminação; e 60% apresentaram oligúria. Na investigação do sistema respiratório, 70% apresentou ortopneia; 50% frêmito tóraco-vocal alterado e ruídos adventícios presentes, dos quais, 40% eram estertores e 10% roncos; 20% percussão torácica alterada (10% macicez); 20% referiu falta de ar; 20% expansibilidade pulmonar alterada; 10% ortopneia paroxística noturna e 10% padrão respiratório alterado. Na investigação do sistema cardíaco, a estase de jugular estava presente em 30%; a pressão venosa central presente em 20%; o reflexo hepatojugular positivo em 40%; à ausculta cardíaca, 100% dos pacientes apresentaram bulhas normofonéticas em dois tempos e regulares. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que o volume de líquidos excessivo estava presente na clientela estudada, uma vez que tais pacientes apresentaram sinais e sintomas relacionados a este diagnóstico de enfermagem, como agitação, ansiedade, edema em extremidades, edema periorbital, ascite, anasarca, pressão arterial alterada, taquipneia, aumento de peso em curto período, balanço hídrico positivo, falta de ar, ortopneia, ortopneia paroxística noturna, padrão respiratório alterado, expansibilidade pulmonar alterada, frêmito tóraco-vocal alterado, macicez à percussão torácica, ruídos adventícios do tipo estertores, estase de jugular, pressão venosa central aumentada e refluxo hepatojugular positivo. Tais indícios são pistas que indicam a presença do excesso de líquido nos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Identificar os principais sinais e sintomas presentes em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise auxilia na prevenção e detecção precoce das repercussões que o excesso de volume de líquidos pode provocar como, por exemplo, o edema pulmonar, o qual progride para a insuficiência respiratória e que pode ser determinante de uma parada cardiorrespiratória. Portanto, a rápida identificação destas pistas contribui para a melhoria da assistência de enfermagem a esta clientela.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Insuficiência renal crônica; Volume de água.

¹Enfermeira. Mestranda do da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil. E-mail: bebel_6@hotmail.com.

²Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil.

³Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil.

⁴Enfermeira. Mestre em enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem de Natal da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil.

⁵Acadêmica do 2º período de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil.



Trabalho 85

Eixo temático: Assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos. 4ª ed. Guanabara Koogan; 2003.
2. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
3. Zatz R, Seguro AC, Malnic G. Bases fisiológicas da nefrologia. São Paulo: Atheneu; 2011.
4. Herdman TH. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009/2011. Porto Alegre (RS): Artmed Editora; 2010.

¹Enfermeira. Mestranda do da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil. E-mail: bebel_6@hotmail.com.

²Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil.

³Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil.

⁴Enfermeira. Mestre em enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem de Natal da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil.

⁵Acadêmica do 2º período de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil.



Trabalho 86

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Richardson Augusto Rosendo da Silva¹
Daniella Patrícia Cândido Rêgo²
Romanniny Hévilyn Silva Costa³

Introdução: A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crônica que afeta aproximadamente 2 milhões e meio de pessoas mundialmente. No Brasil, estima-se que existem cerca de 35.000 portadores de EM, em todo o território. Trata-se de uma doença autoimune, degenerativa, progressiva, do sistema nervoso (S.N), caracterizada pela ocorrência de pequenas lesões na bainha de mielina axonal, sendo a faixa etária mais acometida os indivíduos entre 20 e 40 anos, em sua maioria mulheres. **Objetivo:** Propor um plano de cuidados a pacientes acometidos por esclerose múltipla fundamentado na Sistematização da Assistência de Enfermagem e nos Sistemas de Classificação do processo de enfermagem. **Descrição metodológica:** Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo quantitativa descritiva, desenvolvida no Hospital Universitário Onofre Lopes, em Natal/RN, que conta com um Núcleo Norteriograndense de doenças desmielinizantes (NNRDD). A coleta de dados se deu nos meses de fevereiro a maio de 2013, utilizando como instrumento um roteiro de entrevista estruturado e outro de anamnese e exame físico. Os dados foram analisados baseados no Processo de enfermagem, NANDA Internacional¹; Classificação de intervenções de enfermagem (N.I.C.)² e o Nursing Outcomes Classification (N.O.C.)³. **Resultados:** Foram entrevistados 15 indivíduos, dos quais 13 (86,7%) eram pacientes de ambulatório e 2 (13,3%) do internamento, sendo, 13 (86,7%) do sexo feminino e 2 (13,3%) do sexo masculino. Quanto a faixa etária, 12 (80,0%) tinham entre 20 e 40 anos e 3 (20,0%) eram maiores de 40 anos. Em relação à etnia 8 (53,3%) eram brancos, 6 (40,0%) pardos e 2 (13,3%) negros. Na amostra do estudo 14 (93,3%) dos pacientes possuíam a EM do tipo surto- remissiva, e apenas 1 (6,6%) apresentaram a progressiva primária. Dentre os problemas de saúde apresentados pelos pacientes ao exame físico observou-se: desequilíbrio 14 (93,3%), alteração da visão 8 (53,3%), fadiga 13 (86,6%), fraqueza muscular 12 (80,0%), dor 10 (66,6%), ansiedade 5 (33,3%), problemas financeiros 11 (73,3%), alteração da coordenação motora 8 (53,3%), alteração da marcha 8 (53,3%), tristeza 5 (33,3%), conhecimento deficiente sobre a doença e o tratamento 6 (40,0%), expressão de frustração 4 (26,6%) e problemas auditivos (6,6%). A partir dos problemas elencados foi possível listar os seguintes diagnósticos de Enfermagem, segundo a NANDA-Internacional: risco para queda, dor crônica, deambulação prejudicada, intolerância à atividade, fadiga, memória prejudicada, eliminações urinárias prejudicadas, conhecimento deficiente, déficit do autocuidado em banho e para vestir-se, ansiedade, tristeza crônica, sentimento de impotência. Foram listadas as seguintes intervenções de Enfermagem, segundo a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC): controle da energia, objetivando diminuir a fadiga e a intolerância à atividade; terapia de exercícios: equilíbrio, deambulação e controle da musculatura, visando melhorar a deambulação prejudicada, o desequilíbrio e a fraqueza muscular; redução da ansiedade, permitindo uma qualidade de vida; controle da dor, relacionada à melhora do conforto e bem-estar do indivíduo; assistência no auto cuidado: banho/higiene, vestir-se/arrumar-se; treinamento da memória, permitindo que o paciente trabalhe o déficit e sinta menos impactante os problemas diários oriundos deste problema; sondagem



Trabalho 86

vesical intermitente, permitindo a eliminação de excretas urinárias e evita processo infecciosos, retenção de líquido e acúmulo de metabólitos; melhora na comunicação: déficit auditivo, visual e da fala, visando uma forma de permitir a comunicação sem entraves; apoio emocional, necessário para o enfrentamento do processo da doença; ensino: procedimento/tratamento, melhorando o conhecimento e a visão crítica do paciente sobre o tratamento a que ele é submetido; prevenção para quedas, evitando lesões. Os resultados esperados estabelecidos por meio do Nursing Outcomes Classification (NOC) foram: controle de energia; terapia de exercícios: equilíbrio, deambulação e controle da musculatura; redução da ansiedade; controle da dor; assistência no auto cuidado: banho/higiene, vestir-se/arrumar-se; treinamento da memória; sondagem vesical intermitente; melhora na comunicação: déficit auditivo, visual e da fala; apoio emocional; ensino: procedimento e tratamento; prevenção de quedas. **Conclusão:** Os resultados encontrados no que conserve aos dados demográficos se encontram em consonância com a literatura, apresentando maior incidência de EM em mulheres, de cor branca, entre 20 e 40 anos, com subtipo surto-remissivo. No que concerne os diagnósticos de Enfermagem, esta pesquisa demonstrou o que estudos realizados no Sudeste do Brasil haviam elucidado, sendo que em todos apenas os diagnósticos biológicos e psicológicos foram elencados. Faltando uma análise mais abrangente da situação social do paciente na classificação NANDA. Referente às intervenções e resultados esperados, há uma lacuna na literatura acerca da continuidade do processo de enfermagem após os diagnósticos, não sendo encontrados estudos que validassem ou mesmo que trouxessem as intervenções e os resultados esperados. O estudo permitiu identificar os principais diagnósticos de enfermagem em pacientes com EM, segundo a NANDA, bem como a elaboração de intervenções baseadas nas necessidades desses pacientes. **Contribuições para a enfermagem:** O crescente interesse pela utilização da sistematização da assistência de enfermagem na prática clínica deve-se à necessidade de avaliar a qualidade do cuidado prestado aos clientes, além disso, diante da exigência cada vez maior da qualificação do trabalho e dos altos custos envolvidos na assistência hospitalar, torna-se progressivamente útil pela oportunidade de tornar visível o impacto do trabalho do enfermeiro no restabelecimento da saúde dos pacientes. Reafirma-se a importância de pesquisas envolvendo a SAE, pois a partir dela afirmamos a enfermagem como ciência e direcionamos o cuidado baseados nas evidências científicas encontradas. A Sistematização da Assistência de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento de atividades que direcionadas ao paciente com EM, aumenta o desenvolvimento de respostas humanas específicas proporcionando-lhes reabilitação física e o seu retorno à sociedade com o menor número de sequelas possíveis e uma melhor qualidade de vida.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Esclerose Múltipla.

Eixo Temático 2: Assistência de Enfermagem

Referências:

1. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009.
2. Dochterman J. M, Bulechek G. M. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. Johnson M, Mass M, Moorhead S. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Editora: Artmed, 2ª edição.



Trabalho 86

¹Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Professor adjunto II do Curso de Graduação e Pós-Graduação (Mestrado) em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio grande do Norte, Natal/RN. E-mail: rirosendo@yahoo.com.br

² Acadêmica do 9º período de Enfermagem da Universidade Federal do Rio grande do Norte (UFRN) Natal, RN. E-mail: danny.ufn@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. E-mail: romanniny@yahoo.com.br



Trabalho 87

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA

Richardson Augusto Rosendo da Silva¹

Inaiane Marlisse de Carvalho²

Romanniny Hévillyn Silva Costa³

Introdução: As doenças cardiovasculares aparecem em primeiro lugar entre as causas de morte. No Brasil essas doenças representam quase um terço dos óbitos totais, 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. A complexidade de cuidados requeridos por pacientes que se encontram no período pós-operatório de cirurgia cardíaca, cujas condições de saúde podem variar de minuto a minuto, necessitando de intervenções de enfermagem fundamentadas em um método que privilegia a tomada de decisão, despertou o interesse em organizar a assistência de enfermagem com base no processo de enfermagem. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) baseia-se em uma estrutura lógica de ações, a qual pode ser realizada mediante a aplicação do processo de enfermagem, o qual é composto por etapas e processos, sendo eles: histórico, obtido através de entrevista e exame físico; diagnóstico de enfermagem; prescrição de enfermagem; e evolução de enfermagem. **Objetivos:** Levantar os Diagnósticos de Enfermagem, segundo a NANDA Internacional¹; identificar as intervenções de enfermagem, segundo a Classificação de intervenções de enfermagem (N.I.C.)²; levantar os resultados esperados segundo a Nursing Outcomes Classification (N.O.C.)³ e propor um plano de intervenção para um paciente que se encontrava em pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca. **Descrição metodológica:** Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, tipo transversal, envolvendo usuários do Sistema Único de Saúde submetida a procedimento de cirurgia cardíaca, desenvolvido no Hospital Universitário Onofre Lopes, em Natal/RN. A coleta de dados se deu nos meses de fevereiro a maio de 2013, utilizando como instrumento um roteiro de entrevista estruturado e outro de anamnese e exame físico. Os dados foram analisados baseados no Processo de enfermagem, NANDA Internacional¹; Classificação de intervenções de enfermagem (N.I.C.)² e o Nursing Outcomes Classification (N.O.C.)³. **Resultados:** O estudo foi realizado a partir da avaliação de um paciente que se encontrava em pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca internado na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário. Foram encontrados oito diagnósticos de enfermagem (DE), por meio da NANDA Internacional¹ e a partir destes, traçados as intervenções segundo o (N.I.C.)² e os resultados esperados segundo o (N.O.C.)³. Os DE encontrados no presente estudo foram: risco de infecção, risco de constipação, risco de quedas, integridade da pele prejudicada, disposição para controle aumentado do regime terapêutico, risco de desequilíbrio eletrolítico, risco de desequilíbrio na temperatura corporal, mobilidade no leito prejudicada. As intervenções sugeridas foram: lavar as mãos antes e após atividade de cuidados ao paciente; usar luvas conforme exigência das precauções padronizadas; usar luvas esterilizadas, quando adequado; assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas; assegurar o emprego de técnicas adequadas no cuidado de feridas; auxiliar o paciente a usar calçados que facilitem o andar e previnam lesões; consultar um fisioterapeuta sobre os planos de deambulação, se necessário; encorajar o aumento da ingestão de líquidos, a menos que contraindicado; monitorar as eliminações intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor, conforme apropriado; monitorar ruídos hidroaéreos; avaliar a ingestão em relação ao conteúdo nutricional registrado; usar laterais da cama com comprimento e altura adequados para prevenir quedas, conforme necessário; orientar o paciente a chamar auxílio para movimentar-se, quando adequado; providenciar mecanismos de adaptação para aumentar a



Trabalho 87

segurança do ambiente; monitorar a ambiente em busca de mudanças nas condições de segurança; examinar a condição da incisão cirúrgica, quando adequado; examinar vermelhidão, calor exagerado ou drenagem na pele e nas mucosas; monitorar áreas de vermelhidão e ruptura da pele; monitorar ressecamento e umidade excessivo da pele; monitorar a cor da pele; monitorar a temperatura da pele; aumentar a orientação do paciente para a realidade, quando adequado; encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e preocupações; oferecer tempo para que o paciente faça perguntas e discuta preocupações; promover a aceitação do paciente à situação, quando adequado; identificar possíveis causas dos desequilíbrios eletrolíticos; monitorar náuseas, vômitos e diarreia; identificar tratamentos capazes de alterar o estado eletrolítico, como drenagem gastrointestinal, diuréticos, anti-hipertensivos e bloqueadores do canal de cálcio; administrar eletrólitos suplementares prescritos, se apropriado; oferecer uma dieta apropriada ao paciente com desequilíbrio eletrolítico; monitorar a temperatura tão frequentemente quanto apropriado; monitorar a perda insensível de líquidos; monitorar a cor e a temperatura da pele; administrar medicamentos antipiréticos, se apropriado; monitorar a ingestão e a eliminação. Os resultados esperados estabelecidos por meio do Nursing Outcomes Classification (NOC) foram: tolerância à deambulação; formação de cicatriz; desenvolver estratégias eficazes para controle de riscos; ingestão de alimentos coerente com a dieta prescrita; busca de informações de confiança sobre o diagnóstico; discute o regime de tratamento prescrito com profissional de saúde; realiza o regime de tratamento de acordo com a prescrição; equilíbrio eletrolítico e ácido básico; reconhecimento de fatores ambientais que aumentam a temperatura do corpo; reconhecimento de condições de saúde que reduzem a produção de calor. **Conclusão:** A elaboração deste relato de experiência possibilitou a identificação da importância da implantação do processo de enfermagem aos pacientes que se submeteram ao processo de cirurgia cardíaca. A implementação de um instrumento estruturado com anamnese e o exame físico, na qual todas as informações são coletadas e registradas adequadamente, servirá de subsídio para a construção e aplicação das seguintes etapas do processo. **Contribuições ou implicações para a Enfermagem:** O perfil diagnóstico do paciente, elaborado com base em suas necessidades, oferece uma fundamentação para determinação das intervenções de enfermagem. No estudo foram encontrados oito diagnósticos de enfermagem. Apesar de poucos estudos sobre o pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca, segundo alguns autores, percebe-se que alguns diagnósticos ainda persistem do pós operatório imediato como o risco para infecção, integridade da pele prejudicada, risco de desequilíbrio eletrolítico e risco de desequilíbrio na temperatura corporal.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Cirurgia Torácica; Processos de Enfermagem.

Eixo Temático 2: Assistência de Enfermagem

Referências:

1. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009.
2. Dochterman J. M, Bulechek G. M. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. Johnson M, Mass M, Moorhead S. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Editora: Artmed, 2ª edição.



Trabalho 87

¹ Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Professor adjunto II do Curso de Graduação e Pós-Graduação (Mestrado) em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio grande do Norte, Natal/RN. E-mail: rirosendo@yahoo.com.br

² Discente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Brasil. Email: naianny-marlisse@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. E-mail: romanniny@yahoo.com.br



Trabalho 88

FREQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CIPE® EM NEURORREABILITAÇÃO DE PACIENTES SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Anária Gomes Suzart¹, Denismar Borges de Miranda², Gerson Otmar Kuhne³, Janice Mayara Holanda Cunha⁴, Luciana Sousa Rocha⁵

Introdução: o processo de enfermagem (PE) em neurorreabilitação de pacientes sobreviventes de acidente vascular cerebral (AVC), empodera o enfermeiro reabilitador para o cuidar integral que esta clientela demanda. Percebe-se atualmente uma carência de estudos sobre nomenclaturas de diagnóstico de enfermagem CIPE® direcionada a estes pacientes, o que dificulta a discussão e validação de diagnóstico de enfermagem CIPE® em neurorreabilitação. Objetivo: descrever a frequência de diagnósticos de enfermagem CIPE® em neurorreabilitação de pacientes sobreviventes de AVC. Descrição metodológica: trata-se de um estudo descritivo, de série de casos, dos diagnósticos de enfermagem CIPE® em neurorreabilitação de pacientes sobreviventes de AVC. Os dados provêm de planos de cuidados realizados por enfermeiros em unidade de reabilitação neurológica de um hospital de Brasília (DF), no período de setembro de 2012 a março de 2013, com base na teoria de Dorothea Orem. A coleta de dados foi realizada em abril de 2013, utilizando-se estatística descritiva a partir do programa SPSS 13.0 para análise dos dados. Resultados: dos 55 planos de cuidados estudados, emergiram 50 diagnóstico com média de 9,2 e DP de 3,2 diagnóstico/paciente. Dentre os diagnósticos mais frequentes salientam-se o déficit de conhecimento sobre a doença/regime medicamentoso

¹Enfermeira do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil. E-mail: 500859@sarah.br.

²Mestre. Enfermeiro do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil.

³Enfermeiro do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil.

⁴Enfermeira do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil.

⁵Enfermeira do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil.



Trabalho 88

(85,5%), déficit no autocuidado para vestuário (80,0%), déficit no autocuidado para banho (69,1%), risco para eventos cardiovasculares (49,1%), risco para alteração da pressão arterial (43,6%), marcha comprometida (40,0%), comunicação verbal comprometida (38,2%) e dia a dia comprometido (38,0%). Conclusões: o conhecimento dos diagnósticos de enfermagem CIPE® mais frequentes em neuroreabilitação em sobreviventes de AVC, direciona o enfermeiro durante a elaboração do plano de cuidado; fato que o aproxima de um cuidar sistematizado, integral e individualizado para esta clientela. A grande frequência encontrada no déficit de conhecimento sobre a doença e regime medicamentoso, neste estudo, reflete uma carência da população de conhecimento sobre a prevenção e complicações do AVC.

Palavras chaves: diagnósticos de enfermagem, autocuidado em reabilitação, acidente vascular cerebral.

Eixo temático: 2 Assistência de Enfermagem

Referências

1. Minelli C, Fen LF, Minelli DPC. Stroke incidence, prognosis, 30-day, and 1- year case fatality rates in Matão, Brazil: a population- based prospective study. *Stroke* 2007; 38(11): 2906- 11.
2. Cramer SC. Brain Repair after Stroke, *N Engl J Med*. 2010; 362(19): 1827-9.
3. Tannure MC, Chianca TCM, Garcia TR. Construção de um banco de termos da linguagem especial de enfermagem. *Rev Eletr Enf* 2009; 11(4): 1026-30.
4. Nascimento DM, Nóbrega MML, Carvalho MWA, Norat EM. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia. *Rev Eletr Enf* 2011; 13(2): 165-73.



Trabalho 89

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE NA ROCINHA: UMA VISÃO DO ENFERMEIRO.

Nome(s) do(s) autor(es): Juliana Siqueira Lima; Fabiana Barbosa Assumpção de Souza; Tereza Cristina Scatena Villa; Antonio Ruffino-Netto; Gláucia Lemgruber Schuabb.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A tuberculose (TB) mantém-se como sério problema de saúde pública no Brasil e a comunidade da Rocinha possui uma das mais altas taxas de incidência do país (386/100.000 habitantes) (SMS,2010). Através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), consegue-se melhor qualidade dos cuidados prestados, definir o papel do Enfermeiro, direcionar a equipe de enfermagem, dentre outros. **OBJETIVOS:** O Estudo teve por objetivo investigar a informação e aplicação da SAE pelo Enfermeiro no Tratamento Diretamente Observado na comunidade da Rocinha (TDO). **MÉTODOLOGIA:** Pesquisa com abordagem qualitativa por meio da análise de conteúdo. Vinte e Seis entrevistas semi-estruturadas, com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Rocinha. O software *Atlas-ti 6.2* permite a criação de um banco de dados que possibilita codificar as falas segundo as categorias de análise. **RESULTADOS/CONCLUSÃO:** Os enfermeiros reconhecem a importância da utilização da SAE no processo de trabalho, porém não conseguem aplicar de maneira correta e completa devido à grande demanda e intensa jornada de trabalho do Enfermeiro na ESF da Rocinha.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:

O estudo é de grande relevância para os profissionais de enfermagem e estudantes da área, pois permite refletir sobre a importância da utilização da SAE no processo de trabalho, e também no planejamento e elaboração do processo de cuidado no TDO da TB na comunidade da Rocinha.

Descritores: Enfermagem , Saúde Pública, Tuberculose.

Área temática: Eixo 2: Assistência de Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

1. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS/RJ). Cordenação de Saúde da Família. **Tuberculose: manual de treinamento para os agentes comunitários de saúde**. 2010.
2. Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo, EPU/Edusp, 1979. 99 p.



Trabalho 89

- 1 - Graduanda em Enfermagem. Bolsista PIBIC/CNPq. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - EEAP/UNIRIO. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: juzenhalima@hotmail.com
- 2 - Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta da EEAP/UNIRIO. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: fabi.assumpcao@gmail.com
- 3 - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EERP da USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br
- 4 - Médico. Professor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: aruffino@fmrp.usp.br



Trabalho 89

5 - Enfermeira. Residente em Enfermagem em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: glaucialschuabb@gmail.com



Trabalho 90

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Jullyana Marion Medeiros de Oliveira¹

Maria Miriam Lima da Nóbrega²

Fabiola de Araújo Leite Medeiros³

Ana Cláudia Torres de Medeiros⁴

Gabriela Lisieux Lima de Souza⁵

INTRODUÇÃO: O cuidar sempre esteve entre as essências do ser profissional em enfermagem. Desde os fundamentos históricos de Florence esta ação de tomar de conta da saúde permeava a prática desta profissão, sendo os conhecimentos adquiridos convencionalmente pela prática observacional e pensamento crítico.¹ Mais adiante a prática de enfermagem já necessitava de um constructo de conhecimento científico e organizado, que pudesse respaldar documentalmente as ações e promover um cuidado individualizado e integral, destarte foi criada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Entende-se por SAE, a organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumento, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem, sendo conceituado o Processo de Enfermagem como a ferramenta metodológica que norteia a prática de maneira dinâmica, formado por cinco etapas, descritas como investigação, diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação.²⁻³ A assistência de enfermagem é referida como atividade privativa do enfermeiro constitui melhorias na qualidade da assistência. Ademais, a resolução do COFEN- 358/ 2009² vem trazer a obrigatoriedade da implantação dessa assistência da SAE pelos profissionais enfermeiros. Nesse contexto, percebe-se a necessidade de estudos científicos que subsidiem e respaldem cientificamente a prática de enfermagem alicerçada em uma assistência integral ao ser cuidado como também que garanta autonomia a prática do exercício profissional. Acredita-se que esta pesquisa venha sensibilizar a iniciativa de mais estudos que se aprofundem nessa temática contribuindo para uma reflexão mais apurada em prol do como caminha à sistematização do cuidar trazendo maior prestígio e desenvolvimento

1 Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Bolsista CNPq. E-mail: jullynamarion@hotmail.com

2 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. Líder do GEPFAE/UFPB. João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br

3 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) Brasil. Email: profabiola@bol.com.br

4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: anaclaudia.tm@hotmail.com

5 Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal da Paraíba, 2011. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Bolsista CNPq. E-mail: gabyllisieux@gmail.com



Trabalho 90

da Enfermagem enquanto profissão, ciência e disciplina. Assim sendo, com base na literatura científica, pretende-se ao final responder a seguinte questão: como tem se caracterizado a produção científica brasileira em relação aos estudos que versam sobre o cuidado sistematizado da enfermagem? **OBJETIVO:** Caracterizar a produção científica de enfermagem no Brasil relacionado ao cuidado sistematizado de enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura cujo método sistemático sumariza conhecimentos. O estudo foi realizado em maio de 2013, por meio da consulta online da Biblioteca virtual em Saúde (BVS) nas bases indexadas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Utilizaram-se os seguintes descritores para a coleta de dados: “Processos de Enfermagem”, “Diagnóstico de Enfermagem” e “Registros de Enfermagem”, segundo a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Os limites de busca foram: artigos publicados entre os anos de 2010 a 2013 (o coorte do período estudado justifica-se por assegurar a atualidade dos dados enfocando as tendências das investigações analisadas), textos completos e de acesso gratuito (seguindo o critério de elegibilidade por se tratar de artigos que versassem sobre a sistematização do cuidado de enfermagem). Considerando tais parâmetros, a *priori* foram identificados 50 artigos, os quais foram submetidos à leitura metódica dos títulos e resumos. Destes foram pré-selecionados uma amostra composta por 31 artigos. O primeiro momento da coleta de dados consistiu no levantamento da literatura nas referidas bases de dados, com o cruzamento dos descritores “Diagnóstico de Enfermagem” AND “Processos de Enfermagem”, foram encontrados um total 21 artigos, destes 17 foram selecionados. Com os descritores “Processos de Enfermagem” AND “Registros de Enfermagem” foram encontrados 17 artigos, selecionando-se quatro artigos. Por fim com o cruzamento dos descritores “Diagnóstico de Enfermagem” AND “Registros de Enfermagem” foram encontrados 13 artigos, sendo inclusos 10. Foi construído um instrumento para a coleta de dados no editor de texto Microsoft Office Word® que contempla informações como: identificação do título do artigo, nome do periódico e o ano, base indexada, características metodológicas, Região do estudo no contexto da área geográfica do Brasil e cenário da Sistematização da Assistência de Enfermagem. A estatística descritiva simples utilizando banco de dados no Microsoft Excel foi utilizada para análise dos dados. **RESULTADOS:** O panorama geral dos estudos tem-se que 54,8% das publicações tiveram como fonte SCIELO e 45,2% da LILACS. Em relação ao ano de publicação 45,2% aconteceu em 2010, 29,0% no ano de 2011 e 25,8% em 2012. Entre características metodológicas dos estudos, obteve-se que dois dos estudos foram de relato de experiência, uma de revisão de literatura e 28 foram pesquisas originais. Com a tipologias de estudos 28,6% foram citadas como pesquisas descritivas, 21,4% descritivas e exploratórias, 3,6% pesquisa convergente assistencial, 14,3% estudos transversal, 7,2% descritivos e transversais, 14,2% retrospectivos, 10,7% de pesquisa metodológica. Quanto aos procedimentos de coleta de dados, verificou-se que 60,7% se deram por levantamentos de dados e 39,3% documentais. Em relação ao tipo de abordagem 27 estudos descreveram em suas entrelinhas a qual abordagem quantitativa ou qualitativa desenhava o percurso metodológico utilizado, dessa forma, observou-se que 33,3% se referiram a estudos qualitativos, 59,3% quantitativos e 7,4% com abordagem mista, quantitativos e qualitativos. Em relação à distribuição de estudos por região do Brasil, notou-se que a maior porcentagem advinha do Sul com 32,3%, seguida pelo Nordeste e sudeste representado por 29% e o Centro-oeste apresentando 9,7%. Em relação ao local do estudo, 83,3% dos estudos aconteceram em ambiente hospitalar e 16,7% na assistência especializada e na atenção primária em saúde. Constatou-se que dos sujeitos participantes dos estudos com 52,9% foram enfermeiros e 47,1% com pacientes. Outro dado obtido foi que os trabalhos em que desenvolveram uma assistência sistematizada da enfermagem junto aos pacientes apenas 38,5% utilizaram teoria de enfermagem. Ainda assim, identificou-se que a produção científica



Trabalho 90

do cuidado sistematizado da enfermagem concentra-se na segunda etapa do Processo de Enfermagem, que é o Diagnóstico de Enfermagem com 83,9% baseados na taxonomia II da *NANDA International*. **CONCLUSÃO:** Acredita-se que Sistematização da Assistência de Enfermagem é um método que possibilita um cuidado organizado, integral e de qualidade para o paciente, e permite o respaldo legal das ações de enfermagem, bem com, o reconhecimento profissional da enfermagem enquanto ciência e autonomia. Observa-se que as pesquisas científicas na enfermagem que versam sobre essa temática encontram-se concentradas como pesquisas originais de abordagens quantitativas, no ano de 2010, nas regiões nordeste e sul, desenvolvidas prioritariamente na atenção hospitalar com a construção de diagnósticos. Porém, em geral, sem utilizar as teorias de enfermagem, que é a sustentação do embasamento científico da Enfermagem. **CONTRIBUIÇÃO PARA ENFERMAGEM:** Espera-se que este estudo possa proporcionar um aprimoramento científico aos conhecimentos dos enfermeiros, bem como, o delineamento em síntese das produções científicas referentes ao cuidado sistematizado, propondo a iniciativa de novos estudos na área temática e atualização da prática de enfermagem.

DESCRITORES: Processos de Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Registros de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. PIRES, Denise. A Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev. Bras. Enfer, Brasília, 2009 set-out; 62(5):739-44.
2. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução cofen- 358/2009. 2009. Disponível em: http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/saudepessoal/enferm/resolucao_358_20091015.pdf. Acesso em: 26 mar 2012.
3. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Trad. Regina Garcez. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

EIXO 2: Assistência de Enfermagem



Trabalho 91

MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICA NO IDOSO: ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS

Valéria Pagotto¹; Selma Rodrigues Alves Montefusco²; Leidiene Ferreira³, Erika Aparecida da Silveira

INTRODUÇÃO: O envelhecimento pode levar a alterações e disfunções com ênfase para os problemas da mobilidade, resultando em limitações na realização das atividades cotidianas. Esses fatores estão relacionados a um fenômeno comum nos idosos que é a sarcopenia que é definida como uma síndrome caracterizada pela perda progressiva da massa, força e função do músculo esquelético^{1, 2}. **OBJETIVO:** Analisar a frequência dos fatores relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Mobilidade Física Prejudicada em idosos. **MÉTODOS:** Estudo transversal com amostra de 133 idosos usuários da Rede Básica de Saúde/SUS de Goiânia-GO. Os fatores relacionados foram consultados no Diagnóstico de Enfermagem de Mobilidade Física Prejudicada e foram identificados aqueles que foram avaliados na amostra do Projeto Idosos/ Goiânia. Os fatores relacionados encontrados foram: desnutrição, baixa massa muscular, estilo de vida sedentário, baixa força muscular e IMC>75. Aprovado pelo CEP(Protocolo nº 031/2007). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dos 133 idosos estudados, 60,9% eram mulheres, com idade média de 70,1 anos ($\pm 6,63$) e IMC médio de 26,7 kg/m² ($\pm 26,7$). A massa muscular média foi 6,69 Kg/m², sendo 7,50 Kg/m² entre os homens e 6,16 Kg/m² nas mulheres ($p=0,000$). Observa-se que os fatores relacionados com maior frequência entre os homens foram nesta ordem: baixa massa muscular, IMC>75%, baixa força muscular, desnutrição. Saber identificar com clareza os fatores relacionados torna os diagnósticos de enfermagem com uma possibilidade de melhor acurácia levando a intervenções que causem impacto na assistência e possibilitam a avaliação das ações de enfermagem de modo claro. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** é importante que os enfermeiros avaliem, planejem e desenvolvem intervenções de manutenção da capacidade funcional e da massa e força muscular esquelética especialmente na população masculina, nos muito idosos e nos desnutridos, afim de evitar suas conseqüências, como as quedas, imobilidade e dependência com isso elaborando intervenções de impacto junto a esta população

REFERENCIAS

1. Cruz-Jentoft et al., 2010. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2010 July;39(4): 412–423.
2. Janssen I, Heymsfield SB, Ross R. Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. Journal of the American Geriatrics Society. 2002;50(5):889-96.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. Journal of Gerontology: Biological Sciences, 2001;53(3):146-156.

DESCRITORES: Idosos. Diagnóstico de enfermagem. Incapacidade Funcional.

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1- Enfermeira, doutoranda do PPG\Ciencias da Saúde UFG, docente do curso de enfermagem da FEN\UFG, enfermeira Da SMS\GO – valeriapagotto@gmail.com; 2- Enfermeira, doutoranda do PPG\FEN\UFG, docente do curso de enfermagem FEN\UFG sramontefusco@gmail.com; 3- Enfermeira, doutoranda do PPG\Ciencias da Saúde UFG, docente do curso de enfermagem UFT leidienesantos@yahoo.com.br; 4 – Nutricionista, professora adjunta da UFG.



Trabalho 92

GRUPO DE APOIO COMO ESTRATÉGIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM*

Leidiene Ferreira Santos¹

Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira²

Maria Alves Barbosa³

Selma Rodrigues Alves Montefusco⁴

Daniella Pires Nunes⁵

INTRODUÇÃO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia de organização, planejamento e execução de ações sistematizadas¹, que visa contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade, e para qualificar o cuidado de enfermagem. Todavia, implementar a SAE requer pensamento crítico do profissional, que deve estar focado nos objetivos e voltado para os resultados, de maneira a atender às reais necessidades de sua clientela, exigindo constante atualização, habilidades e experiência, sendo orientado pela ética e padrões de conduta. Portanto, é um modo de exercer a profissão com autonomia baseada nos conhecimentos técnico-científicos². Assim, essa pesquisa objetivou descrever o uso do atendimento em grupo como estratégia para Sistematização da Assistência de Enfermagem às famílias de crianças hospitalizadas. Acreditamos que os resultados desse estudo podem colaborar para que enfermeiros façam uso desse recurso e incluam a família nos planos de assistência, oferecendo suporte emocional e informações como cuidados de enfermagem.

METODOLOGIA: Pesquisa convergente assistencial. Essa abordagem possibilita estreita articulação da pesquisa com a prática assistencial em saúde, com a finalidade de encontrar alternativas que ajudem a resolver problemas e promover mudanças que qualifiquem a assistência³. Assim, foi organizado um grupo de apoio a pais e familiares de crianças hospitalizadas (GRAPF), com o objetivo de oferecer apoio, acolhimento e informações. O grupo foi coordenado por duas enfermeiras, em uma Unidade de Internação Pediátrica/UIP de um Hospital Escola, localizado em Goiânia-Goiás, no período de fevereiro a julho de 2010. Participaram do GRAPF indivíduos que aceitaram fazer parte da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e pertencer à família de uma criança hospitalizada na UIP do hospital pesquisado no período da coleta de dados. Foram gravadas em mídia digital e, posteriormente, transcritas e analisadas doze sessões grupais. Para garantir o sigilo quanto à identidade e evitar constrangimento dos sujeitos, na apresentação dos resultados os familiares foram identificados pela letra F, seguida de um número (1 a 34 - total de familiares que participaram do estudo) e pela letra G, acompanhada pelo número do encontro a que esse familiar esteve presente. Os dados foram analisados a partir da técnica de análise temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Os depoimentos dos familiares que participaram do

¹Enfermeira; Professora Assistente da Universidade Federal de Tocantins; Doutoranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás; leidienesantos@yahoo.com.br;

²Enfermeira; Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília/UNB/Brasil; Professora Associada da Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem;

³Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP; Professora Titular da Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem;

⁴Enfermeira. Professora Assistente da Universidade Federal de Goiás; Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás;

⁵Enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

*Pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa em Enfermagem na Gestão, Desenvolvimento de Pessoas e da Tecnologia de Grupo no Contexto do Trabalho em Saúde (NEPEGETS/FEN/UFMG), com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.



Trabalho 92

GRAPF indicam que o grupo oferece informações, alívio e força, demonstrando a importância dessa estratégia como fonte de apoio e acolhimento à família e como alternativa para SAE: *É bom participar do grupo, porque foi o suporte meu aqui. Porque o meu neném ficou muito ruim, sabe, e foi aonde encontrei, assim, força. [...] foi só, assim, saindo aquela tristeza, fiquei mais confiante (F7G5)*. Grupos com o objetivo de oferecer suporte podem ajudar as pessoas a enfrentar momentos de crise em suas vidas. O poder terapêutico do grupo reside no próprio grupo, pois o fato de pessoas se encontrarem para compartilhar angústias, conflitos e problemas é um significativo agente de cura⁴. *Aquele dia eu queria me abrir e eu não consegui, não saía. E hoje eu consegui! Tô bem (F31G7)*. *Chorei também com a [outra participante do grupo]. Eu compartilhei com a dor dela também (F23G1)*. *Porque como eu não tenho muitos amigos pra tá conversando comigo, agora que eu to fazendo isso com os pais, que tá sofrendo do mesmo jeito que você, até mais, do mesmo jeito que eu to. E dá pra compartilhar os momentos bons e ruins, que é aqui, nos outros não (F20G3)*. O grupo proporciona ao indivíduo a oportunidade de aprender a conviver com outras pessoas, exercer papéis sociais, compartilhar experiências e experimentar novas relações. Aprender a confiar e partilhar suas dores, sentimentos e expectativas, é um grande benefício da terapia grupal⁴. *Eu gostei muito, também, porque esclarece muita coisa, né, que as vezes a gente não sabe (F22G6)*. *Foi bom. Gostei. Me esclareceu (F29G12)*. [...] *tá sendo um aprendizado. Foi muito proveitoso pra mim a reunião, pra aprender cada vez mais (F17G7)*. Para as famílias o ambiente hospitalar é um lugar assustadoramente desconhecido e elas sentem-se inseguras para expor suas dúvidas, medos e, também, sentem-se excluídas das conversas mantidas pelos profissionais de saúde em relação à saúde da criança, já que esses, comumente, usam linguagem que não é compreendida pela família⁵. Assim, o cenário grupal é adequado para trabalhar questões educacionais, abordar informações e orientações sobre processo saúde/doença. Vários recursos podem ser usados, tais como orientações por parte da coordenação ou dos próprios membros do grupo e, até mesmo, participação de especialistas para trabalhar determinados temas. O importante é que a aprendizagem ocorra em um contexto de parceria e colaboração, ao invés de prescrição e subordinação⁴. **CONCLUSÃO:** Os resultados dessa pesquisa indicam que é possível sistematizar a assistência de enfermagem por meio da abordagem grupal, pois ela possibilita a integração e o relacionamento entre as pessoas, permite a quebra da relação vertical profissional-cliente, requer pouco investimento financeiro e otimiza o tempo de serviço, haja vista que é possível atender várias pessoas ao mesmo tempo e, ainda, permite ao profissional atender às reais demandas dos familiares, assumindo uma postura horizontalizada e contribuindo para construção conjunta de saberes, e para humanização do cuidado. Contudo destacamos que é indispensável, ao coordenador, realizar leitura correta do contexto grupal, identificando, além do que está visível, também a dinâmica invisível do grupo. Vários conflitos, sentimentos, interações e bloqueios podem surgir durante a sessão grupal. Assim o profissional que deseja se tornar coordenador precisa aprender a lidar com a ansiedade do grupo e com sua própria ansiedade, aprender ouvir, processar as informações e devolvê-las ao grupo de maneira a contribuir para o crescimento e fortalecimento do mesmo.

Descritores: Enfermagem; Enfermagem Familiar; Estrutura de Grupo.

Eixo temático: Assistência de Enfermagem

Referências

1- NEVES, R. S.; SHIMIZU H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.2, p.222-229, 2010.



Trabalho 92

- 2- SILVA, E. G. C.; OLIVEIRA, V. C.; NEVES, G. B. C.; GUIMARÃES, T. M. R. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.6, p.1380-1386, 2011.
- 3- PAIM, L.; TRENTINI, M.; MADUREIRA, V. S. F.; STAMM, M. Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Cogitare enferm**, v.3, n.3, p.380-386, 2008.
- 4- OLIVEIRA, L. M. A. C.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M. A.; SIQUEIRA, K. M.; OLIVEIRA, P. M. C.; MUNARI, D. B. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.2, p.429-436, 2010.
- 5- MICALIZZI, D. A.; BISMARCK, D. A. The Heart of Health Care: Parents' Perspectives on Patient Safety. **Pediatric Clinics of North America**, v.59, p.1233-1246, 2012.



Trabalho 93

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O FENÔMENO “LACTAÇÃO”

Giovana Meriguete Vieira¹
Thyara Benedito Moraes²
Cândida Canicali Primo³
Eliane de Fátima Almeida Lima⁴
Mônica Barros de Pontes⁵

RESUMO

Introdução: Durante a assistência de enfermagem a mulher no período da lactação percebe-se a importância de um cuidado individualizado para o sucesso na produção de leite. Para isso, a utilização de um sistema de classificação facilita a comunicação e a troca de informação entre os enfermeiros. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é um instrumento tecnológico que tem como objetivo uniformizar as terminologias existentes mundialmente, para aprimorar a assistência à saúde da população⁽¹⁾. **Objetivo e Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo desenvolvido com o objetivo de construir afirmativas de diagnósticos e intervenções de enfermagem para o fenômeno “Lactação”, tendo como base os termos do Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 2.0, complementados com os da literatura da área. **Resultados:** Elaborou-se 5 diagnósticos de enfermagem e 144 intervenções de enfermagem referentes a esses diagnósticos. **Conclusão:** A versão 2.0 inclui termos utilizados no atendimento clínico à mãe e ao recém-nascido, sendo sua linguagem simples e de fácil compreensão, favorecendo a elaboração dos diagnósticos e das intervenções. **Contribuições para a enfermagem:** estudos com a CIPE® contribuem no desenvolvimento de novas tecnologias, considerando que a CIPE® é um instrumental tecnológico para uso nos sistemas de informação em saúde e facilita a comunicação e documentação dos cuidados prestados às mulheres no período da lactação. Também serve de estímulo para o desenvolvimento de novos estudos que visem à confirmação e validação desses diagnósticos e intervenções. **Referência:** 1. Comitê Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2.0. Tradução Heimar de Fátima Marin. São Paulo: Algor; 2011.

Descritores: Lactação; Cuidados de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

1 Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil.

2 Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil.

3 Doutoranda em Enfermagem. Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Graduação e Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil. E-mail: candidaprino@gmail.com.

4 Doutoranda em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação e Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil. E-mail: elianelima66@gmail.com.

5 Doutoranda em Enfermagem. Coordenadora do Banco de Leite do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil.



Trabalho 93

Eixos Temáticos: Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



Trabalho 94

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO SUBMETIDAS À RADIOTERAPIA

Flávia Dias Cesar¹
Cândida Caniçali Primo²
Renato Alves Caniçali³
Eliane de Fátima Almeida Lima⁴
Franciéle Marabotti Costa Leite⁵

RESUMO

Introdução: Na assistência aos pacientes em radioterapia percebe-se a necessidade de aperfeiçoamento e individualização do cuidado de enfermagem e a utilização de um sistema de linguagem uniformizada favorece a troca de informação e a padronização da comunicação entre os enfermeiros. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é um instrumento tecnológico aprovado internacionalmente, que permite ao enfermeiro mais autonomia e documentar sistematicamente sua prática assistencial⁽¹⁾. **Objetivo:** elaborar os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionadas às complicações da radioterapia em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, em que realizou-se uma revisão de literatura científica nas seguintes bases de dados: LILACS, SciELO e BDNF com os descritores “neoplasias de cabeça e pescoço”, “radioterapia”, “complicações” e “cuidados de enfermagem”, a amostra final constituiu-se de 34 estudos. Utilizou-se as complicações citadas, no mínimo, em 50% dos artigos da amostra final, as quais foram xerostomia e mucosite, 70,6% e 61,8% artigos, respectivamente. Mediante essas complicações elaborou-se os diagnósticos e as intervenções de enfermagem utilizando os termos do Modelo de Sete Eixos da CIPE® 2.0. **Resultados:** Foram formulados com a CIPE® 2.0 dois diagnósticos: Salivação diminuída e Inflamação da membrana mucosa oral e 40 intervenções de enfermagem. **Contribuições para a enfermagem** podem ser visualizadas na organização da assistência de enfermagem pelo uso de uma terminologia uniformizada para diagnósticos e intervenções de enfermagem que embasam a consulta de enfermagem no setor de radioterapia, além de permitir selecionar

1 Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil. E-mail: flavinhadcesar@gmail.com

2 Doutoranda em Enfermagem. Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Graduação e Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil. E-mail: candidaprino@gmail.com.

3 Enfermeiro, Coordenador do Setor de Radioterapia do Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória (ES), Brasil. E-mail: rcanicali@yahoo.com.br

4 Doutoranda em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação e Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil. E-mail: elianelima66@gmail.com.

5 Doutoranda em Epidemiologia. Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Graduação e Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil. E-mail: francielemarabotti@gmail.com.



Trabalho 94

ações de enfermagem adequadas às necessidades específicas decorrentes das complicações do tratamento com radioterapia. **Referência:** 1. Comitê Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2.0. Tradução Heimar de Fátima Marin. São Paulo: Algor; 2011.

Descritores: Neoplasias de cabeça e pescoço. Radioterapia. Diagnóstico de enfermagem.

Eixos Temáticos

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



Trabalho 95

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PUERICULTURA

Maria da Conceição Silveira de Araújo¹; Carmem Lúcia Batista Amaral¹; Dulcilene de Araújo²; Sheila Ramalho Coelho Vasconcelos de Moraes³; Francisca Márcia Pereira Linahres⁴.

Introdução

Na Estratégia de Saúde da Família, o enfermeiro realiza a puericultura na Consulta de Enfermagem e planeja os cuidados a partir da identificação dos problemas de saúde e dos fatores de riscos que podem ser controlados..

Objetivo

Identificar os diagnósticos de enfermagem utilizando o inventário vocabular CIPESC- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva.

Método

Trata-se de Estudo de Caso, com abordagem quantitativa. A coleta de dados aconteceu no período de 15/01 a 15/05/2013 em uma Unidade de Saúde da Família, em Recife-PE com 50 crianças de 0 a 2 anos

Resultados

60% Amamentação Adequada; 26% Desmame Precoce, 70% Ingestão Alimentar Inadequada, 44% Baixo Peso, 10% Sobrepeso, 14% Desidratação, 6% Diarréia, 10% Constipação Intestinal, 6% Higiene Corporal Alterada, 4% Higiene Oral Inadequada, 8% Higiene da Genitália Alterada, 100% Estado Vacinal Adequado, 54% Integridade da Pele Comprometida, 2% Dor auditiva, 10% Risco para Acidente Doméstico, 42% Permeabilidade das Vias Aéreas Comprometida, 16% Vínculo Materno Comprometido.

Implicações para Enfermagem: a consulta de enfermagem e o uso de uma terminologia implica na sistematização do cuidado na saúde coletiva e na produção de informações importantes para as tomadas de decisões .

Referência

ALBUQUERQUE, L.M; CUBAS, M. R. Cispescando em Curitiba: construção da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn 2005.

1. Alunas de Graduação em Enfermagem do 8º período, Curso de Graduação de Enfermagem da FENSG/UPE

2. Enfermeira da Estratégia em Saúde da Família, Especialista em Saúde Coletiva.

3. Enfermeira. Prof Msc do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPI/UFPE. Doutoranda pelo Programa Interunidades na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). E-mail: sh25rcvm@gmail.com

4. Enfermeira. Prof Drª Curso de Graduação em Enfermagem da UFPE.



Trabalho 96

OS ESTRESSORES DOMINANTES NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO COMPARATIVO

¹Thais de Morais Paulino

²Valeria Regina de Oliveira

³Benedito Cherbeu Dlessandre Oliveira

⁴Linah Pessatti Araujo

⁵Samuel Rodrigues de Paula

As UTIs são unidades hospitalares complexas, destinadas a atendimentos a pacientes em estado grave, com risco de vida, caracterizada por sistema de monitorização contínua, que admite paciente potencialmente grave e instável, estabelece monitorização completa e vigilância por 24 horas. A enfermagem é uma profissão estressante devido às responsabilidades pelas vidas das pessoas enfermas, exigindo dedicação no desempenho de suas funções com consequente desgaste físico e psicológico. Objetivo deste estudo foi aplicar a Escala de Estresse no Trabalho EET com 23 itens. Aprovado CEP Pesquisa exploratória, descritiva e comparativa com análise quantitativa dos dados realizada em dois hospitais no interior de São Paulo, privado e público. A amostra foi 30 pessoas que fazem parte da equipe de enfermagem sendo 15 no hospital público e 15 hospital privado, onde dentre os 23 itens da escala 11 afirmavam e identificaram fatores estressores. Os resultados demonstraram que a relação de estresse está relacionada com a desorganização nas tarefas, deficiência nas comunicações, realização de tarefas que não estão em sua competência, a falta de compreensão com os membros da equipe, o trabalho noturno e a dupla jornada de trabalho como fatores que desencadeiam o estresse.

Dcs: Unidade de Terapia Intensiva, Estresse, Trabalho em Enfermagem.

Panizzon, C; Luz, A.M.H; Fensterseifer, L.M. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2008 set;29(3):391-9.

Segatin, B.G.O; Maia, E.M.F.L. Estresse vivenciado pelos profissionais que trabalham na saúde. Londrina. 2007.

Batista, K.M. Stress e Hardiness entre enfermeiros hospitalares. [tese] São Paulo (S.P): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

¹Discente do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Paulista Campus Limeira SP enfermagemlimeira@unip.br

²Discente do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Paulista Campus Limeira SP

³Professor Mestre no Curso de Enfermagem em Graduação da Universidade Paulista Campus Limeira SP

⁴Professor Mestre no Curso de Enfermagem em Graduação da Universidade Paulista Campus Limeira SP

⁵Professor Mestre e Coordenador do Curso de Enfermagem em Graduação da Universidade Paulista Campus Limeira SP



Trabalho 97

APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM PACIENTE SUBMETIDO À HEMODIÁLISE

Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão¹, Maria das Graças Mariano Nunes², Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira³, Erida Mariz Diniz Leite⁴, Fernanda Beatriz Batista Lima e Silva⁵.

Introdução: A doença renal crônica é caracterizada pela perda progressiva e gradual da função renal, sendo necessária uma terapia de substituição da função renal, como a hemodiálise. Esse tratamento é acompanhado de restrições hídricas e alimentares e mudanças de hábitos de vida.¹ Diante disso, o indivíduo submetido ao tratamento hemodialítico, passa por dificuldades que estão relacionadas com o processo de adaptação a esse novo estilo de vida, pois o mesmo percebe-se dependente de uma máquina para a sua sobrevivência, perdendo muitas vezes a sua autonomia e esperança de uma sobrevida maior devido ao fato de a cura estar associada ao transplante renal e que o mesmo pode ser rejeitado e trazer o paciente de volta a hemodiálise.² Dessa forma, o cuidar de um paciente renal crônico submetido à hemodiálise ainda é um desafio para a enfermagem, sendo imprescindível implementar o Processo de Enfermagem, que objetiva atender o paciente de modo organizado, individualizado e sistemático. Esse método consiste nas seguintes etapas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, sendo de extrema relevância para o registro dos dados, elaboração do plano assistencial específico, além de oferecer ferramentas para o planejamento, coordenação e avaliação das ações priorizando a assistência holística e humanizada. **Objetivo:** Aplicar o Processo de Enfermagem em um paciente submetido à hemodiálise. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso clínico, realizado em um centro clínico de referência em diálise, localizado no nordeste do Brasil. Entrevistou um paciente que realizava tratamento hemodialítico na referida clínica. A coleta dos dados deu-se através de um roteiro de entrevista e de exame físico, aplicados nos dias de tratamento da diálise em fevereiro de 2012. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo nº115/11), número CAAE (0139.0.051.000-111 e financiado pelo edital Universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo 483285/2010-2). **Resultados:** O paciente era do sexo feminino, 35 anos de idade, possui companheiro, reside no interior do estado, têm cinco anos de estudos, renda familiar em torno de um salário mínimo, e no momento da entrevista estava desempregado. Após a análise dos dados e raciocínio clínico foram encontrados, de acordo com a taxonomia da NANDA Internacional⁽³⁾, os seguintes diagnósticos de enfermagem (DE): Dor aguda, Fadiga, Hipotermia, Risco de infecção, Conhecimento deficiente, Mobilidade física prejudicada, Volume de líquidos excessivos e autocontrole ineficaz da saúde. Sendo que o prioritário foi o DE Dor aguda relacionado à agentes lesivos: biológicos estabelecidos por relato verbal de dor e relato codificado. Os resultados estabelecidos, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)⁽⁴⁾ foram o de Nível de dor composto pelos indicadores: dor relatada (substancial); frequência da dor (grave); duração dos episódios da dor



Trabalho 97

(substancial); percentual do corpo afetado (moderado); expressões orais de dor (substancial); expressões faciais de dor (moderado); tensão muscular (moderado). Para realizar as intervenções destes indicadores foram estabelecidas as seguintes ações, de acordo com a Classificação das Intervenções de enfermagem (NIC)⁽⁵⁾: realizar uma avaliação abrangente da dor, que inclua o local, as características, o início/a duração, a frequência, a qualidade, a intensidade ou a gravidade da dor e os fatores precipitantes; Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia; Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor; controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto; Reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumente a experiência da dor; Considerar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma disso, foram realizadas as seguintes prescrições de enfermagem: auxiliar ao paciente a caracterizar a dor; encorajar o paciente a procurar um especialista para averiguar a causa da dor, estratégia para seu alívio; promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor; avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de uma avaliação constante da experiência da dor e instituir e modificar medidas de controle da dor com base na resposta do paciente. Além disso, visto que a mesma refere que a dor é de causa desconhecida; estimular o paciente a cumprir o regime terapêutico devido as possíveis complicações que uma não adesão ao tratamento da DRC pode proporcionar ao indivíduo; encorajar o paciente a realizar as atividades da vida diária e aos poucos iniciar uma atividade física, dentro dos seus limites; orientar o cliente a realizar atividades que reduzam ou aliviem a dor; orientar o paciente a elevar os membros inferiores pelo menos 30 minutos por dia para reduzir o edema; determinar as limitações físicas do movimento dos membros inferiores e o efeito sobre o funcionamento; estimular atividades que proporcionem o aumento da autoestima e independência do paciente. **Conclusão:** Ao realizar a entrevista e o exame físico no paciente, foi inferido os seguintes DE inseridos nos domínios da taxonomia da NANDA-I: promoção da saúde (1) com autocontrole ineficaz da saúde; nutrição (2) com Volume de líquidos excessivos; atividade/repouso (4) com fadiga e mobilidade física prejudicada; percepção/cognição (5) com conhecimento deficiente; segurança/proteção (11) com hipotermia e risco de infecção; conforto (12) com dor aguda, priorizando o DE dor aguda relacionado à agentes lesivos: biológicos evidenciado por relato verbal de dor e relato codificado. Dessa forma, foi possível traçar um cuidado mais individualizado, focado nas necessidades deste cliente, buscando a melhoria do bem estar biopsicossocial e o aumento da qualidade de vida dessa cliente. **Contribuições para a enfermagem:** O estudo de caso clínico descrito foi relevante, visto que, o processo de enfermagem associado as taxonomias citadas acima, são pouco utilizados por profissionais de enfermagem e, com isso, foi possível demonstrar que as etapas do processo de enfermagem podem e devem ser realizadas em qualquer ambiente de atendimento à saúde do indivíduo. Além do mais, o processo de enfermagem possibilita uma prescrição de enfermagem voltada para as necessidades da clientela submetida ao tratamento hemodialítico. Outro



Trabalho 97

ponto é a importância de investir na qualidade de vida dessa clientela, aumentando a sobrevida, independente do tratamento realizado.

Palavras chaves: Insuficiência renal crônica; Diálise renal; Diagnóstico de enfermagem.

Eixo temático: Assistência em enfermagem

Referências:

- 1-Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 5th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- 2- Santos (qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de Orientação de enfermagem para o autocuidado)
- 3- North American Nursing Diagnosis Association-I (NANDA International). Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificações 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 4- Johnson M. Classificação dos resultados de enfermagem. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 5- Dochterman J M. Classificação das intervenções de enfermagem. 4th ed. Porto alegre: Artmed; 2008.

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

² Acadêmica do 8º período de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de Iniciação Científica. E-mail: gracinhamariano@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



Trabalho 98

MODO DE ADAPTAÇÃO DA TEORIA DE ROY EM UM PACIENTE EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão¹, Maria das Graças Mariano Nunes², Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira³, Clarissa Maria Bandeira Bezerra⁴, Ana Lívya de Medeiros Dantas⁵.

Introdução: Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, o número de indivíduos portadores de doença renal crônica (DRC) que realizam tratamento hemodialítico vem crescendo no país⁽¹⁾, tornando um problema de saúde pública nacional. A DRC é caracterizada por uma lesão renal com duração maior que três meses e taxa de filtração glomerular (TFG) menor que 60 ml/min/1,73m².⁽¹⁾ E sendo portador de DRC, o indivíduo necessita de uma terapia de substituição renal para a manutenção da vida. E a terapia mais utilizada é a hemodiálise.⁽²⁾ Dessa forma, as pessoas que realizam o tratamento hemodialítico passam por um processo de adaptação que contribuem ou não para a adesão do tratamento. Diante disso, faz-se necessário a utilização de teorias que busquem a compreensão do processo adaptativo humano. Sendo assim, a teoria que mais se enquadra neste perfil, é a Teoria de Adaptação de Sister Callista Roy. A teoria de Roy é composta por quatro modos, são eles: fisiológico, autoconceito, interdependência e desempenho de papéis, utilizando quatro elementos: estímulos, mecanismos de enfrentamento, comportamentos e retroalimentação.⁽³⁾ Dessa forma, ao aliar uma teoria de enfermagem com o processo de cuidar, o enfermeiro será guiado para um manejo mais direcionado ao paciente, buscando uma melhor qualidade de vida e aceitação do tratamento. **Objetivo:** Traçar os mecanismos adaptativos de acordo com Roy presentes em um paciente em tratamento hemodialítico. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso clínico, realizado em um paciente que faz tratamento hemodialítico em uma unidade clínica localizada na cidade de Natal/Rio Grande do Norte. Foi realizada a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e a concessão do paciente através da sua assinatura. A coleta foi feita através de um questionário e exame físico no dia da realização do tratamento de diálise, no mês de fevereiro de 2012. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo de nº 115/11, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de nº 0139.0.051.000-111 e financiado pelo edital Universal do edital universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico com o número do Processo 483285/2010-2. **Resultado:** Foi entrevistado um paciente do sexo masculino, 28 anos de idade, mora com companheiro, reside na capital do estado, têm nove anos de estudos, renda familiar de dois salários mínimo, e no momento da entrevista era aposentado. Foram identificados os problemas adaptativos no modo fisiológico: intolerância a atividade, hipercalemia, edema, retenção de líquido intracelular e dor aguda; no modo autoconceito: a baixa autoestima; e no modo desempenho de papéis: falha no papel. A intolerância a atividade teve como estímulo focal a hemodiálise, o contextual, os efeitos adversos relacionados ao tratamento, e comportamentais a fadiga e as dificuldades em realizar as atividades de vida diária. O edema apresentou como estímulos focal,



Trabalho 98

contextual e comportamental: lesão renal, não segue restrição hídrica e anúria, desequilíbrio hidroeletrolítico e retenção de líquidos, respectivamente. A hipercalemia teve como estímulos: focal, a lesão renal, contextual a distúrbio eletrolítico e comportamental o aumento do potássio sérico. O problema retenção de líquido intracelular mostrou a lesão renal como estímulo focal, não segue restrição hídrica como estímulo contextual e anúria, desequilíbrio hidroeletrolítico e aumento de peso em curto período de tempo como estímulos comportamentais. Por sua vez, a dor aguda apresentou respectivamente como estímulos focal, contextual e comportamental, glaucoma, pressão intraocular alta e verbalização de dor no olho com início inferior a seis meses. O problema adaptativo falha no papel, do modo desempenho de papéis, obteve como estímulo focal a complexidade no tratamento, estímulo contextual a não adesão terapêutica completa, e estímulos comportamentais, os comportamentos ineficazes e dificuldades verbalizadas para atingir as metas do tratamento. Nenhum desses problemas, dos modos fisiológicos e desempenho de papéis apresentaram estímulos residuais. No modo do autoconceito o cliente teve como estímulos, do problema baixa autoestima, os seguintes: focal a doença renal crônica, contextual o desgaste físico e emocional, residual o sentimento de inutilidade, e o comportamental como relatos autodestrutivos. **Conclusão:** Foram encontrados sete problemas adaptativos no paciente estudado, onde cinco foram do modo fisiológico, um do modo do autoconceito e, um no modo desempenho de papéis. No modo interdependência não foi encontrado nenhum problema adaptativo neste cliente. Dessa forma, nota-se que o indivíduo em tratamento hemodialítico precisa de um atendimento mais específico, direcionado para seus problemas, pois a DRC e suas formas de tratamento, afeta o estado físico e psicológico do indivíduo, independente da fase da doença ou do tratamento. Então, torna-se de suma importância que o enfermeiro busque através do seu raciocínio crítico baseado em teorias de enfermagem, as melhores intervenções que se adequem àquele indivíduo, direcionando assim uma assistência de enfermagem voltada para o bem estar biopsicossocial do indivíduo submetido à hemodiálise. É necessário também que o enfermeiro esteja sempre reavaliando esse paciente, visto que a DRC e o tratamento hemodialítico sempre vão promover mudanças no indivíduo, sejam elas fisiológicas ou psicossociais, e sempre surgirão novos problemas adaptativos ou os superados reaparecerão. **Contribuições para a enfermagem:** Este estudo promoveu a relação do raciocínio clínico com uma teoria de enfermagem, buscando o conhecimento das teorias de enfermagem com o intuito de utilizar a que mais se adequa na clientela assistida. Outro ponto relevante é a utilização da teoria da adaptação de Roy nesta clientela, guiando os cuidados de enfermagem aos pacientes em hemodiálise, já que esta aborda o cuidado visualizando à adaptação e às diversas condições de vida desta clientela, possibilitando uma assistência voltada para a melhoria de qualidade de vida e a melhor adesão ao tratamento.

Palavras-chaves: Teoria de enfermagem; Insuficiência renal crônica; Diálise renal.

Eixo temático: Assistência em enfermagem



Trabalho 98

Referências:

- 1 - Sesso RCC, et al. Brazilian Dialysis Census, 2009. J Bras Nefrol [serial in the internet]. 2010 [cited 2013 Jan 20]; 32(4):380-4. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n4/en_v32n4a07.pdf.
- 2 - K/DOQI. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. Am J Kidney Dis., v. 39, Suppl 2, S1-S246, 2002. [acesso em: 20 abril 2013]. Disponível em: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/pdf/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf
- 3 - Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 5rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- 4- Roy C, Andrews HA. The Roy Adaptation Model. 3rd ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson; 2009.

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

² Acadêmica do 8º período de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de Iniciação Científica. E-mail: gracinhamariano@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁴ Acadêmica do 8º período de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



Trabalho 99

1

O CONHECIMENTO ESTÉTICO E SUA APLICAÇÃO NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM¹

Priscila Meyenberg Cunha Sade²
Daiane Siqueira de Luccas³
Verônica de Azevedo Mazza⁴

Introdução: A estética é uma forma privilegiada de conhecimento intuitivo, tanto para o artista que cria obras concretas e singulares, quanto para o apreciador que se entrega a elas para adentrar-lhes o sentido⁽¹⁾. A palavra estética (do grego *aisthesis*: percepção, sensação) com referência às artes, só foi agregada ao vocabulário da filosofia por volta de 1750, pelo filósofo alemão Alexander Baumgarten⁽²⁾. A forma estética e as investigações em torno da arte e do belo coincidem ou, pelo menos, estão estreitamente mescladas na filosofia moderna e contemporânea. Com isto, a partir do século XX, constata-se a existência de muitos valores estéticos além do belo e o objeto da estética deixa de ser a produção voluntária da beleza e as artes deixam de ser pensadas exclusivamente como produção de beleza, para serem vistas sob outros horizontes, tais como: expressão das emoções e desejos; interpretação e crítica da realidade social; atividade criadora de procedimentos inéditos para invenção de objetos artísticos⁽²⁾. Na enfermagem, até o início do século XX, sua arte estava relacionada unicamente à realização de técnicas básicas e, desse modo, representada por uma arte denominada como “doméstica”. Somente a partir da instituição das escolas de Enfermagem no Modelo de Florence Nightingale, bem como do desenvolvimento e aplicação das teorias de enfermagem, o processo de cuidar foi integrado a meios e a fins que convergem às concepções atuais de cuidado. Esse processo requer, também, uma conduta estética frente ao mundo e demanda a articulação do conhecimento, das habilidades manuais, intuição, experiência e expressão da sensibilidade⁽³⁾. Desta forma, a enfermagem passa a ser reconhecida, como a ciência e a arte de cuidar, geradora de uma experiência estética que por suas subjetividades afloradas, tem relação intensa com a prática profissional, sendo expressa na interação enfermeiro-cliente⁽⁴⁾. **Objetivo:** Discorrer sobre o conhecimento estético e sua aplicação no processo de cuidar em enfermagem. **Método:** Revisão bibliográfica, baseada em informações obtidas em livros e artigos de revistas científicas, indexados em banco de dados. Foram utilizados textos publicados no período de 1998 a 2009, que retratam temas relacionados ao conhecimento estético e a enfermagem. A busca pelas referências se deu por meio de acesso eletrônico aos periódicos *online* e busca manual em livros na área relacionada ao tema do estudo. **Resultados:** O conhecimento estético na enfermagem se evidencia na ação que envolve a arte de cuidar e conta com a percepção e a criatividade, bem como incorpora a sensibilidade, empatia e valores. Nesta perspectiva, refere-se à forma como o cuidado é percebido e vivenciado pelo enfermeiro e o paciente⁽⁵⁾. A ação de cuidar deve ser integrada a meios e a fins que convergem às concepções atuais de cuidado que requer conduta ética e

1 Artigo produzido na Disciplina Concepções do Pensamento Filosófico-Antropológico Aplicados à Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

2 Enfermeira. Docente da Faculdade Evangélica do Paraná. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde da UFPR - GPPGPS. E-mail: priscila.sade@gmail.com

3 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Membro do GPPGPS.

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Líder do Grupo de Estudo da Família, Saúde e desenvolvimento Infantil da UFPR – GEFASED.



Trabalho 99

2

estética frente ao mundo e demanda a articulação do conhecimento, habilidades manuais, intuição, experiência e expressão da sensibilidade. Quanto à conduta ética, sua presença na prática de enfermagem é item presente no conhecimento estético. O ético e o estético, enquanto práticas se entrelaçam, quando se constata que a experiência estética pode despertar a benevolência no indivíduo^(3,5). Proceder com um julgamento ético envolve o confronto de valores, do que é bom, importante e desejável nos objetivos finais e, portanto requer a compreensão sobre o bom, o desejado e o correto. Assim, o conhecimento estético pode ser relacionado com o ‘saber como’ que permite trabalhar com os fenômenos não quantificáveis e com o que não pode ser explicado por leis e teorias. A intuição, a interpretação, a compreensão e os valores constituem os componentes centrais da estética e são destacados no processo de cuidar⁽³⁾. Além disto, faz-se necessário, também, a articulação destes com a criatividade, para a reflexão sobre o processo de construção de conhecimento. Uma vez que, a criatividade é uma capacidade humana indispensável à ciência e à vida em geral, incentiva à reflexão das concepções já formuladas, mantendo-as, reorganizando-as e reconstruindo-as. Diante do exposto, o enfermeiro deverá ser engenhoso em sua prática, e a determinação de um curso apropriado para a ação de enfermagem também faz parte de seu processo estético, uma vez que este amplia suas possibilidades para a tomada de decisão, quanto ao seu cuidado prestado ao estabelecer uma relação em que sejam explicitadas particularidades e singularidades do paciente. **Conclusão:** Em um primeiro momento refletir sobre a estética, levou-nos simplesmente à perspectiva da obra de arte e do belo, contudo, pudemos evidenciar que esta é uma visão limitada e equivocada. Visto que, a estética permite a experiência do objetivo e do subjetivo, sendo essencial para articulação da criatividade, da sensibilidade, da intuição e reflexão possibilitando uma ação de cuidar com competência e qualidade. Com isto, uma visão ampliada do que seja arte, colocam em evidência as experiências de enfermagem, que se denominam estéticas, incluindo o processo criativo de descoberta no padrão empírico. O conhecimento estético do cuidar enfatiza a sensibilidade e o significado do momento, aprimorá-lo e desenvolvê-lo permite ao profissional utilizar subsídios adequados ao processo de cuidar, pois dá liberdade a uma relação contínua entre o enfermeiro e o paciente, bem como fornece sustentação à prática profissional e possibilita a produção de conhecimento e reconhecimento da enfermagem.

Descritores: conhecimento, estética, cuidados de enfermagem.

Eixo: Assistência de Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

1. Chauí M. Convite à filosofia. São Paulo: Ática; 2002.
2. Cestari ME. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. Rev Gaúcha Enferm. 2003 Abr; 24(1): 34-42.
3. Persegona KR, Rocha DLB, Lenardt MH, Zagonel IPS. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. Esc. Anna Nery. 2009 Set; 13(3): 645-650. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300027>. Acesso em 21 mar. 2012.
4. Aranha MLA, Martins MHP. Filosofando: introdução à filosofia. 4ª ed. São Paulo: Moderna; 2009.
5. Teixeira, ER. O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005 Jan-Mar; 14(1): 89-95.



Trabalho 100

LEVANTAMENTO DOS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO CIPE® EM ADOLESCENTES COM ESCOLIOSE

Isabel Cristina Correia Pereira¹, Juliana Maria Vieira de Santiago², Fernanda Jordão da Silva Formiga², Kelly Patricia Cassiano Meneses², Larissa Faquim Bazaga²

A escoliose é uma deformidade da coluna vertebral, que geralmente surge durante a fase de aceleração do crescimento, acometendo principalmente crianças e adolescentes¹. Nos casos de deformidades acentuadas, a realização das atividades de vida diária, a função cardiorrespiratória e autoimagem podem ser prejudicadas. Neste contexto, crianças e adolescentes com escoliose podem apresentar comportamentos ineficazes de adaptação, principalmente no período peri operatório de cirurgias para tratamento da patologia. Estes comportamentos devem ser avaliados pelos enfermeiros que atuam com esta população, permitindo levantar os diagnósticos de enfermagem que nortearão os cuidados necessários para a adaptação destes indivíduos². O objetivo desse estudo é descrever os principais diagnósticos de enfermagem levantados em pacientes com escoliose admitidos para cirurgia de artrodese de coluna por via posterior em um hospital de Brasília/DF. Trata-se de um estudo exploratório descritivo realizado em uma unidade de ortopedia e reabilitação infantil no período de novembro de 2012 a março de 2013. Nesse período foram internados 15 pacientes para cirurgia de artrodese de coluna por via posterior, destes foram separados aleatoriamente 3 adolescentes com idade entre 13 e 14 anos para estudo de caso. As informações foram coletadas por enfermeiras durante a admissão, utilizando-se um instrumento de coleta de dados padronizado na unidade. Os dados foram analisados pelas enfermeiras, que levantaram os diagnósticos de enfermagem, baseados na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®)³. Os seguintes diagnósticos de enfermagem prevalentes aos três adolescentes: Padrão respiratório comprometido, Taquicardia, Risco de infecção, Risco de obstipação, Deficit de conhecimento sobre o regime de tratamento, Integridade da pele comprometida (acnes), Risco de alteração do status cardíaco e respiratório após a cirurgia. O levantamento dos diagnósticos de enfermagem auxiliou no planejamento assistencial, possibilitando ao enfermeiro minimizar as dificuldades que esse paciente apresenta e pode apresentar no pós-operatório.

Descritores: diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência ao paciente; escoliose
Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Referências:

1. Ferreira DMA et al. Rastreamento escolar da escoliose: medida para o diagnóstico precoce. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009; 19(3): 357-68.
2. Roy SC, Andrews HA. The Roy adaptation model. 2nd ed. Stamford, Connecticut: Appleton&Lange, 1999. p. 574.
3. Castro H. Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®. Guidelines for ICNP® Catalogue Development. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Junho, 2009. [Acesso em : 16/04/2013]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
4. George JB. et al. Teorias de enfermagem : dos fundamentos para à prática profissional. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.12.

1. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil. E-mail: isabelcris@sarah.br Telefone: (061)33191340/ (061)84249071 2. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação.



Trabalho 101

PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO PÓS-TROMBÓLISE: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA

Betina Franco*, Magáli Costa Oliveira**, Amália de Fátima Lucena***

Introdução: O acidente vascular encefálico (AVE) é a primeira causa de mortalidade por doenças no Brasil, sendo 85% dos casos eventos isquêmicos, que podem ser tratados com trombolíticos¹. O Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é referência em atendimento a estes pacientes. **Objetivo:** Estabelecer os diagnósticos (DEs) e intervenções de enfermagem prioritários a paciente com AVE isquêmico submetido à terapia trombolítica. **Método:** Estudo de caso de paciente atendido no SE/HCPA maio/ 2013. As informações foram coletadas no prontuário eletrônico e analisadas com base nos referenciais da NANDA–*International*² e Classificação de intervenções de enfermagem (NIC)³. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa CEP/HCPA (n.100505). **Resultados:** Paciente masculino, 82 anos, com hipertensão arterial sistêmica e ex-tabagista. Chegou ao SE com queixas de hemiparesia à esquerda e disartria. Encaminhado ao box de urgência, diagnosticado AVE isquêmico agudo e iniciada terapia trombolítica com delta-T (três horas), com boa resposta durante infusão. Após 24 horas apresentava força preservada em membros superiores e em membro inferior esquerdo força grau quatro. Os DEs prioritários ao paciente foram Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz e Risco de sangramento, considerando-se as complicações decorrentes da trombólise. As intervenções selecionadas, segundo a NIC, foram: Precauções contra Sangramento, Cuidados Cardíacos: Fase Aguda e Monitorização Neurológica. **Conclusão:** Direcionou-se um plano de cuidados individualizado ao paciente, de acordo com os DEs. **Contribuições à enfermagem:** subsídio à otimização de plano de cuidados a pacientes com AVE em SE, a partir da NANDA–I e NIC. **Descritores:** Acidente Vascular Encefálico, Enfermagem em Emergência, Diagnóstico de Enfermagem.

EIXO TEMÁTICO 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Referências:

1. Ministério da Saúde. AVC: governo alerta para principal causa de mortes. 2012.
2. NANDA International. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
3. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de enfermagem (NIC). 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

*Mestranda em Enfermagem na UFRGS. Especialista em Enfermagem em Cardiologia, membro da Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) do HCPA. Enfermeira Assistencial do Serviço de Emergência do HCPA. bb.franco@hotmail.com

**Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. Bolsista de Iniciação Científica CNPq. magali_oliveirac@hotmail.com

***Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Coordenadora da Comissão do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI – CNPq). afatimalucena@gmail.com



Trabalho 102

NEGLIGÊNCIA UNILATERAL EM PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Betina Franco*, Magáli Costa Oliveira**, Amália de Fátima Lucena***

Introdução: O acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEh) é a principal causa de incapacidades na população adulta¹. O Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é referência em atendimento a estes pacientes. **Objetivo:** Estabelecer os diagnósticos e intervenções de enfermagem prioritários a paciente com AVE hemorrágico. **Método:** Estudo de caso de paciente atendido no SE/HCPA maio/2013. As informações foram coletadas no prontuário eletrônico e analisadas com base nos referenciais da NANDA-*International*² e Classificação de intervenções de enfermagem (NIC)³. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa CEP/HCPA (n.100505). **Resultados:** Paciente masculino, 49 anos, hipertenso em tratamento irregular, chega ao SE apresentando hemiparesia à direita. Admitido na Unidade Vascular do SE para manejo clínico de AVEh. O DE prioritário ao paciente foi Negligência Unilateral. As intervenções selecionadas, segundo a NIC, foram: Promoção da Perfusão Cerebral e Monitorização Neurológica. **Conclusão:** Direcionou-se um plano de cuidados individualizado ao paciente, de acordo com o DE. **Contribuições de Enfermagem:** subsídio à otimização de plano de cuidados a pacientes com AVE em SE, a partir da NANDA-I e NIC.

Descritores: Acidente Vascular Encefálico, Enfermagem em Emergência, Diagnóstico de Enfermagem.

EIXO TEMÁTICO 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Referências:

1. Ministério da Saúde. AVC: governo alerta para principal causa de mortes. 2012.
2. NANDA International. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
3. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de enfermagem (NIC). 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

*Mestranda em Enfermagem na UFRGS. Especialista em Enfermagem em Cardiologia, membro da Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) do HCPA. Enfermeira Assistencial do Serviço de Emergência do HCPA. bb.franco@hotmail.com

**Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. Bolsista de Iniciação Científica CNPq. magali_oliveirac@hotmail.com

***Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Coordenadora da Comissão do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI – CNPq). afatimalucena@gmail.com



Trabalho 103

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A HUMANIZAÇÃO AO PARTO NORMAL

Sara Negreiros Santos¹
Emille Samara Silva Caribé²
Everson Vando Melo Matos²
João Victor Moura Rosa²

INTRODUÇÃO: No início da história da obstetrícia, o parto era de responsabilidade feminina (parteiras), ou seja, os acontecimentos na vida da mulher sucediam-se em sua residência, onde elas trocavam conhecimento e descobriam afinidades. A partir do século XX foi intensificada a hospitalização do parto, favorecendo a submissão da mulher que deixou de ser protagonista do processo parturitivo. Assim a mulher perdeu sua privacidade e autonomia, foi separada da família e submetida a normas institucionais e práticas intervencionistas. Neste processo, o parto passou a ser vivenciado como um momento de intenso sofrimento físico e moral. Atualmente o modelo de assistência obstétrica no Brasil é caracterizado por excesso de intervenção do parto, o que tem contribuído para o aumento de taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal. Os países em desenvolvimento concentram uma grande parcela de mulheres desassistidas, o que constitui um grave problema de saúde pública. Para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário o bem estar físico e emocional da mulher, o que favorece a redução dos riscos e complicações. O respeito ao direito da mulher a privacidade, a segurança e conforto, com uma assistência humana e de qualidade, aliado ao apoio familiar durante a parturição, transformam o nascimento num momento único e especial. **OBJETIVOS:** Este resumo tem por objetivo evidenciar a importância que o parto normal tem para a mulher e o quanto que a humanização da assistência de enfermagem, contribui para essa assistência. Além de demonstrar o conteúdo científico existente sobre o assunto e evidenciar o valor que o enfermeiro obstetra possui, durante o parto normal. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Um estudo de caráter exploratório, onde foi feita uma pesquisa bibliográfica, dando ênfase no tema “assistência de enfermagem e a humanização ao parto normal”, durante a pesquisa, foram utilizados onze artigos. Sendo que o estudo exploratório trata-se de uma forma de pesquisa, que se caracteriza pela busca, recorrendo a documentos já existentes. A pesquisa foi realizada por via eletrônica, através de consulta de artigos científicos, veiculados nacionalmente na base de dados do scielobrasil, no período de 2000 a 2007. **RESULTADOS:** Com base na pesquisa bibliográfica, percebeu-se que é de suma importância a participação do enfermeiro durante o parto normal, além do quanto que a aplicação da SAE, contribui significativamente para uma assistência humana e científica. Foram selecionados para o estudo um total de treze artigos. De posse do material levantado os resultados foram agrupados nas seguintes áreas temáticas: medicalização do parto, humanização da assistência ao parto, acompanhante no parto e atuação da enfermeira obstétrica, que serão analisadas a seguir. Destacou-se a visão do parto como patológico, em que são usadas técnicas medicalizadas com uso abusivo da tecnologia e a cesariana aplicada sem justificativa obstétrica, fato que tem causado aumento de índices de morbimortalidade materna e neonatal. Refere-se também a crescente realização de abortos clandestinos, esterilização em massa, deficiência do aleitamento materno, entre outros. Podemos observar que a humanização da assistência ao parto implica, no respeito dos enfermeiros frente aos

¹ Professora da UEPA; Mestranda em Enfermagem pela EEMB/UFAM- orientadora.

²joaovmrosa@hotmail.com



Trabalho 103

aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias e que seja oferecido suporte emocional à mulher e a sua família. **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, podemos observar quão importante é a utilização da SAE durante o parto normal. O enfermeiro obstetra tende a prestar uma assistência de enfermagem holística, que dê subsídios para assistir de forma mais humana o parto, além de uma maior integração com a própria equipe de enfermagem. Dessa maneira proporcionando um bem estar à mulher e reduzir riscos para ela e seu bebê e, por conseguinte, sucede-se uma satisfação da mesma e de seus familiares. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** O Ministério da Saúde vem qualificando enfermeiras obstétricas para sua inserção na assistência ao parto normal, através de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais para inclusão do parto normal. Neste sentido, a enfermeira tem sido reconhecida pelo MS e outros órgãos não governamentais, como a profissional que possui formação holística e procura atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente. Foram criados programas para humanizar o parto e nascimento nas maternidades públicas, além de portarias que estimulam a criação de Casas/Centros de parto normal com a atuação do profissional enfermeiro obstetra. Além disso, a enfermagem deve orientar a grávida, quanto a importância da realização do parto normal e o quanto que essa tomada de decisão irá refletir de forma positiva tanto para mãe quanto para o bebê.

DESCRITORES: Humanização, Parto normal, Enfermagem.

EIXO TEMÁTICO: Assistência de Enfermagem

REFERÊNCIAS:

1. NASCIMENTO, C.; BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. **Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional.** Rev. esc. enferm. USP vol.42 no.4 São Paulo Dec. 2008
2. FEBRASGO. **Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Atenção qualificada durante o parto.** Rio de Janeiro (RJ): FEBRASGO; 2004.
3. CAPARROZ SC. **O resgate do parto normal: contribuições de uma tecnologia apropriada.** Joinville (SC): Univille; 2003.



Trabalho 104

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE (24 HORAS)

GÉSSICA SCHLICKMANN

GREICE LESSA

INTRODUÇÃO

A função de um profissional denominado Enfermeiro vai além do cuidar. Compete ao enfermeiro não somente a assistência, mas a gerência e o trabalho administrativo. Apesar de o enfermeiro que trabalha com emergências trabalhar contra o tempo, ele necessita, acima disso, ter discernimento, observação crítica e agilidade, sendo que a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) direciona suas ações, dando ênfase à sua assistência embasada na cientificidade¹. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Nº 272/2002 e 358/2009)^{2,3} dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de Saúde Brasileiras, sendo atividade privativa do enfermeiro, utilizando estratégias e métodos de trabalho científico para identificar as situações de saúde/doença, buscando subsídios nas ações de assistência de enfermagem. Em unidades que atendem a urgências e emergências, o planejamento da assistência de enfermagem é uma atividade exclusiva do enfermeiro, tendo por finalidade assegurar de forma sistematizada a avaliação do cliente e suas necessidades, possibilitando maior integração e interação do enfermeiro com o paciente, família, com a comunidade e com a própria equipe, aumentando a excelência no quesito qualidade da assistência prestada aos indivíduos.⁴

OBJETIVOS

- Avaliar a viabilidade da aplicação da metodologia de Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade Central de Saúde (24 horas) de um município de pequeno porte.
- Identificar a visão dos enfermeiros atuantes em uma Unidade Central de saúde (24 horas) em relação a SAE;
- Elaborar um protocolo para a realização da consulta de enfermagem SAE/SOAP a pacientes que procuram atendimento em uma Unidade Central de Saúde (24 horas) de um município de pequeno porte, baseado na teoria transcultural de Leininger;

Géssica Schlickmann – Graduada em Enfermagem.

Greice Lessa – Enfermeira Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente do Centro Universitário Barriga Verde e Pesquisadora do GEPADES- UFSC.- greicelessa@hotmail.com



Trabalho 104

- Avaliar a satisfação dos pacientes em relação à consulta de enfermagem realizada.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória com abordagem qualitativa. Fizeram parte deste estudo dois enfermeiros e 10 pacientes. A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade Central de Saúde que presta serviços de urgência e emergência 24 horas. Esta Unidade dá suporte a três Equipes de Saúde da Família, já que o município não conta com hospital. Prestam serviços 3 enfermeiros, 8 técnicos de enfermagem, 1 farmacêutica, 1 auxiliar em farmácia, 1 técnico em Raio X e 2 auxiliares de serviços gerais. Como método de coleta de dados, realizou-se entrevista individual semi-estruturada, e observação participante. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo. A pesquisa passou por avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do UNIBAVE, no mês de setembro de 2012, parecer nº 0138, e o desenvolvimento ético deste estudo foi pautado no Código de Ética de Enfermagem e na Resolução 196/96 do Conselho Nacional em Saúde.

RESULTADOS

VISÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Ao serem questionados sobre o conceito de Sistematização da Assistência de Enfermagem, ambos os enfermeiros relatam não ter conhecimento profundo no assunto. Sendo assim não utilizam a SAE em sua prática diária.

“Na época da minha formação não se ouvia falar em sistematização da assistência de enfermagem.” (ENF1) “... A gente vê a queixa principal do paciente, coloca na evolução, vê os sinais vitais e passa para a consulta (médica), a gente acaba não fazendo a consulta de enfermagem.” (ENF2).

Os enfermeiros atribuem a não realização da SAE por vários motivos, como: falta de mão de obra (apenas um enfermeiro e um técnico de enfermagem), inexistência de um protocolo para SAE e cultura da população em ser atendida apenas pelo médico.

PROTOCOLO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Houve o cuidado em se construir um roteiro sistematizado para o levantamento de sinais e sintomas dos pacientes que se encontram em uma situação de urgência ou emergência; sendo significativo para o profissional enfermeiro ao possibilitar o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem; das metas e dos objetivos; a prescrição das intervenções de enfermagem de acordo com conhecimentos científicos próprios da profissão e, com isso, viabilizar a interação



Trabalho 104

enfermeiro-paciente. A consulta de enfermagem foi realizada sem muita dificuldade, porém, os pacientes mostraram-se surpresos a tal procedimento, já que não estão acostumados a serem avaliados por enfermeiros.

VISÃO DOS PACIENTES SOBRE A CONSULTA DE ENFERMAGEM

Ao serem questionados sobre a qualidade do atendimento prestado na Unidade, a grande maioria dos pacientes evidenciou em suas respostas como positiva, demonstrando admiração pelo trabalho desenvolvido pelos profissionais que ali atuam.

“[...] é muito bom o atendimento aqui na unidade, todas as vezes que eu precisei fui muito bem atendido.”(PAC1).

Os pacientes foram questionados sobre os benefícios que a consulta de enfermagem lhe proporcionou e o quanto consideram importante a consulta de enfermagem. Os resultados obtidos foram positivos, a maioria dos pacientes julgaram importante passar por uma avaliação do enfermeiro, já que este conhece a população. Alguns pacientes destacaram também a importância do atendimento do enfermeiro.

“Nunca tinha ouvido falar sobre consulta de enfermagem, acho muito importante. Pensava que só quem fazia consulta era o médico, mas vocês enfermeiros dão muito mais atenção do médicos.”(PAC4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SAE é um instrumento de trabalho primordial na atuação do enfermeiro no que se reporta à continuidade do cuidado sistematizado, bem como uma assistência de excelência, além de proporcionar a valorização profissional acerca do trabalho desempenhado. Num balanço geral, identificou-se que os enfermeiros participantes da pesquisa desconhecem a Sistematização da Assistência de Enfermagem e não a aplicam em sua prática diária. Porém, mesmo não aplicando a SAE, consideram que sua aplicação em uma Unidade de Saúde 24 horas é possível. Alguns fatores foram apontados como dificultantes para tal aplicação, como: falta de funcionários, inexistência de protocolo para SAE e cultura da população em ser atendido apenas pelo médico. O roteiro elaborado para consulta de enfermagem mostrou-se adequado e de fácil aplicação. Os pacientes avaliaram a consulta de enfermagem como algo importante para a assistência adequada. Acredita-se que o estudo promoveu aos participantes, em especial, aos enfermeiros, um aprendizado sobre o tema, permitindo-lhes refletir e buscar maneiras de aprimorar suas especificações como enfermeiros, garantindo, assim, espaço frente seu real papel, logicamente dentro da realidade onde estão inseridos. Diante do exposto,



Trabalho 104

considera-se importante o desenvolvimento de outros trabalhos desta natureza, principalmente no sentido de estimular os enfermeiros à aplicação da SAE.

REFERÊNCIAS

- 1 BERZERRA A. B. et al. **A Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Enfermeiro no Serviço de Emergência: um estudo Bibliográfico.** Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro dos Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on - line]2007 jan-jul1(1) 1-16.
- 2 COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 272/2002.** Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, nas Instituições de Saúde Brasileiras.
- 3 COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358/2009:** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.
- 4 FÉLIX, N.N. RODRIGUES, C.D.S., OLIVEIRA, V.D.C. **Desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento.** ArqCiênc Saúde 2009 out-dez; 16(4):155-60.

DESCRITORES

Enfermagem. Processos de enfermagem. Planejamento de assistência ao paciente.

EIXO TEMÁTICO

- 2- Assistência de Enfermagem



Trabalho 105

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM ANOMALIA CONGÊNITA MÚLTIPLA: ESTUDO DE CASO

Géssica Borges Vieira¹; Casandra G. R. M. Ponce de Leon²; Laiane Medeiros Ribeiro³

RESUMO SIMPLES:

INTRODUÇÃO: A síndrome EEC é caracterizada por displasia ectodérmica, ectrodactilia e fenda lábio palatina⁽¹⁾. **OBJETIVO:** Descrever o planejamento da assistência de enfermagem a um paciente portador de síndrome EEC utilizando a taxonomia da NANDA para a construção dos diagnósticos de enfermagem. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de uma pesquisa do tipo Estudo de Caso desenvolvido por meio de uma visita a área de abrangência de uma equipe do Programa Saúde da Família da Regional de Ceilândia – Distrito Federal, no período de maio de 2012. Teve base legal na Resolução nº 358 de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem e a anuência escrita da mãe do paciente através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS:** Elencamos os diagnósticos encontrados neste paciente: Eliminação urinária prejudicada, Comunicação verbal prejudicada e Dentição prejudicada. **CONCLUSÃO:** A interdisciplinaridade se faz necessária quando o assunto se torna complexo ou sobrecarregado, unindo várias disciplinas para analisar uma questão como um todo, em várias dimensões, que não se sobrepõem, mas se justapõem. Assim, neste caso, profissionais de várias áreas da saúde se uniram para promoverem um cuidado integral ao paciente. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Visto à escassez de informações e estudos acerca da síndrome de EEC as informações obtidas neste estudo contribuem para aumentar o conhecimento acerca desta síndrome. **REFERÊNCIA:** 1- Kenneth J.L. Smith Padrões reconhecíveis de malformações congênitas. 6 ed. Elsevier, Rio de Janeiro. 2007.

DESCRITORES: Assistência de Enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Enfermagem.

EIXO TEMÁTICO DO EVENTO: Eixo 2: Assistência de enfermagem

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília. E-mail: borges.gessica@hotmail.com

²Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília. E-mail: casandra@unb.br

³Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília. E-mail: laiane@unb.br



Trabalho 106

TÍTULO: CÂNCER DE MAMA NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

Cristineide dos Anjos¹, Kenia Oliveira Barbosa², Natalia Rodrigues Pontes Lemos³, Raquel de Oliveira Laudiosa da Motta⁴, Samhira Vieira de Franco Sousa⁵

Introdução: O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo. É o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. No Brasil, ainda as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados¹. Porém enfocaremos o câncer de mama na gravidez. O câncer de mama na gravidez é aquele diagnosticado no ciclo gravídico – puerperal. Define-se carcinoma de mama na gestação como a neoplasia identificada durante o período gravídico e até um ano após o parto. É um evento infrequente e acomete poucas mulheres no mundo inteiro. Em sua maioria 80% são do tipo ductal invasivo, 1,5-4% câncer inflamatório. O atraso no diagnóstico leva ao avanço da doença em média 8,2 meses. O estudo foi elaborado pelas autoras através da observação de um caso clínico no setor de Mastologia do Instituto Nacional de Câncer. Este estudo propõe descrever um histórico sucinto do cliente, descrevendo a doença e um resumo da evolução durante as internações. Foi traçado um plano assistencial de Enfermagem a partir dos problemas encontrados no cliente tendo como base o Processo de Enfermagem de Wanda Horta. O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência do ser humano². Tendo em vista o relato acima buscamos com o presente estudo estabelecer um plano assistencial adequado a este relato de caso.

Objetivos: Estimular a mulher a realizar regularmente o auto exame da mama antes, durante e após a gestação; Pontuar os principais diagnósticos, baseado em NANDA (North American Nursing Association) encontrada no câncer de mama em gestante; Divulgar os resultados da pesquisa com a finalidade de aprimorar a produção científica sobre esse tema. **Metodologia:** A investigação constituiu-se em um estudo com cunho descritivo, no qual se buscou colher informações a respeito do comportamento de determinados eventos que estão diretamente relacionados com a neoplasia estudada. O método utilizado foi o estudo de caso. O estudo de caso se fundamenta na concepção de que a análise de uma determinada parte de um universo possibilita a compreensão da generalidade do mesmo³. O campo de pesquisa para esta investigação foi o setor de Mastologia do INCA. Os sujeitos da pesquisa são as pacientes atendidas no setor supracitado. Para pesquisa foi selecionada uma cliente portadora de câncer de

¹ Cristineide dos Anjos, enfermeira, trabalha no INCA, pós graduada em terapia intensiva, mestranda no MACCS- UFF cristineideminuzzi@yahoo.com.br

² Kenia Oliveira Barbosa, enfermeira, trabalha no INCA, pós graduada em terapia intensiva e infectologia, kenia.0.barbosa@gmail.com

³ Natalia Rodrigues Pontes Lemos, enfermeira, trabalha no INCA, residência em oncologia, mestre em epidemiologia da ENSP-FIOCRUZ nattyPontes@gmail.com

⁴ Raquel de Oliveira Laudiosa da Motta, enfermeira, trabalha no INCA, pós graduada em terapia intensiva, raquelemotta@superig.com.br

⁵ Samhira Vieira de Franco Sousa, enfermeira, trabalha no INCA, residência em oncologia, professora da FAETEC. samhirafranco@gmail.com



Trabalho 106

mama na gestação atendida neste setor. A mesma foi escolhida por estar internada neste setor com proposta cirúrgica agendada. Para coleta de dados foram utilizadas as observações durante o atendimento de enfermagem, a anamnese, a consulta ao prontuário e o exame físico céfalo-caudal. Durante a anamnese as perguntas eram formuladas de acordo com as necessidades do cliente e seguindo o Processo de Enfermagem Wanda Horta. **Resultados:** Após a fase de coleta de dados os achados clínicos identificados foram selecionados, sendo os principais: A paciente é do sexo feminino, com 33 anos de idade no momento da admissão hospitalar, negra, casada, comerciarista evangélica. Iniciou sintomas ainda no início da gestação, onde detectou um nódulo na mama esquerda, porém só foi diagnosticado quando já se encontrava com 8 meses de gestação. O tumor ocupava toda a mama esquerda, localmente avançado, ulcerado, apresentando hiperemia. Quando foi possível realizou core – biópsia com resultado de: Carcinoma Ductal infiltrante com extensa necrose tumoral-IIIB. Diagnóstico médico: Carcinoma Inflamatório. Discutido o caso em mesa redonda decidiu-se iniciar o FAC (frutoracil, doxorubicina e ciclofosfamida) paliativo. A gestante com câncer de mama pode ser tratada com antirretrovirais (FAC) no segundo e no terceiro trimestres de gestação⁴. Em 28/07 2008 foi realizado o parto Cesário previamente agendado. Em 19/08 foi hospitalizada com dor (EVA 10) em mama E, e queixa de dispnéia a pequenos esforços, linfedema em MSE, tumoração com odor e saída de secreção purulenta. Realizado enfaixamento do MSE. Realizou durante a internação 3 toracocenteses de alívio. Em 22/08 E 12/09 fez o ciclo de FAC paliativo e recebeu alta hospitalar em 28/08/200. Foi internada em 06/10 para implantação de CVC TI em hemitórax D. Em 06/10 compareceu a sala de curativo e foi observadas uma lesão com necrose de coagulação, endurecida e superficial, bordas com necrose de liquefação em meio de tecido desvitalizado aderido. Para realizar os diagnósticos do caso supracitado fizemos o uso da classificação da NANDA que é um sistema criado e adotado por enfermeiras americanas, que tem como objetivo desenvolver uma classificação que padronize diagnósticos para ser usado por profissionais de enfermagem⁵. Com base nesses dados chegamos aos seguintes diagnósticos de enfermagem: Dor Crônica caracterizada por expressão facial e relato verbal relacionado à incapacidade física crônica; Hipertermia caracterizado pelo aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais relacionados com a doença; Distúrbio na imagem corporal caracterizado pela verbalização de percepções que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura ou função relacionada com a lesão na mama e o câncer; Náusea caracterizada por relato de náusea e sensação de vômito relacionada a fármacos, dor, estímulo visual desagradável e odores nocivos; Integridade da pele prejudicada caracterizada pelo rompimento da superfície da pele, destruição de camadas da pele e invasão de estruturas do corpo relacionado ao déficit imunológico e doença avançada. **Conclusão** ainda que este trabalho trate de um estudo de caso, as manifestações clínicas apresentadas pela gestante representam um quadro de câncer de mama. Desta forma o relato de caso torna-se um precursor para o desenvolvimento de outros estudos acerca deste tema. Estabelecer um plano de cuidados adequado se torna difícil, uma vez que, esse tipo de câncer é pouco abordado na literatura. Desta forma buscamos com este trabalho um melhor aprofundamento do assunto e a elaboração de um plano de cuidados pertinentes a este quadro clínico. Esperamos com isso melhorar a qualidade de assistência a pacientes portadores desta neoplasia e incrementar a produção científica nesta área. **Contribuições para a Enfermagem.** Para o cliente assistido: Através da identificação de diagnósticos de enfermagem e da elaboração das intervenções cabíveis a cada um deles. Para a assistência de enfermagem: Maior compreensão desta neoplasia e suas abordagens terapêuticas junto à equipe de enfermagem do setor de Mastologia do INCA. Para a pesquisa científica: Incrementar a produção de conhecimento na área de Enfermagem em Oncologia acerca dos cuidados de enfermagem para



Trabalho 106

pacientes gestantes com câncer de mama. **Referências Bibliográficas.** 1. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca 2011. 2. HORTA WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU e Editora da Universidade de São Paulo. 1979. 3. LEOPARDI MT. Metodologia da pesquisa na saúde. 2002. 4. KETTELHUT, Juliana do Carmo, MODENA, Marco A.B. Câncer de mama e gestação. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 10, n. 4, p. 1 - 4, 2008. 5. NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2001 - 2002/organizado por North American Nursing Association; trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. PortoAlegre: Artmed, 2002. **DESCRITORES:** câncer de mama; gestação; cuidados de enfermagem
EIXO 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



Trabalho 107

TÍTULO: CRANIOFARINGIOMA: UM RELATO DE CASO

Cristineide dos Anjos¹, Kenia Oliveira Barbosa², Natalia Rodrigues Pontes Lemos³, Raquel de Oliveira Laudiosa da Motta⁴, Samhira Vieira de Franco Sousa⁵

Introdução: O craniofaringioma é um tumor benigno, relativamente incomum que tem sua origem na sela turca, cisterna supra-selar e/ou III ventrículo. Os craniofaringiomas são neoplasias pouco frequentes, com uma incidência anual de 0,5 a 2 casos por milhão. Esses tumores são responsáveis por 1% a 3% de todos os tumores intracranianos¹. Poucos são os casos tratados anualmente, mesmo em grandes centros de neurocirurgia. A conduta terapêutica é muito discutida, sendo motivo de controvérsias. O objetivo é o controle de um tumor histologicamente benigno com a preservação das funções neurológicas, comportamentais, visuais e endócrinas. A ressecção completa é o tratamento ideal, mas mesmo em mãos experientes não é isenta de complicações e não previne 100% das recidivas². Os craniofaringiomas continuam sendo um desafio para os endocrinologistas e neurocirurgiões. O presente estudo foi elaborado pelas autoras através da observação de um caso clínico no setor de neurocirurgia do Instituto Nacional de Câncer. Este estudo propõe descrever um histórico sucinto do cliente, descrevendo a doença e um resumo da evolução durante as internações e as consultas ambulatoriais. Posteriormente a isso, é traçado um plano assistencial de Enfermagem a partir dos problemas encontrados no cliente tendo como base o Processo de Enfermagem de Wanda Horta. O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência do ser humano³. Tendo em vista o relato acima buscamos com o presente estudo estabelecer um plano assistencial adequado a este e aos futuros clientes portadores de craniofaringioma, submetidos à intervenção cirúrgica, que podem vir a serem atendidos nesta unidade. **Objetivos:** Aprimorar os conhecimentos dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e demais profissionais acerca desta neoplasia e de seu tratamento cirúrgico; Propiciar maior compreensão dessa patologia pelo cliente estudado a fim de que ele possa realizar seu autocuidado com mais segurança; Divulgar os resultados da pesquisa com a finalidade de aprimorar a produção científica sobre esse tema. **Descrição Metodológica:** A presente investigação constituiu-se em um estudo com cunho descritivo, no qual busquei colher informações a respeito do comportamento de determinados eventos que estão diretamente relacionados com a neoplasia estudada. O método utilizado foi o estudo de caso. O estudo de caso se fundamenta na concepção

¹ Cristineide dos Anjos, enfermeira, trabalha no INCA, pós graduada em terapia intensiva, mestranda no MACCS- UFF cristineideminuzzi@yahoo.com.br

² Kenia Oliveira Barbosa, enfermeira, trabalha no INCA, pós graduada em terapia intensiva e infectologia, kenia.0.barbosa@gmail.com

³ Natalia Rodrigues Pontes Lemos, enfermeira, trabalha no INCA, residência em oncologia, mestre em epidemiologia da ENSP-FIOCRUZ nattyPontes@gmail.com

⁴ Raquel de Oliveira Laudiosa da Motta, enfermeira, trabalha no INCA, pós graduada em terapia intensiva, raquelemotta@superig.com.br

⁵ Samhira Vieira de Franco Sousa, enfermeira, trabalha no INCA, residência em oncologia, professora da FAETEC. samhirafranco@gmail.com



Trabalho 107

de que a análise de uma determinada parte de um universo possibilita a compreensão da generalidade do mesmo⁴. O campo de pesquisa para esta investigação foi o setor de Neurocirurgia e Cirurgia Torácica do INCA. O universo dessa pesquisa são os pacientes atendidos no setor supracitado. E a amostra foi um cliente portador da neoplasia craniofaringioma atendido neste setor. O mesmo foi escolhido por estar internado neste setor com proposta cirúrgica agendada. Para coleta de dados foi utilizado a observação durante o Atendimento de Enfermagem, a anamnese, a consulta ao prontuário e o exame físico céfalo-caudal. Durante a anamnese as perguntas eram formuladas de acordo com as necessidades do cliente e seguindo o Processo de Enfermagem. **Resultados:** Após a fase de coleta de dados os principais achados clínicos identificados foram selecionados, sendo os principais: O paciente é do sexo masculino, com 40 anos de idade no momento da admissão hospitalar, técnico de segurança do trabalho oriundo de Campo dos Goytacazes, católico. Iniciou sintomas há aproximadamente 10 anos, onde os principais sintomas eram cansaço e sonolência, que evoluíram com cefaleia constante e vômitos. Realizou uma RM que identificou o craniofaringioma. Neste período passou pela primeira cirurgia para retirada do tumor. Há 6 anos retornou devido à irritabilidade, períodos de confusão mental e turvação visual. Realizou nova RM que revelou lesão tumoral em região supra-selar. Nesta ocasião fazia uso de fenitoina, meticorten, puran T4 e hormônio masculino. Dois anos após retornou para colocação de cateter de Omay para realização de quimioterapia com bleomicina. Há dois anos paciente retorna ao hospital com visão turva, sonolência e dor de cabeça. Realizado nova abordagem cirúrgica. Retornou da cirurgia com sintomas de disfunção hipotálamo-hipofisária, com rabdomiólise e diabetes insipidus, caracterizado por poliúria. Atualmente evoluiu com recidiva tumoral e perda visual progressiva. Realizado nova abordagem cirúrgica para descompressão do nervo-óptico. De intercorrências no pós operatório apresentou três picos febris, sendo retirados CVD e dreno de loja cirúrgica. As culturas foram negativas e não apresentou febre novamente. **Resultados:** Com base nesses dados chegamos aos seguintes diagnósticos de enfermagem segundo NANDA (North American Nursing Association) que é um sistema criado e adotado por enfermeiras americanas, que tem como objetivo desenvolver uma classificação que padronize diagnósticos para ser usado por profissionais de enfermagem⁵: Capacidade Adaptativa intracraniana diminuída caracterizado por aumento desproporcional da PIC relacionado com lesões cerebrais e hipertensão intracraniana; Dor aguda caracterizada por expressão facial e relato verbal de dor relacionado com agente lesivo físico e biológico; Eliminação urinária prejudicada caracterizada por polaciúria relacionada com patologia (craniofaringioma); Hipertermia caracterizada por aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais relacionada com trauma e doença; Risco de infecção relacionado com defesas primárias inadequadas (pele rompida); Processos do pensamento perturbados caracterizado por déficit de memória e dissonância cognitiva relacionado com doença; Percepção sensorial visual alterada caracterizado por mudança na acuidade sensorial relacionado com transmissão sensorial alterada (compressão do nervo óptico pelo tumor). **Conclusão:** Ainda que este trabalho trate de um estudo de caso, as manifestações clínicas apresentadas pelos sujeitos são típicas de um quadro de craniofaringioma e de outros tumores neurológicos. Desta forma ele torna-se um precursor para o desenvolvimento de outros estudos acerca deste tema. Apesar de o craniofaringioma ter uma incidência muito baixa na população brasileira, o setor de internação de neurocirurgia do INCA atende muitos desses casos todo ano. Estabelecer um plano de cuidados adequado se torna difícil uma vez que a literatura acerca deste tema é escassa. Desta forma buscamos com este trabalho um melhor aprofundamento do assunto e a elaboração de um plano de cuidados pertinentes a este quadro clínico. Esperamos com isso melhorar a qualidade de assistência a pacientes portadores desta neoplasia e incrementar a produção científica nesta área.



Trabalho 107

Contribuições para a Enfermagem. As contribuições desse estudo são divididas em três partes: Para o cliente assistido: Através da identificação de diagnósticos de enfermagem e da elaboração das intervenções cabíveis a cada um deles. Para a assistência de enfermagem: Maior compreensão desta neoplasia e suas abordagens terapêuticas junto à equipe de enfermagem do setor de Neurocirurgia e Cirurgia Torácica do INCA. Para a pesquisa científica: Incrementar a produção de conhecimento na área de Enfermagem em Oncologia acerca dos cuidados de enfermagem ao paciente com craniofaringioma. Referências Bibliográficas: 1. BORDALLO, Maria A. N et al. Atualização terapêutica no tratamento dos craniofaringiomas. Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica: Rio de Janeiro, 2011. 2. COLLANGE, Nelci Zanon. Craniofaringioma: Atualização Terapêutica. Sociedade de Neurocirurgia: São Paulo, 2006. 3. HORTA Wanda. A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU e Editora da Universidade de São Paulo, 1979. 4. LEOPADI M.T. Metodologia da pesquisa na saúde: Rio de Janeiro, 2002. 5. NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2007 – 2008 /organizado por North American Nursing Association; trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DESCRTORES: craniofaringioma; neurocirurgia, diagnosticos de enfermagem,
EIXO 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



Trabalho 108

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) NA PRÁTICA HOSPITALAR DAS ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

Ana Gracinda Ignácio da Silva¹
Bruna Yasmim Lopes da Silva²
Layse Viana Figueiredo²
Lílian Thais Dias Santos²
Tamilis Feitosa Leal²

INTRODUÇÃO: De acordo com Silva e Oliveira¹, o profissional de enfermagem vem lutando para mudar a imagem que a profissão tem e determiná-la como uma profissão independente, com um conjunto de conhecimentos baseados cientificamente. A sistematização da assistência de enfermagem, enquanto processo organizacional é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado. Percebe-se, contudo, um cuidado de enfermagem ainda fortemente centrado na doença e não no ser humano, enquanto sujeito ativo e participativo do processo de cuidar.² Com esse intuito, diversas teorias surgiram para fundamentar os cuidados de enfermagem. Entre elas, a mais utilizada é a teoria das necessidades humanas básicas proposta por Wanda de Aguiar Horta, preocupada com a prática não reflexiva da enfermagem, assim como, uma tentativa de unir o conhecimento científico da enfermagem para proporcionar-lhe autonomia. Nessa direção, desenvolve-se o processo de enfermagem que é um conjunto de etapas que têm como fundamento uma determinada teoria, com o objetivo de oferecer um método ordenado para identificar os problemas do paciente e a promoção do cuidado de enfermagem. Ou seja, a teoria é aplicada através do processo de enfermagem e o processo sistematiza a assistência de enfermagem. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o instrumento utilizado para melhorar a qualidade de atendimento do cliente, identificar suas necessidades e seus problemas e elaborar os diagnósticos de enfermagem planejando os cuidados específicos a cada paciente³. **OBJETIVOS:** Este relato tem por objetivo mostrar a aplicação da SAE durante as práticas hospitalares das acadêmicas, obtendo dados e informações para estimular os acadêmicos a aprimorar seus conhecimentos acerca do processo de enfermagem, aperfeiçoando dessa forma, a assistência prestada pela enfermagem. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Consiste no relato de experiência vivenciado pelas discentes da 2º série/bloco II do Curso de Graduação em Enfermagem da “Escola de Enfermagem Magalhães Barata”, em um hospital público de Belém, na enfermaria de Clínica Cirúrgica. Todas as informações foram obtidas a partir do exame físico, da entrevista e análises do prontuário de uma paciente. Os diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções foram apurados de acordo com os livros da North America Nursing American Diagnoses Association Internacional (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) e Nursing Interventions Classification (NIC), concomitantemente. **RESULTADOS:** O principal diagnóstico do paciente foi eliminação urinária prejudicada. Segundo a NANDA³ (2009-2011), trata-se de uma disfunção na eliminação de urina que foi evidenciado por infecção no trato urinário. As características definidoras identificadas no paciente foram disúria (dor no ato de micção), poliúria (aumento da frequência de micção), hesitação urinária (dificuldade/demora em iniciar a micção), noctúria e retenção urinária (esvaziamento vesical incompleto). Segundo a NIC⁴ (2004) as principais intervenções foram: monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, consistência, o odor, o volume e a cor; monitorar os sinais e sintomas de retenção

1 Professor Adjunto da UEPA; Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ- orientadora.

2 Acadêmicas do 3º ano do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem “Magalhães Barata” da Universidade do Estado do Pará.



Trabalho 108

urinária; ensinar ao paciente os sinais e sintomas de infecção do trato urinário; observar o horário da última eliminação de urina quando; ensinar o paciente a beber 236 ml de líquidos com as refeições, entre as mesmas e no início da noite e monitorar os efeitos dos agentes farmacológicos prescritos, tais como bloqueadores do canal de cálcio e anticolinérgicos.

CONCLUSÃO: Pode-se concluir que as propostas de intervenções para essa cliente têm grandes chances de gerar resultados positivos acerca do diagnóstico de enfermagem adquirido. Lamentavelmente, não foi possível voltar à instituição para acompanhar seu resultado. Porém para nós acadêmicos que vivenciamos essa experiência mostrou que cuidar de forma sistematizada melhora o cuidado e organiza o trabalho. Assim como, possibilita a integralidade no atendimento por parte da equipe de enfermagem, individualizando para cada paciente, com maiores possibilidades de se alcançar metas para a total recuperação do mesmo. Essa experiência surtiu também efeito positivo, com relação ao papel atuante do enfermeiro na identificação do problema (diagnóstico) e nas possíveis intervenções que venham a ser aplicadas. Deve-se sempre lembrar que o mais importante é a aproximação do enfermeiro com o paciente que deve ser feita de forma suave, proporcionando bem estar a este e aos que o acompanham, atuando sempre como educador orientando seu paciente a se prevenir e propiciar o autocuidado e no caso de pacientes já acometidos por doenças, sempre mostrar-se como um ser de confiança e fonte de afeto, alguém que manterá uma postura profissional diante da situação e ao mesmo tempo outra demonstrando total sensibilidade e compreensão.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Este relato contribuiu para ratificar a importância que a SAE tem no cuidado prestado pela enfermagem. Embora haja dificuldades em operacionalizar o processo de enfermagem devido ao despreparo teórico-prático frente à elaboração dos diagnósticos de enfermagem por parte de muitos profissionais. Sendo assim, é importante questionar a graduação destes profissionais voltada para a SAE, tendo em vista que, por vezes, a temática se restringe em determinadas disciplinas e esquecida em outras. É necessário desenvolver profissionais críticos, que pensem na prática que estão fazendo, correlacionando com a busca de conhecimento, contribuindo para a eficiência e eficácia no atendimento oferecido pela equipe de enfermagem, fazendo com que o cliente se sinta satisfeito e a profissão de enfermagem seja valorizada, ganhando autonomia dentro das unidades hospitalares.

DESCRITORES: Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Assistência Hospitalar.

EIXO TEMÁTICO: Assistência de Enfermagem

REFERÊNCIAS:

- 1 SILVA, A. F.; OLIVEIRA, J. S.; **Processo de Enfermagem: Desafios para operacionalização**. Centro de ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem/Outros.
- 2 NASCIMENTO, C.; BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. **Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional**. Rev. esc. enferm. USP vol.42 no.4 São Paulo Dec. 2008
- 3 CRUZ, A.P. Curso didático de enfermagem: módulo 1. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.
- 4 GARCEZ, R. M. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009 – 2011/ NANDA International; tradução**. – Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 5 MACCLOSKEY, J. C. **Classificação da Intervenções de Enfermagem (NIC)**, 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.



Trabalho 109

SAE AO PACIENTE ACOMETIDO DE CÂNCER DE MAMA SUBMETIDO À MASTECTOMIA RADICAL - INTRAOPERATÓRIO

Drielle Cristina de Sena Gonçalves¹
Layse Viana Figueiredo¹
Marcus Vilhena da Silva Oliveira¹
Milena Farah Castanho²
Tamilis Feitosa Leal¹

RESUMO

INTRODUÇÃO: De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o câncer de mama é o mais incidente na população feminina mundial e brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma. A mastectomia radical consiste na retirada de todo tecido mamário; do conteúdo axilar (gânglios linfáticos), de porções dos músculos peitorais grandes e pequenos e da bainha do reto. (DRAIN, 1981)¹. Segundo Grittem (2007), o processo de trabalho da enfermeira na unidade centro cirúrgico contempla várias dimensões, entre elas pode-se citar a assistência, o gerenciamento, o ensino e a pesquisa. Todas têm fundamental importância para o funcionamento da Unidade e sistematização da assistência de enfermagem, e precisam ser articuladas na prática. Cruz (2005)², afirma que o enfermeiro através da SAE conhece seu cliente e identifica as necessidades e problemas do mesmo, podendo dessa maneira, traçar os diagnósticos de enfermagem e planejar os cuidados individualizados a cada cliente. A aplicação da SAE é necessária para que tanto o intra-operatório como o pós-operatório seja trabalhado com qualidade e êxito, beneficiando o paciente que por conta da cirurgia está debilitado, necessitando dos cuidados de enfermagem. Entretanto, a assistência de Enfermagem intraoperatório é prestada muitas vezes, sem registro ou documentação que contribuam para o seu controle e continuidade, o que dificulta a sistematização das ações. Este estudo se justifica por entendermos que há carência nas literaturas que relatem a SAE durante o período intra-operatório e pouco se vê a concretização da assistência de enfermagem nesse período do perioperatório, durante a prática hospitalar. **OBJETIVO:** Relatar a importância da SAE no período intra-operatório e descrever esta experiência. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de um estudo qualitativo descritivo desenvolvido como estudo de caso em relato de experiência, realizado em um hospital público na cidade de Belém-PA, na enfermaria de Clínica Cirúrgica, nos dias 30 de abril e 02 de maio de 2013, dando entrada no hospital por Câncer na Mama. A paciente acompanhada é do sexo feminino, tem 53 anos e é proveniente da cidade de Belém – PA. Todas as informações foram obtidas a partir do exame físico, da entrevista com a paciente, sendo também colhidos dados através das análises do prontuário e da pasta de enfermagem da mesma; assim como o acompanhamento de todo o momento do intraoperatório, estabelecendo os diagnósticos e intervenções de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções para esse caso foram apurados de acordo com os livros da North America Nursing American Diagnoses Association Internacional (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC), Nursing Interventions Classification (NIC), concomitantemente. E de acordo com o Manual de Diagnósticos de Enfermagem (CARPENITO, 2008). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A paciente foi internada com diagnóstico de câncer de mama, descobriu seu diagnóstico em novembro de 2012 e já realizou 4 anos de quimioterapia. A Evolução da paciente no período

1

Acadêmicos de Enfermagem do 3º ano da “Escola de Enfermagem Magalhães Barata” da Universidade do Estado do Pará.

² Enfermeira. Mestre em Gestão, Especialista em Oncologia, Especialista em Epidemiologia.



Trabalho 109

intra-operatório conclui a submissão à mastectomia radical, sob anestesia peridural e geral balanceada. Os diagnósticos de enfermagem observados foram: risco de hipotermia relacionada ao ambiente da sala cirúrgica; risco de distúrbios eletrolíticos relacionados ao procedimento cirúrgico; risco para infecção relacionado à procedimentos invasivos (entubação, procedimento cirúrgico, dreno, cateteres); e risco para padrão respiratório ineficaz relacionado à entubação e anestésicos. Os resultados esperados foram: O indivíduo deverá manter a temperatura do corpo dentro dos limites normais além de identificar fatores de risco para hipotermia e reduzir estes fatores; Manter o equilíbrio eletrolítico e ácido-básico; Manter o controle de infecção durante o intra-operatório e o indivíduo deverá manter o estado respiratório dentro dos padrões normais. As intervenções de enfermagem para esses diagnósticos foram: Monitorar e relatar os sinais e sintomas de hipotermia, assim como a cor, a temperatura e a umidade da pele; Aumentar a temperatura da sala de cirurgia antecipadamente e ainda usar uma lâmpada de calor irradiante a fim de proporcionar calor adicional durante a cirurgia. Deve-se cobrir o paciente com cobertas quentes ao chegar à sala de cirurgia; é preciso monitorar manifestações de desequilíbrio de eletrólitos, a perda de líquidos (sangramento) e a perda associada de eletrólitos, conforme adequado avaliando a situação hemodinâmica. É preciso limitar e controlar o fluxo de pessoas; verificar a administração de antibióticos profiláticos quando adequado; utilizar as máscaras e luvas, conforme os protocolos da instituição; deve-se manter a integridade dos cateteres e as linhas intravasculares e aplicar a solução antimicrobiana no local da cirurgia, conforme protocolo da instituição; remover os lençóis e os itens para limitar a contaminação. E por fim, monitorar os sinais vitais, função pulmonar e leituras de parâmetros do ventilador mecânico, observando o aumento nas pressões inspiratórias e redução no volume corrente, conforme apropriado; consoante a isso, é bom observar mudanças na SaO₂, e SvO₂, CO₂ expirado, e mudanças nos valores da gasometria arterial, conforme apropriado. **CONCLUSÃO:** O enfermeiro deve estar presente em todo o perioperatório, principalmente durante o intraoperatório, uma vez que na ausência dele, a assistência integral prestada ao paciente é quebrada, pois não há como fazer os diagnósticos de enfermagem, portanto não há como o enfermeiro intervir durante a cirurgia, fazendo os cuidados necessários ao bem-estar e saúde desse paciente. A aplicação da SAE é necessária para que tanto o intraoperatório como o pós-operatório seja trabalhado com qualidade e êxito, beneficiando o paciente que por conta da cirurgia está debilitado, necessitando dos cuidados de enfermagem. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A realização da SAE no período intra-operatório garante o avanço na assistência em saúde, pois subsidia e facilita o trabalho do enfermeiro no pós-operatório do paciente. Além de, reforçar a Enfermagem como ciência e levar a integralidade e humanização do cuidado ao paciente; percebe-se também que muitas vezes o enfermeiro se limita ao gerenciamento da unidade de centro cirúrgico, o que implica na SAE do paciente em si.

DESCRITORES: Câncer de mama. Assistência de Enfermagem. Período Intraoperatório.

Eixo Temático: Assistência de Enfermagem

REFERÊNCIAS

1. DRAIN, Cecil B. **Enfermagem na sala de recuperação**. Rio de Janeiro: Ed. Interamericana, 1981.
2. CRUZ, A.P. Curso didático de enfermagem: módulo1. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

Acadêmicos de Enfermagem do 3º ano da “Escola de Enfermagem Magalhães Barata” da Universidade do Estado do Pará.

² Enfermeira. Mestre em Gestão, Especialista em Oncologia, Especialista em Epidemiologia.



Trabalho 109

Acadêmicos de Enfermagem do 3º ano da “Escola de Enfermagem Magalhães Barata” da Universidade do Estado do Pará.

² Enfermeira. Mestre em Gestão, Especialista em Oncologia, Especialista em Epidemiologia.



Trabalho 110

MAPEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO ÀS USUÁRIAS COM ÚLCERAS VASCULARES EM UMA CIDADE DO INTERIOR DE GOIÁS¹

Suelen Gomes Malaquias², Charliene Pinto de Melo³, Maísa Bernardes de Souza⁴, Mônica Klein⁴, Maria Márcia Bachion⁵

Introdução: O atendimento de enfermagem às pessoas com úlceras vasculares ocorre cotidianamente no sistema de saúde. Há recomendações sobre quais ações devem ser desenvolvidas¹, contudo, o escopo das ações efetivamente implementadas não é conhecido, implicando em baixa visibilidade das ações terapêuticas de enfermagem de cuidado direto e indireto à essa população. Essa falta de visibilidade tem implicações para o dimensionamento de recursos humanos necessários, compreensão da resolubilidade do atendimento e avaliação das necessidades de educação permanente em saúde. A técnica de mapeamento cruzado tem sido utilizada em diversos cenários da assistência de enfermagem, visando conhecer e compreender as intervenções realizadas, mediante comparação com uma taxonomia². Foi identificado apenas um estudo² que utilizou desta ferramenta para identificação de ações de enfermagem às pessoas com úlceras vasculares, o qual considerou a NIC – *Nursing Intervention Classification*³ para o mapeamento. **Objetivo:** Analisar intervenções referidas pelos profissionais de enfermagem no atendimento às pessoas com úlceras vasculares. **Metodologia:** Realizou-se estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, nas salas de curativos de unidades municipais de saúde de uma cidade de pequeno porte, do interior do estado de Goiás, no período de julho a dezembro de 2011. A coleta de dados ocorreu mediante aplicação de um questionário aos profissionais com itens de caracterização profissional e uma questão aberta: “Quando você atende, na sala de curativos, pessoas com feridas nas pernas, de origem vascular, quais são as atividades que você realiza, sejam cuidados diretos às pessoas de modo geral, seja cuidados relacionados à lesão, ao ambiente ou outros aspectos que você julga importante?” As atividades relatadas no questionário foram transcritas individualmente e constituíram o corpus de análise. Realizou-se mapeamento cruzado das atividades referidas com as intervenções NIC e respectivas atividades indicadas como prioritárias para “integridade tissular prejudicada”, “integridade da pele prejudicada” e “perfusão tissular periférica ineficaz”, da NANDA-I⁴, utilizando metodologia preconizada para estudos de mapeamento⁵. O mapeamento foi realizado por três pesquisadoras, sendo que na ocorrência de desacordos, uma quarta pesquisadora era consultada para definição das divergências para garantir maior confiabilidade ao mapeamento. As regras do mapeamento, bem como seus passos, foram baseadas pelas estabelecidas por Moorhead e Delaney (1997), no entanto, como está prevista esta possibilidade, foram utilizadas as adequações de Santana (2012) para os mesmos diagnósticos de interesse. A pesquisa está inserida no projeto “Úlceras vasculares: situação de atendimento, prevalência e condições dos usuários após seis meses de atendimento de enfermagem nas salas de curativo da rede municipal de saúde em Jataí –

¹ Esta pesquisa é um recorte de tese de doutorado que está sendo desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPG-CS) da Universidade Federal de Goiás (UFG) e contou com apoio do CNPq.

² Enfermeira. Doutoranda no PPG-CS da UFG. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da UFG/ Campus Jataí (CAJ).

³ Enfermeira. Estudante egressa do curso de Enfermagem UFG/CAJ.

⁴ Enfermeira. Estudante egressa do curso de Enfermagem UFG/CAJ. Residente em Enfermagem, Programa de Residência Multiprofissional - Secretaria Estadual do Distrito Federal.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem/ UFG. Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES), no qual esta pesquisa está vinculada. Pesquisador nível 2 do CNPq.



Trabalho 110

Goiás” que teve anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Jataí e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (protocolo nº 026/2011) e todos os sujeitos que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, após apresentação dos objetivos da pesquisa e convite. **Resultados:** Participaram do estudo 53 profissionais, com média de 37,7 anos, sendo 56,6% técnicos de enfermagem, os demais eram enfermeiros. Predominou entre os profissionais o sexo feminino (93,4%), trabalho nas unidades em escala semanal de 40 horas (84,0%), último atendimento referido a pessoa com úlcera vascular superior a um mês (58,4%), grau de experiência à esse grupo de usuários auto avaliada como “razoável” (62,2%). Foram referidas 411 atividades correspondentes a 150 ações distintas, as quais foram mapeadas em 40 intervenções da NIC. Entre as atividades, 59 foram mapeadas em intervenções consideradas prioritárias para os DE estudados, 48 atividades constavam em uma ou mais intervenções sugeridas e 36 atividades foram mapeadas em intervenções adicionais optativas. Entre as intervenções prioritárias, o “cuidado com lesões” foi a que teve mais atividades mapeadas (32,1%). Entre as intervenções sugeridas, predominaram atividades para “cuidados com a pele: tratamento tópico” e “administração de medicamentos: tópica” (igualmente 30,1%). Quanto às intervenções adicionais optativas, foram mapeadas mais atividades para “controle de infecção” (26,3%). Entre todas as atividades, “orientar sobre os cuidados de higiene pessoal” foi a mais frequente (16,9%), que por sua vez foi mapeada como contextual. “Secar bem a ferida” (13,2%) foi uma das atividades referidas não mapeadas na estrutura da NIC, em virtude de não haver correspondência com qualquer atividade na referida taxonomia e ser contraindicada. As atividades mapeadas indicaram que o atendimento esteve centrado no tratamento da lesão, mediante ações tópicas, com pouca ênfase para atividades de ensino, e ações de promoção da circulação sanguínea e linfática, controle da dor, orientação sobre nutrição e hidratação adequados, como seria esperado para a abordagem de pessoas com úlceras vasculares. **Conclusão:** A alta frequência de atividades mapeadas para intervenções da NIC no domínio fisiológico complexo indica abordagem de enfermagem mais restrita ao cuidado com a lesão e evolução da cicatrização. Talvez isso possa ter ocorrido em função do contexto onde se processa o atendimento – salas de curativos. Contudo, segundo os pressupostos que norteiam a profissão de enfermagem (abordagem holística) e um dos princípios do SUS - a integralidade, o encontro do profissional com o usuário deveria ser mais terapêutico, abrangendo, modo consistente, atendimento para além da úlcera. Identificaram-se várias ações de enfermagem importantes neste tipo de atendimento como “orientar o paciente não ficar em pé por períodos prolongados”, as quais não estão descritas na NIC para os diagnósticos estudados. Essas atividades contextuais refletem a importância da enfermagem não esgotar a atenção apenas às condutas contidas nas taxonomias, mas sim que haja busca contínua das recomendações mais adequadas a cada tipo de atendimento, especificamente baseadas em evidências científicas. **Implicações para a Enfermagem:** Os achados deste estudo sinalizam mais uma vez, como em outros contextos, que a abordagem de enfermagem de forma integral a pessoa, ainda configura um desafio. Neste sentido, os profissionais de enfermagem que prestam atendimento a esta clientela, necessitam ampliar sua compreensão sobre avaliação e tratamento de feridas. Os resultados da pesquisa podem ser utilizados como ponto de partida para reflexão sobre a práxis de enfermagem na área, para o planejamento de ações de educação permanente, para o ensino de graduação em enfermagem referente ao atendimento à pessoas com úlceras vasculares. O mapeamento cruzado mostrou-se ferramenta útil na identificação de ações de enfermagem, descritas mediante terminologias especiais, e pode contribuir para sistematização da assistência, inclusive na perspectiva de desenvolvimento de ferramentas computacionais aplicáveis ao contexto da atenção primária.

Referências:



Trabalho 110

1. Royal College of Nursing. Clinical practice guideline. The nursing management of patient with venous leg ulcers.Recommendations. London. [Internet]. 2006 [cited 2013 mai 10]; Available from: http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0003/107940/003020.pdf.
2. Santana AC. Mapeamento das intervenções e atividades de enfermagem no atendimento as pessoas com úlceras vasculares: aplicação da teoria de Wanda Horta. [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; 2012. p 319.
3. Bulechek GM, Butcher HK, DochtermanJMC. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 5st ed. São Paulo: Elsevier; 2010.
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.
5. Moorhead S, Delaney C. Mapping nursing intervention data into the nursing interventions classification (NIC): process and rules. Iowa City: Nurs Diagn.1997; 8(4): 137-44.

Descritores: úlcera venosa, assistência de enfermagem, enfermagem de atenção primária.

Eixo temático 2: Assistência de Enfermagem



Trabalho 111

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA

Carla Riberio Portolan¹
Eniva Miladi Fernandes Stumm²
Laura de Azevedo Guido³
Eliane Raquel Rieth Benetti⁴

Introdução: os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as repostas dos indivíduos a problemas de saúde reais ou potenciais e, proporcionam as bases para as intervenções e alcance de resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis. **Objetivo:** descrever os diagnósticos de enfermagem de pacientes no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca. **Descrição Metodológica:** estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, realizado com 26 pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca. Os dados foram coletados em abril e maio de 2013, por meio de dados sociodemográficos/clínicos e formulário de diagnósticos de Enfermagem, analisados pela estatística descritiva. O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer nº 215.659. **Resultados:** os diagnósticos de enfermagem de Risco: de desequilíbrio eletrolítico, perfusão renal ineficaz, perfusão tissular cardíaca diminuída, sangramento, infecção, integridade da pele prejudicada, lesão por posicionamento perioperatório, quedas e trauma vascular foram identificados em todos os pacientes. Dentre os diagnósticos reais, os principais foram: mobilidade física prejudicada, mobilidade no leito prejudicada, conforto prejudicado, motilidade gastrointestinal disfuncional, deambulação prejudicada, dor aguda, padrão de sono prejudicado, medo, fadiga, padrão respiratório ineficaz, dentre outros. **Conclusão:** estudos sobre a temática são fundamentais para direcionar análise dos problemas dos pacientes, que demandam ações específicas e contribuem para desenvolvimento da enfermagem. **Contribuições para a enfermagem:** este estudo pode auxiliar os enfermeiros na elaboração de intervenções fundamentadas e adequadas às necessidades singulares do paciente, além de colaborar para implementação de ações rápidas e eficazes para resolução dos problemas identificados.

Referências:

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem: Definições e Classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.
Nunciaroni AT et al. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em uma unidade de cardiologia. Rev Gaúcha Enferm, 33(1):32-41, 2012.

Descritores: Cirurgia torácica; Diagnóstico de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Enfermagem perioperatória.

Eixo Temático - Eixo 2: Assistência de Enfermagem

¹ Graduanda em Enfermagem. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: carlaportolan@hotmail.com

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Doutora em Enfermagem. Professor Associado. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.



Trabalho 112

MAPEAMENTO CRUZADO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO E A NIC

Cássia Teixeira dos Santos¹, Ana Gabriela Pereira da Silva² Bruna Mello³, Fernanda Azambuja⁴, Amália de Fátima Lucena⁵

Estudo de mapeamento cruzado¹⁻² realizado em unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário com os objetivos de identificar os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco de úlcera por pressão (UP) e compará-los com as intervenções da *Nursing Intervention Classification* (NIC)³. A amostra de 219 hospitalizações de pacientes adultos em risco para UP, tendo como critérios de inclusão o escore ≤ 13 na Escala de Braden e pelo menos um dos diagnósticos de enfermagem (DE): Síndrome do déficit do autocuidado, Mobilidade física prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Risco de integridade da pele prejudicada. Os DE do tipo real foram elencados por possuírem fatores relacionados que consistem em risco para UP e o de risco, que por definição aponta à possibilidade desta lesão. Os dados foram coletados retrospectivamente em sistema informatizado de prescrição de enfermagem, analisados estatisticamente e por mapeamento cruzado com a NIC. Identificou-se 32 diferentes tipos de cuidados de enfermagem prescritos à prevenção de UP: 9 para Síndrome do déficit do autocuidado; 17 para Mobilidade física prejudicada; 13 para Integridade tissular prejudicada 13 para Integridade da pele prejudicada e 14 para Risco de integridade da pele prejudicada. Alguns cuidados se apresentaram repetidos nos diferentes DE. O mapeamento cruzado mostrou 100% de semelhança entre os cuidados de enfermagem prescritos e as intervenções NIC.

Descritores: Úlcera por Pressão, Cuidados de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem.

EIXO TEMÁTICO 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1. Moorhead S, Delaney C. Mapping nursing intervention data into the Nursing Interventions Classification (NIC): process and rules. *Nursing Diagnosis*, Philadelphia oct/dec 1997; 8(4):137-144
2. Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2005; 18(1):82-8.

1. Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição. cassia.teixeira87@hotmail.com

2. Enfermeira. gabisnalda@gmail.com

3. Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS. Enfermeira do Hospital Santa Casa de Misericórdia. mellobru@gmail.com

4. Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS. Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição. feazambuja@ig.com.br

5. Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunto da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação da UFRGS. afatimalucena@gmail.com



Trabalho 112

3. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

1. Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição. cassia.teixeira87@hotmail.com
2. Enfermeira. gabisnalda@gmail.com
3. Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS. Enfermeira do Hospital Santa Casa de Misericórdia. mellobru@gmail.com
4. Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS. Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição. feazambuja@ig.com.br
5. Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação da UFRGS. afatimalucena@gmail.com



Trabalho 113

CONHECER O TERRITÓRIO PARA REFLETIR SOBRE A INTERVENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA.

Maria Marta Nolasco Chaves¹

Melissa dos Reis Pinto Mafra²

Ingrid Margareth Voth Lowen³

Aida Maris Peres⁴

O conhecimento sobre o território tem sido utilizado de forma parcial pelas Equipes de Saúde da Família, limitando a reflexão sobre a determinação do processo saúde-doença e a elaboração das intervenções de saúde. Este estudo exploratório de caráter qualitativo objetivou descrever o território de uma Unidade de Saúde com ESF, situada na região norte de Curitiba, nas suas dimensões histórica, político, geográfico e administrativa. Foi ancorada na Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) e foi realizada junto ao Programa de Educação e Trabalho (PET). Os dados foram coletados por meio da observação estruturada do território e em banco de dados secundários de *sites* públicos que permitiram identificar os processos protetores e de desgastes na vida da população moradora da região delimitada. Os resultados permitiram descrever a história de ocupação de um território composto por três microáreas distintas, as quais expressam a singularidade da inserção dos indivíduos na produção, neste caso destaca-se que as moradias de uma microárea representam a falta de política no planejamento urbano e de acesso à moradias de baixo custo. Se caracterizou as ruas, as moradias, terrenos e prédios abandonados, e foram caracterizados os prédios comerciais, segundo a natureza da atividade desenvolvida. A população foi descrita, segundo sexo e idade. A escolaridade da população é baixa, o que conseqüentemente reduz o seu acesso ao trabalho. No comércio local há um significativo número de bares. Considera-se que conhecer o território na sua dimensão política, administrativa, histórica e econômica é significativo para elaborar intervenções para a transformação da determinação da realidade local.

Palavras- chave: Território; Unidade Básica de Saúde; Saúde coletiva.

1. Relatora. Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. mnicasco@terra.com.br 2. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva e enfermagem do trabalho. Enfermeira Prefeitura Municipal de Curitiba. 3. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva e enfermagem do trabalho. Enfermeira Prefeitura Municipal de Curitiba. 4. Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.



Trabalho 114

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM (CIPE) PARA CRIANÇAS ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO ESCOLAR

Giovanna Batista Leite Veloso¹
Nathalia Francielly Confalone Paschoal²
Kátia Renata Antunes Kochla³

A enfermagem é uma profissão que vive em uma atual transição, fortalecendo o seu conhecimento, nesta perspectiva deve trabalhar com a prestação do cuidado de forma sistematizada. A necessidade de uma linguagem unificada em diversas áreas de atuação da Enfermagem faz-se necessária para que a profissão facilite a sua comunicação e estabeleça cuidados nas diferentes áreas de atuação. O objetivo do presente estudo foi levantar os principais diagnósticos de enfermagem utilizados nos atendimentos de crianças em um ambulatório de um colégio particular de Curitiba-Pr. Trata-se de um estudo quantitativo que realizado em um colégio particular do município, para a coleta de dados foram utilizados os registros do período de fevereiro á dezembro de 2011, nos quais constavam os dados dos atendimentos de enfermagem realizados a crianças do ensino fundamental, do primeiro ao quinto ano escolar, que procuraram o ambulatório do colégio devido a algum problema ou intercorrência de saúde. Em seguida foram levantados os problemas relatados pelas crianças e então estabelecidos os diagnósticos de enfermagem baseados na linguagem CIPE versão 1.0, por meio dos eixos, foco, julgamento e local. Por meio dos registros foi possível verificar que durante o ano de 2011 foram realizados 1.409 atendimentos de enfermagem. Os principais diagnósticos identificados no período foram: Dor em cabeça, contusão em cabeça, dor no ouvido, dor abdominal, hipertermia, contusão em face, sangramento em via nasal, dor em garganta, lesão ocular e escoriação em pernas. Com o estudo foi possível observar que faz-se cada vez mais necessária a presença do enfermeiro dentro do ambiente escolar e que este mantendo seu trabalho sistematizado e linguagem unificada poderá oferecer um cuidado adequado ao problema de cada criança.

Descritores: Enfermagem; diagnósticos de enfermagem; serviços de saúde escolar.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem Universidade Estadual de Maringá. Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Positivo. Membro do Núcleo de Estudos Cuidado e Ensino em Saúde da Universidade Positivo. giovannabl@gmail.com

² Acadêmica de Enfermagem do 7º período da Universidade Positivo. Curitiba-PR. napaschoal92@gmail.com

³ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora da Universidade Positivo. Membro do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA) e do Núcleo de Estudos Cuidado e Ensino em Saúde da Universidade Positivo. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Araucária- PR. katiaantunes.kochla@gmail.com



Trabalho 115

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

Erik Cristivão Araújo de Melo¹

Lidiany Galdino Felix¹

Rosângela Vidal de Negreiros²

Monalisa Alves Dantas³

Introdução: A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é uma doença que vem se tornando mais frequente com o passar dos anos. Estimativas apontam que em 2025 a ICC será a primeira causa de morte por doença cardiovascular no mundo¹. **Objetivos:** identificar os diagnósticos de Enfermagem em pacientes com ICC. **Descrição metodológica:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, realizado cinco pacientes portadores de IC, que estiveram internados no período de dezembro a fevereiro de 2013, nas enfermarias de cardiologia, de um Hospital Universitário da cidade de Campina Grande, Paraíba. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta. Os diagnósticos de enfermagem foram identificados utilizando-se a Taxonomia da NANDA-I. **Resultados:** foram identificadas 13 categorias diagnósticas, perfazendo um total de 30 diagnósticos de enfermagem, com uma média de 6 diagnósticos por paciente. Os diagnósticos identificados mais frequentes foram: Débito cardíaco diminuído; Padrão do sono perturbado; Constipação; Desobstrução ineficaz das vias aéreas; Intolerância à atividade; Dor aguda; Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz; Ansiedade; Integridade tissular prejudicada e Mobilidade física prejudicada. **Conclusão:** A identificação dos diagnósticos de enfermagem dos pacientes com ICC possibilitou o planejamento do cuidado prestado a essa clientela, e contribuiu para o melhor atendimento às necessidades humanas básicas no período em que permaneceu internado. **Contribuições/Implicações para a Enfermagem:** Este estudo contribuirá para melhorar a assistência de enfermagem para o cliente portador de ICC, potencializando a implantação do processo de enfermagem nestes casos.

Referências:

1. Ferreira M C S, Gallani M C B J. Insuficiência Cardíaca: antiga síndrome, novos conceitos e a atuação do enfermeiro. *Rev. bras. enferm.* 2005; 58(1): 70-73.

Descritores: Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Insuficiência Cardíaca.

Eixo temático 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

¹ Doutorando(a) em Enfermagem. Professor(a) Assistente do curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail: erikcristovao@hotmail.com

² Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

³ Discente do curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)



Trabalho 116

REFLEXÃO A CERCA DA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE: UM CASO CLÍNICO PEDIÁTRICO

BIFFI, Debora¹, LOPEZ, Mariana Ferreira Arrieche², PIRES, Larissa Cinara Brunnquell³.

INTRODUÇÃO: A enfermagem no desenvolvimento das teorias tem demonstrado interesse em fenômenos que interferem na saúde e bem-estar dos indivíduos e da comunidade. As teorias representam à realidade, sendo os elementos base das teorias as pessoas, o ambiente, a saúde e a enfermagem. ¹ Florence discutia a necessidade de ventilação e de luz nos quartos dos doentes, a disposição adequada de esgotos, boa alimentação, e outros indicadores como aquecimento, ruído, variação, cama e roupa de cama, limpeza dos quartos e paredes. Questionando como a influência do meio ambiente agia no ser humano e na natureza e de que forma ocorreria um equilíbrio entre ambos. Dessa forma, quando um ou mais aspectos ambientais estivessem desequilibrados, o paciente utilizaria maior energia para se reestabelecer. ²⁻³ O processo de hospitalização da mesma traz inúmeros enfrentamentos para ela e sua família, entre eles o entendimento dos profissionais de saúde sobre o cuidado ser centrado na criança e família, considerando que esta precisa fornecer o suporte para o desenvolvimento biopsicossocial da criança. **OBJETIVO:** Relacionar a teoria ambientalista de Florence Nightingale com a vivência de um caso clínico pediátrico em um Hospital Universitário de Porto Alegre. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma reflexão a cerca das ideias de Florence Nightingale e da sua teoria ambientalista transportada para a prática de enfermagem pediátrica. Na análise trabalhamos com a discussão de um caso clínico pediátrico fundamentando teoricamente o cuidado ao paciente através das práticas assistenciais desenvolvidas na instituição hospitalar mencionada. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A partir da situação abaixo, iremos abordar algumas situações relacionando-as com a teoria ambientalista de Florence Nightingale.

Paciente R.I.D.S, 4 anos, reside junto com sua mãe em um Hospital Universitário de Porto Alegre desde seu nascimento. Diagnosticado com Síndrome de Down e Intestino Curto, não deambula, apresenta déficit na comunicação verbal, não se alimenta por via oral, fazendo uso da sonda de gastrostomia para alimentação. Apresenta cateter venoso central para receber além de soroterapias, a nutrição parenteral total (NPT) para complementar a questão nutricional. Possui colostomia para suas eliminações. O quarto de hospital onde este paciente reside caracteriza-se por não apresentar janelas, assim não proporciona um ambiente iluminado pela luz solar. Trata-se de um paciente que não realiza um acompanhamento com a equipe multiprofissional adequado para atender suas necessidades humanas, culminando assim em atrasos no desenvolvimento psicomotor.

Ventilação e Aquecimento: Declarou que era essencial manter o ar que a pessoa respirava tão puro quanto o ar externo. Ela preocupava-se com o ar nocivo ou maus odores que vinham dos excrementos. A temperatura do quarto também foi destacada.² Por não existir ventilação natural neste ambiente, o paciente fica susceptível a proliferação de bactérias provenientes de ventilação central.

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Especialista em Saúde Mental pela Faculdade Ingá. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina. Porto Alegre/RS. E-mail: biffidebora@yahoo.com.br

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente pelo Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde – PREMUS/PUCRS. Enfermeira da Unidade de Internação do Hospital São Lucas da PUCRS. Porto Alegre/RS, Brasil. E-mail: mfarrieche@gmail.com

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Hospital Israelita Albert Einstein/SP. Porto Alegre/RS. E-mail: lacbps@gmail.com ³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Hospital Israelita Albert Einstein/SP. Porto Alegre/RS. E-mail: lacbps@gmail.com



Trabalho 116

Iluminação: Acreditava que o paciente necessitava de luz. Ela notou que a luz tem efeitos reais e tangíveis sobre o corpo humano. A falta de estímulos ambientais adequados pode levar a confusão relacionada com o ciclo habitual do dia e da noite.² Relacionando este fator com a situação abordada na descrição do caso clínico observamos que o ambiente em questão não seria adequado para este paciente frente às suas necessidades. Isto por ser um ambiente desprovido de luz solar, onde apenas o recurso de luz artificial é utilizado, limitando esta criança a reconhecer o ciclo do dia e da noite. **Variação:** Florence apontava a variação do ambiente um aspecto crítico que afetava a recuperação do paciente. Defendia a necessidade de mudanças na cor e na forma, inclusive introduzindo flores de cores fortes no ambiente e sugeriu quadros ou gravuras, a cada dia, semana ou mês diferentes.² O ambiente em que se encontra este paciente é desprovido de informações lúdicas, não sendo desenvolvido um trabalho voltado para as questões recreativas, afetando seu desenvolvimento infantil. Entende-se que deveria existir a articulação de estratégias formuladas pela equipe multiprofissional frente às necessidades desse paciente, buscando englobar ações de cuidado nas diversas interfaces da saúde. **Ambiente Social e Psicológico:** Dizia que animar falsamente o paciente, menosprezando a importância e o risco da enfermidade, não era benéfico ao tratamento. Assim, encorajava as enfermeiras a uma escuta adequada e a orientar os familiares para uma fala otimista auxiliando na saúde. Sustentava a importância de olhar além da doença.² Ao chegar ao hospital à criança, assim como sua família, é vista pela equipe que a assiste, dentro de uma visão reducionista, tecnicista, preocupando-se muito mais com a restauração do órgão debilitado, que com a saúde da criança, não levando em conta o seu desenvolvimento cognitivo emocional para compreendê-la e auxiliá-la no enfrentamento da situação.⁴ Relacionando com o caso clínico em questão, de um paciente que está hospitalizado há anos nesta instituição e que viveu períodos críticos de saúde, onde sua cuidadora esteve presente, passando por angústias, medos, descrenças, a mesma acabou por desenvolver uma relação de proteção para esta criança o que acabou gerando um déficit no desenvolvimento social da mesma. **CONCLUSÕES:** Essa reflexão abordou as principais colocações de Florence Nightingale e sua Teoria Ambientalista e sua contextualização com a prática assistencial na área de enfermagem pediátrica. Ao contextualizar a situação de um paciente pediátrico internado há quatro anos, desde o seu nascimento, em um hospital universitário de Porto Alegre, pudemos concluir que existem dificuldades ao realizar o tratamento de forma integral e singular ao paciente em função de limitações institucionais, profissionais e familiares. O contexto que o paciente encontra-se inserido atualmente não permite explorar de forma abrangente suas necessidades, as quais se tornaram mais evidentes após a utilização da teoria. **Descritores:** Teorias de Enfermagem, Florence Nightingale, Criança hospitalizada. Eixo: Assistência de Enfermagem

REFERÊNCIAS

1. AGUILLAR, Olga Maimoni.; MENDES, Isabel Amália Costa. Viabilidade da aplicação de teorias de enfermagem: relato de experiência no âmbito da pesquisa. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v.22, nº (especial), p.47-52, 1987. Disponível em: <<http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/artigo34fin.pdf>>.
2. HADDAD,VCN.; SANTOS, TCF. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962-1968). *Escola Anna Nery*. 2011, 15(4), p. 755-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a14v15n4.pdf>
3. LOBO, MS. Teoria de Florence Nightingale. In: GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, cap.3, p.33-44.
4. MONTEIRO,LFLM. **Vivendo e Aprendendo no ambiente hospitalar: percepções de crianças sobre a doença**. Tese de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007. Disponível em: <http://bdtd.bczm.ufrn.br/tde_arquivos/5/TDE-2008-09-16T072915Z-1421/Publico/LucianaFLMM.pdf>.



Trabalho 117

REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO PARA O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE COLETIVA: O USO DA TIPESC E A EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA.

KRUCZEWSKI, Bruna¹
CHAVES, Maria Marta Nolasco²
MAFRA, Melissa dos Reis Pinto³
ROSA, Eliane Aparecida Machado⁴

Introdução: Romper com o modelo biologicista é algo que se torna inevitável no momento em que se escolhe a Saúde Coletiva como campo estruturante da prática e da construção do conhecimento. Assim, por meio de referenciais críticos, a Enfermagem tem se voltado para novas possibilidades no sentido de consolidar a formação e a prática profissional orientada para a intervenção na realidade de saúde. **Objetivo:** analisar a potencialidade do referencial teórico e metodológico, TIPESC⁽¹⁾ e Epidemiologia Crítica, para o diagnóstico de saúde coletiva, no processo de formação do enfermeiro. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter qualitativo sobre três estudos, dois de conclusão de curso de graduação e um de conclusão de especialização *lato sensu*, os quais foram fundamentados no referencial citado, com o propósito de identificar a determinação do processo saúde-doença de populações, comunidades e segmentos populacionais. **Resultados:** Os estudos identificaram processos determinantes do processo saúde-doença nas três dimensões da realidade, estrutural, particular e singular, os quais estão presentes nos territórios delimitados nos estudos. Destacaram-se como processos de desgaste à saúde: a precária inserção aos meios de produção e baixa escolaridade; ao passo que a possibilidade de inserção no trabalho e escolaridade foram apontados como processos protetores. **Conclusões:** Os estudos identificaram processos históricos, econômicos e sociais que desgastam e protegem os indivíduos, os autores concluíram que a realidade objetiva, expressa nas formas de viver, de ser saudável e de adoecer de um coletivo, é determinada por processos que não estão aparentes. **Contribuições para enfermagem:** considera-se relevante estudos com o referencial utilizado para a elaboração de intervenções em saúde coletiva que sejam resolutivas.

Descritores: Enfermagem; Saúde coletiva; Prática assistencial.

Referência:

1. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) e do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFPR, Curitiba, PR. E-mail: b_kruczewski@hotmail.com
2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Docente no curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná (UFPR). Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) – UFPR. Líder do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) – UFPR, Curitiba, PR.
3. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva e Enfermagem do Trabalho. Mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFPR. Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) e do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFPR, Curitiba, PR.
4. Enfermeira especialista em enfermagem do trabalho. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da UFPR. Membro do Grupo de Pesquisas Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFPR, Curitiba, PR.



Trabalho 117

1. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Eixo temático 2: Assistência de enfermagem.

1. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) e do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFPR, Curitiba, PR. E-mail: b_kruczewski@hotmail.com

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Docente no curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná (UFPR). Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) – UFPR. Líder do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) – UFPR, Curitiba, PR.

3. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva e Enfermagem do Trabalho. Mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFPR. Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) e do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFPR, Curitiba, PR.

4. Enfermeira especialista em enfermagem do trabalho. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da UFPR. Membro do Grupo de Pesquisas Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFPR, Curitiba, PR.



Trabalho 118

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NANDA® PARA A REALIZAÇÃO DE PUNÇÃO VENOSA E ADMINISTRAÇÃO DE SOROTERAPIA

Emmanuelle Elizabeth Rodrigues do Amorim
Bruna de Souza Desplanches
Ana Paula Modesto

Introdução: A punção venosa é um procedimento caracterizado pela inserção de um dispositivo no interior de um vaso que pode ou não ser fixado à pele do paciente e requer cuidados e controle periódico (1). É um procedimento considerado invasivo que requer técnicas assépticas, uma vez que romperá com barreiras de proteção natural do nosso organismo (2). **Objetivos:** Reconhecer na taxionomia NANDA® (2011/2014) principais diagnósticos de enfermagem relacionados a punção venosa E SOROTERAPIA dos pacientes em tratamento com soroterapia. **Metodologia:** Este estudo caracteriza-se como revisão bibliográfica temática e de atualização onde a definição do tema, as questões de pesquisa, os objetivos e sua implementação são atividades a serem desenvolvidas e estão concomitantemente ligadas ao trabalho cotidiano. **Resultados:** Os diagnósticos de enfermagem levantados conforme a proposta da NANDA®, advindos da presença da punção venosa foram: risco de desequilíbrio eletrolítico, padrão do sono prejudicado, ansiedade, medo, risco de infecção, integridade da pele prejudicada, risco de lesão, risco de trauma vascular, conforto prejudicado, dor aguda. **Considerações finais:** A aplicação do diagnóstico de enfermagem possibilita a elaboração de um plano de cuidados específicos, individualizados e humanizado. **Contribuições para a Enfermagem:** Promover a reflexão sobre a importância do processo de enfermagem na realização de procedimentos comuns à profissão, garantindo uma assistência individualizada, segura e livre de riscos.

1. Torres MM, Andrade D, Santos CB. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2005.
2. Potter PA, Perry AG. Grande tratado de enfermagem prática. 3ª ed. São Paulo: Santos; 2002.
3. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014 / – Porto Alegre: Artmed, 2013



11º SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E RESPONSABILIDADE SOCIAL NOS CAMPOS DE PRÁTICA PROFISSIONAL

01 A 03 DE AGOSTO DE 2013
CAMPUS DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PUCPR - CURITIBA/PR 

Trabalho 118



Trabalho 119

IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Medeiros RH¹, Bavaresco T², Picolotto A³, Ramos MDM⁴, Barros RAB⁵

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são unidades complexas, destinadas ao atendimento de pacientes com agravos a saúde e demandam tecnologia avançada e uma equipe de enfermagem qualificada. Neste sentido, há a necessidade de implantação do Processo de Enfermagem (PE). O uso do PE no cuidado com uma linguagem padronizada na documentação e na assistência garante uma acurácia do mesmo. O Processo de Enfermagem é um modelo metodológico que orienta o cuidado de enfermagem¹. Possui etapas inter-relacionadas, as quais podem ser qualificadas com o uso dos sistemas de classificação de diagnósticos (NANDA-I), intervenções segundo Nursing Interventions Classification (NIC) e resultados de acordo com Nursing Outcomes Classification (NOC)²⁻³. Na prática clínica, a implantação deste modelo requer o envolvimento da equipe de enfermagem e para a tomada de decisão é exigido do enfermeiro competências técnico-científicas, interpessoais e ética.

Objetivo: Descrever a experiência da implantação do PE na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência onde os dados foram coletados retrospectivamente 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 equipe de enfermagem é composta por quatro enfermeiros assistenciais, um gestor e um coordenador e 30 técnicos de enfermagem distribuídos nos quatro turnos de trabalho. Foram elencados três momentos de implantação do PE na UTI: 1) *História de implantação* 2) *Aspectos operativos de implantação* 3) *Interface do PE com a auditoria*. Para a implantação do PE foram capacitadas as enfermeiras assistenciais da unidade em relação à: conceituação e etapas do PE, uso dos sistemas de classificação NANDA-I, NIC e NOC, operacionalização do PE e interface do PE com os aspectos da auditoria a qual a Instituição vem realizando. Os dados foram coletados no período de março a abril de 2013. O projeto foi aprovado pelo Comitê Científico da instituição. **Resultados:** *História de Implantação:* A implantação do PE na UTI teve seu início na capacitação das enfermeiras da Unidade e na criação de um grupo de estudos, com encontros quinzenais sobre a temática, em março de 2003. Este grupo foi composto por enfermeiros, alunos de enfermagem em prática disciplinar e em estágios curriculares na UTI e professores do Curso de Enfermagem, o qual tem como coordenadora a professora de enfermagem da Educação Permanente da Instituição. Em 2004 a etapa do diagnóstico de enfermagem, segundo a NANDA-I foi introduzida à prática assistencial de todos os pacientes internados na UTI. Em 2010, o PE passa a ser informatizado. *Aspectos operativos de implantação:* A coleta de dados foi fundamentada na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta⁴, aonde o setor possui um roteiro pré-estabelecido para coletar as informações do processo saúde e doença do paciente. As enfermeiras após a coleta de dados

¹Doutora em Clínica Médica. Professora da Universidade de Caxias do Sul. Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. re.med@terra.com

²Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade de Caxias do Sul. Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul. Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴Enfermeira Gestora da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Caxias do Sul. Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵Enfermeiro Coordenador da Área Adulto do Hospital Geral de Caxias do Sul. Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

[Digite texto]



Trabalho 119

elencavam o DE prioritário para os pacientes, sendo que ficava sob a responsabilidade das enfermeiras do turno da manhã e tarde três pacientes por enfermeira e quatro pacientes para as enfermeiras do turno da noite, para realizar o processo. Em seguida, as enfermeiras identificaram a necessidade de realizarem a prescrição de enfermagem informatizada, no qual o hospital adotou o sistema Tasy. As intervenções foram introduzidas com base na classificação de algumas intervenções descritas na NIC. Embora o DE e intervenção tenham sido informatizados, não houve armazenamento dos DE no programa Tasy. Os enfermeiros digitalizavam o DE a cada nova prescrição com as respectivas intervenção de enfermagem necessárias. Neste momento foi realizada nova capacitação para os enfermeiros com vistas à informatização do processo. *Interface do PE com a auditoria:* No mesmo ano, o Hospital busca a Acreditação Hospitalar nível I relacionada à segurança do paciente, de seus serviços e por isso o setor de Auditoria analisa em 2011 o PE realizado na UTI e associa os itens da avaliação com as etapas de que são realizadas pela enfermagem. Neste mesmo ano é realizado orientações aos técnicos de enfermagem no cumprimento das prescrições de enfermagem e capacitação sobre PE à beira do leito aos enfermeiros. O PE à beira do leito consistia em avaliação dos pacientes com as enfermeiras da UTI e uma docente de enfermagem esclarecendo dúvidas e conduzindo as prescrições de enfermagem. **Considerações Finais:** A consolidação do PE está atrelada à busca qualificada do cuidado de enfermagem sustentado pela evidência de um método científico. A padronização dos problemas de saúde diagnosticados e tratados pelo enfermeiro traduz uma enfermagem técnico-científica e um paciente com um cuidado individualizado. As implicações desta implantação indicam a necessidade da padronização das intervenções de enfermagem segundo a NIC e dos resultados de enfermagem segundo a NOC como a próxima etapa de avanço no PE, visando à qualificação da prática de enfermagem e a otimização de recursos humanos e técnicos em um setor complexo como a Unidade de Terapia Intensiva. A avaliação realizada pela auditoria nas prescrições e evoluções de enfermagem garantiu um detalhamento dos custos inerentes ao cuidado de enfermagem. O grupo de estudo, ainda se mantém como suporte técnico – científico aos enfermeiros. Assim, esta experiência positiva da implantação do PE na UTI foi à base para a expansão do PE nos demais setores do hospital.

Descritores: Processo de enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

Eixo Temático: Assistência de Enfermagem

Referências

- 1 NANDA - International. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- 2 Lucena AF, Almeida MA. Classificações de enfermagem NANDA-I, NIC, e NOC no processo de enfermagem. In: Silva ERR et al. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 35-53.
- 3 Alfaro-LeFevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 4 Horta WA. Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

[Digite texto]



Trabalho 119

5 Machado TC, Chianca; Lima CPS; Salgado PO. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Rev. esc. enferm. USP ,46(5),São Paulo, 2012.

[Digite texto]



Trabalho 120

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À UM ADOLESCENTE PÓS CETOACIDOSE DIABÉTICA

Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato¹, Lídia Kameyo Ueda², Liene Sayumi Koga Nishiyama², Cecília Alves Silva Santos², Raquel Henriques³.

INTRODUÇÃO: Náusea, mal estar, taquicardia, dor abdominal e vômito após um almoço em um restaurante, foi o que levou a família a encaminhar o adolescente a uma assistência hospitalar. O paciente de 11 anos deu entrada em um pronto atendimento inconsciente e logo transferido para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Ao acordar percebeu pessoas e ruídos desconhecidos, intensa luz, acesso venoso periférico e picadas de tempo em tempos nas polpas digitais. Diagnóstico médico de cetoacidose diabética (CAD). A monitorização da glicemia indicou oscilação de 53 a 532mg/dL durante o período de internação hospitalar. Nesta situação o indivíduo com Diabete Mellitus tipo I (DM1) apresenta pH sanguíneo menor que 7,3 e/ou HCO₃ abaixo de 15 mEq/L, glicemia acima de 200 mg/dL, cetonemia, cetonúria, além de manifestações clínicas de poliúria, polidipsia, emagrecimento⁽¹⁻²⁾, polifagia, fraqueza, rubor facial, visão turva, náuseas, vômitos, dor abdominal, sonolência, desorientação, letargia, hálito cetônico, hipotensão, taquicardia, hiper-ventilação de Kussmaul e alterações no nível de consciência⁽²⁾. Estas alterações ocorrem em decorrência das interações da deficiência absoluta ou relativa de insulina e do aumento dos hormônios contra-reguladores (glucagon, catecolaminas, cortisol e hormônio do crescimento). Ressalta-se que a hiperglicemia, a desidratação, a hiperosmolaridade, os distúrbios eletrolíticos e ácido-básico estimulam a liberação dos hormônios contra-reguladores⁽¹⁾ criando um ciclo que deve ser quebrado, para a estabilidade do indivíduo. As principais complicações agudas são a hipoglicemia e a cetoacidose⁽²⁾. Após três dias o adolescente foi transferido à enfermaria de pediatria. A equipe de enfermagem se deparou com um adolescente e uma mãe apreensivos e cheios de dúvidas. Por meio da atuação de enfermagem e as principais intervenções terapêuticas realizadas junto ao paciente estável e hospitalizado em decorrência de cetoacidose diabética definiu-se para este estudo os seguintes **OBJETIVOS:** Descrever os diagnósticos de enfermagem para adolescente portador de DM1 pós CAD e traçar planos de cuidados junto aos familiares no cuidado ao adolescente. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo tipo relato de experiência com intuito de descrever a vivência prática e compartilhar as informações com outros profissionais, no cuidado de um adolescente portador de DM1 pós diagnóstico de CAD, que foi atendido no hospital universitário do interior do Paraná. Aplicou-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o modelo teórico de Processo de Enfermagem (PE) neste cuidado. A SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos tornando possível a operacionalização do PE⁽³⁾. O PE é uma teoria de como os enfermeiros organizam o atendimento de pessoas, famílias e comunidade⁽⁴⁾ e também documentam a prática profissional⁽⁵⁾. Contém cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados e/ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem⁽³⁾. A coleta de dados tem por finalidade a obtenção de informações voltadas para as necessidades humanas⁽³⁾. Para identificar o diagnóstico de enfermagem é necessário realizar interpretações científicas dos dados levantados, que serão usados para orientar o planejamento de enfermagem (intervenções a serem realizadas), a implementação (intervenções realizadas) e a avaliação (identifica se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado e se há

¹Enfermeira, doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade Estadual de São Paulo. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), e-mail: sichisato@hotmail.com; sichisato@gmail.com

² Acadêmicas do terceiro ano do Curso de Graduação em Enfermagem da UEM.

³Enfermeira responsável pelo setor de Pediatria do Hospital Universitário de Maringá/UEM. Especialista em Estomatoterapia.



Trabalho 120

necessidade de mudanças nas etapas do PE)⁽³⁻⁴⁾. A assistência de enfermagem foi prestada no setor de pediatria por alunas de graduação do terceiro ano de enfermagem, supervisionadas por uma docente e em cuidado colaborativo efetuado pela enfermeira responsável pelo setor. **RESULTADOS:** Analisou-se os dados de saúde após a coleta do histórico de enfermagem e foram identificadas as necessidades afetadas. Por meio das evidências apresentadas, diagnóstico médico, sinais e sintomas, parâmetros de glicemia capilar e contato com a família identificou-se quatro diagnósticos de enfermagem (DE) pela classificação de NANDA (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION): risco de glicemia instável, integridade tissular prejudicada, disposição para autocontrole melhorado e disposição para paternidade ou maternidade melhorada⁽⁴⁾. Segue as evidências encontradas e as ações executadas. Diagnóstico de **risco de glicemia instável** relacionado a variação dos níveis de glicose no sangue em relação aos parâmetros normais, glicemia que oscilou de 53 a 532 mg/dL desde a internação; conhecimento deficiente sobre o controle do diabetes, fato verbalizado pelo paciente e familiar; perda ponderal de 10kg em uma semana. Foram realizados o planejamento e a implementação dos cuidados. Quais sejam: Fez-se as orientações sobre DM1 por uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiras, nutricionista, psicólogos, assistente social) ao adolescente e à mãe. A cuidadora principal (mãe) foi capacitada a realizar testes glicêmicos e aplicar a insulina de acordo com as alterações das glicemias capilares e também a identificar sinais de hipoglicemia, hiperglicemia e desidratação. Implementou-se um quadro com os horários das medicações fixas; os horários da glicemia e os parâmetros para correção de insulina regular para as alterações verificadas. O paciente encontrava-se em fase aguda da doença. A abordagem educacional teve como objetivo habilitar familiares e o paciente no manejo diário do diabetes, conferindo autonomia e responsabilidade compartilhada com a equipe de saúde⁽²⁾. A mãe demonstrou habilidade e conhecimento no manejo do cuidado do filho com DM1. O paciente encontrava-se internado na unidade de pediatria para ajustar a dose de insulina, por este motivo testes frequentes de glicemia (dez vezes/dia) eram realizadas além de insulina de horário (duas vezes/dia) e de correção de acordo com o resultado do teste glicêmico. A monitorização da glicemia é necessária, pois possibilita perceber variabilidade glicêmica na interação do medicamento com a atividade física e/ou alimentar, além de auxiliar na identificação dos sinais de hipo ou hiperglicemia⁽²⁾. Deste modo o diagnóstico de **integridade tissular prejudicada** foi identificado relacionado a fatores mecânicos (punções diversas) caracterizado por tecido lesado em polpas digitais e em várias partes do corpo onde foram injetados os medicamentos (insulina). Orientou-se ao binômio mãe/filho a necessidade de rodiziar os locais (braços, nádegas, coxas e abdômen) de aplicação da insulina para prevenir a hipohipertrofia e assegurar a melhor absorção da insulina. A absorção mais rápida se dá no abdômen, seguido dos braços, coxas e nádegas⁽²⁾. O diagnóstico de DM1 é estressante para um adolescente e principalmente para os pais, pois eles terão que se adaptar ao manejo da doença do filho tanto instrumentais quanto emocionalmente para manter o controle da doença. Aceitar a condição da doença do filho provoca choque e sofrimento à família. “É importante que os pais consigam atribuir um significado à experiência, aceitar a doença e prosseguir com a vida familiar”^(2:164). Na assistência à criança e ao adolescente, o cuidado deve contemplar não somente os aspectos técnicos, mas também suas necessidades físicas, emocionais, sociais e a relação médico-paciente que podem influenciar no controle do DM1 principalmente, entre os adolescentes, uma vez que a doença pode comprometer o seu desenvolvimento⁽¹⁾. A verbalização de que tem a consciência de controlar a dieta e que decidiu superar o choque de ter a patologia, encaminhou para o diagnóstico de **disposição para autocontrole melhorado** por padrão de regulação e integração a vida diária do regime terapêutico para o tratamento do



Trabalho 120

DM1. Esta disposição é suficiente para alcançar os objetivos relacionados à saúde, caracterizado por expressar pouca dificuldade com o regime de tratamento prescrito, desejo de controlar a doença e escolha do dia a dia adequado para o atendimento das metas quanto à aplicação de insulina, referiu que “a agulha é pequena e não dói”. **Disposição para paternidade ou maternidade melhorada** caracterizado pelo apoio emocional do filho; evidências de vínculo, atendimento à necessidade do filho e apoio familiar tendo em vista o comprometimento da mãe em cumprir com cuidados necessários, tanto na alimentação, quanto aos horários e a adesão da família e o adolescente expressar satisfação com o ambiente familiar. **CONCLUSÃO:** A SAE e o modelo teórico do PE foram importantes para compreender o indivíduo e a família e nortear o cuidado individualizado diante das necessidades humanas afetadas no adolescente pós CAD. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Além do tratamento dos problemas médicos as intervenções de enfermagem para os diagnósticos das respostas humanas oferecem meios adicionais para que a saúde das pessoas possam ser promovida, protegida e recuperada⁽³⁾. Os DE são elencados em colaboração com os familiares e o paciente, por meio de um raciocínio científico e identifica-se os melhores diagnósticos que orientam intervenções de enfermagem, com o intuito de atingir os melhores resultados para o paciente⁽³⁻⁴⁾.

PALAVRAS CHAVES: Diabetes Mellitus Tipo I; Adolescente Hospitalizado; Cetoacidose Diabética; Assistência de Enfermagem

REFERÊNCIAS

- 1 Piva JP, Czepielewski M, Garcia PCR, Machado D. Current perspectives for treating children with diabetic ketoacidosis. *Jornal de Pediatria*. 2007; 83(5 Supl):S119-S127.
- 2 Grossi SAA, PASCALI PM Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus: Manual de enfermagem. Sociedade Brasileira de Diabetes. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: 2009 [acesso em 2013 mai.30]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/attachments/1118_1324_manual_enfermagem.pdf
- 3 COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358, de 15 outubro 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados [Internet]. 2009 out 15 [acesso em 2013 mai 30]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- 4 NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- 5 CARPENITO-MOYET LJ. Manual de diagnósticos de enfermagem. São Paulo: Artmed. 2006.

¹Enfermeira, doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade Estadual de São Paulo. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), e-mail: sichisato@hotmail.com; sichisato@gmail.com

² Acadêmicas do terceiro ano do Curso de Graduação em Enfermagem da UEM.

³ Enfermeira responsável pelo setor de Pediatria do Hospital Universitário de Maringá/UEM. Especialista em Estomaterapia.



Trabalho 121

O MANEJO DA DOR ONCOLÓGICA AO PACIENTE ADULTO NO DOMICÍLIO: UMA PERSPECTIVA DA TEORIA DE OREM

Raquelaine Aparecida Padilha*, Juliana Ollé Mendes da Silva** , Karin Rosa Persegona Ogradowski***, Leandro Rozin***, Ivete Palmira Sanson Zagonel***

A dor oncológica acomete 30% dos pacientes com câncer e pode chegar a 60% ou 90% na fase avançada da doença.¹ A dor soma-se a outros fatores, como a insônia, diminuição do apetite, isolamento social, intensificados quando o paciente encontra-se no domicílio, longe do monitoramento contínuo, característico do ambiente hospitalar.² A partir da necessidade de auto-cuidado desse público, este estudo objetivou identificar as demandas de cuidado dos pacientes com dor oncológica subsidiadas pela Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem e estabelecer as competências do paciente e enfermeiro para o auto-cuidado diante da dor oncológica no domicílio. Trata-se de um estudo qualitativo norteado pelo método da Pesquisa-Cuidado³ efetivada por meio da Consulta de Enfermagem, cujos sujeitos foram sete pacientes portadores de dor oncológica em acompanhamento domiciliar. Durante a formulação dos Diagnósticos de Enfermagem, com base da Taxonomia de NANDA⁴, percebeu-se o predomínio dos seguintes, *Dor crônica relacionada a neoplasia; Conforto prejudicado relacionado à dor; Isolamento social relacionado à progressão da doença; Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionado à quimioterapia; Risco de infecção pelo imunocomprometimento do organismo em função das aplicações de quimioterapia e nutrição prejudicada; Estilo de vida sedentário relacionado à dor*. Essa evidência sugere uma correlação com o perfil dos pacientes desses pacientes e as características específicas da neoplasia. Todavia, o atendimento domiciliar revela peculiaridades exclusivas, uma vez que permite ao profissional uma visão ampla dos fatores que possam interferir no processo saúde-doença.⁵ A Teoria Geral do Auto-cuidado, por sua vez, subsidia o enfermeiro para guiar o paciente até que ele atenda as exigências terapêuticas, pelo encorajamento e autonomia, de modo a proporcionar alívio da dor pela adesão ao tratamento e conseqüentemente bem-estar.

Palavras-Chave: Enfermagem Oncológica, Dor, Teoria de Enfermagem.

Eixo 2 – Assistência de Enfermagem

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: Inca 2001;124. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf> Acesso em 22 de maio de 2013.

2. NETO. O. A. *et.al.* e cols. **Dor: Princípios e Práticas**. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Porto Alegre: Artmed, 2009.

3. NEVES, E. P. ; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-Cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, jan/abr;

*Enfermeira Residente do Programa Multiprofissional em Cancerologia do Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer.

** Enfermeira Mda. Especialista em Administração Hospitalar, Pedagogia Hospitalar e Metodologias Ativas do Ensino Superior na Área da Saúde. Membro do NEPEE. Adjunta ao corpo docente na Faculdades Pequeno Príncipe. E-mail:juollesilva@gmail.com

***** Enfermeiros, Docentes na Faculdades Pequeno Príncipe. Membros do NEPEE.



Trabalho 121

11(1):73-79, 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgiBDENF&lang>> Acesso em 10 de fevereiro de 2013.

3. NANDA, North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação**. Artmed. Porto Alegre . 2009-2011

5. PARRA, M. V. *et.al*. Visita domiciliar a mulheres com câncer de mama: uma estratégia a ser resgatada. **Ciência, Cuidado & Saúde** . Abr/Jun 9(2):301-308, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br>> Acesso em 20 de abril de 2013.

*Enfermeira Residente do Programa Multiprofissional em Cancerologia do Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer.

** Enfermeira Mda. Especialista em Administração Hospitalar, Pedagogia Hospitalar e Metodologias Ativas do Ensino Superior na Área da Saúde. Membro do NEPEE. Adjunta ao corpo docente na Faculdades Pequeno Príncipe. E-mail:juollesilva@gmail.com

***** Enfermeiros, Docentes na Faculdades Pequeno Príncipe. Membros do NEPEE.



Trabalho 122

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICA NÃO-TRANSMISSÍVEL: UM ESTUDO DE CASO

Magáli Costa Oliveira*, Denise Tolfo Silveira**

Introdução: as doenças crônicas não-transmissíveis constituem um problema de saúde pública que interfere diretamente na qualidade de vida das pessoas. Sabe-se, ainda, que o estilo de vida interfere sobremaneira na incidência de doenças cardiovasculares¹. Neste âmbito, infere-se que o cuidado ambulatorial de enfermagem é uma forma de prestar serviço à saúde por meio da consulta de enfermagem. **Objetivo:** estabelecer diagnósticos e intervenções de enfermagem a uma paciente com doença crônica. **Método:** estudo de caso com abordagem exploratória. A obtenção dos dados ocorreu por meio das informações coletadas no prontuário eletrônico e consultas de enfermagem realizadas durante atividades práticas curriculares de Set/Nov de 2012. **Resultados:** paciente feminina, 56 anos, cardiopata, hipertensa e obesa. Os diagnósticos de enfermagem³ eleitos para a paciente foram: Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; Baixa autoestima situacional; Disposição para controle aumentado do regime terapêutico; e Ansiedade. As intervenções⁴ elencadas foram: Controle da nutrição; Fortalecimento da autoestima; e Redução da ansiedade. **Conclusão e contribuições à enfermagem:** este estudo possibilitou exercitar o pensamento crítico a fim de otimizar a qualidade da assistência prestada, a escolha acurada dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem.

Descritores: Doença Crônica; Ambulatório Hospitalar; Diagnóstico de Enfermagem.

EIXO TEMÁTICO 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Referências:

1. RBC. Registro do pacientes de alto risco cardiovascular na prática clínica. *Registro Brasileiros Cardiovasculares*. [internet]. 2011.
2. FRANZEN, E. et al. Consulta de enfermagem ambulatorial e diagnósticos de enfermagem relacionados a características demográficas e clínicas. *Rev Gaúcha Enferm*. [internet]. v.33, n.3, p.42-51, 2012.
3. NANDA International. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
4. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de enfermagem (NIC). 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

*Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). magali_oliveira@hotmail.com

**Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem da UFRGS. dtolfos@gmail.com



Trabalho 123

LEVANTAMENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE CIRURGIA GERAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO

Tallita Mello Delphino¹
Graciete Saraiva Marques²
Renata Arantes Santos³
Camilla Del Giudice Dias⁴

Introdução: O paciente em condição cirúrgica necessita de uma assistência de enfermagem específica e qualificada que atenda tanto os aspectos emocionais como também os biológicos⁽¹⁾, requerendo da enfermagem observação e prática fundamentada na manutenção das funções fisiológicas vitais, pautados no restabelecimento do paciente, assim como na prevenção e tratamento das complicações do processo anestésico-cirúrgico. A assistência deve apresentar-se coerente com os problemas identificados no paciente a partir da realização do histórico, o qual leva a formulação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem individualizadas durante sua hospitalização. Para tanto, é necessário que os profissionais de enfermagem identifiquem corretamente os possíveis diagnósticos neste período, para agir de forma adequada, viabilizando a redução de possíveis complicações⁽²⁻³⁾. Desta forma, a identificação dos diagnósticos de enfermagem de um determinado grupo específico de pacientes possibilita ao enfermeiro o conhecimento das respostas humanas alteradas e contribui para que haja o desenvolvimento de intervenções de enfermagem qualificadas, direcionadas e individualizadas⁽⁴⁾. Por sua vez, com o objetivo de classificar os diagnósticos de enfermagem, contribuir para uniformização da linguagem, fornecer dados para pesquisa em enfermagem e desenvolver um corpo de conhecimento próprio da profissão, a North American Nursing Association (NANDA) construiu uma estrutura conceitual de classificação dos Diagnósticos de Enfermagem⁽⁴⁻⁵⁾ que tem sido um dos sistemas de classificação dos diagnósticos de enfermagem mais aceitos e conhecidos atualmente. Diagnóstico de enfermagem pode ser definido como “julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais”⁽⁵⁾. **Objetivos:** identificar os diagnósticos de enfermagem, segundo a classificação NANDA, presentes em pacientes em pré-operatório e pós-operatório internados em unidade de cirurgia geral de um hospital universitário do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma unidade de cirurgia geral feminina de um hospital universitário localizado no Rio de Janeiro no período de agosto a novembro de 2012. O grupo de estudo foi constituído por 31 pacientes em pré-operatório e 30 pacientes em pós-

¹Enfermeira e Licenciada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. Residente em Clínica Médico- Cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Ex-bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq/PROPPi. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal fluminense – GESAE_UFF E-mail: tallitamell@hotmail.com

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em Administração em Serviços de Enfermagem e Estomaterapia. Chefe da seção cirúrgica feminina do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ). Coordenador do projeto: (Re) ‘Conhecendo a clientela assistida na cirurgia geral do HUPE-UERJ’. E-mail: gracietesmar@ibest.com.br

³ Bolsista do projeto: (Re) ‘Conhecendo a clientela assistida na cirurgia geral do HUPE-UERJ’. Acadêmica de Enfermagem do 6º período da UERJ. renataarantessantos@gmail.com

⁴ Bolsista voluntária do projeto: (Re) ‘Conhecendo a clientela assistida na cirurgia geral do HUPE-UERJ’. Acadêmica de Enfermagem do 6º período da UERJ



Trabalho 123

operatório, totalizando 61 pacientes adultas que se encontravam internadas nesta unidade, onde as cirurgias mais realizadas são as de colecistectomia, herniorrafia, tiroidectomia, paratireoidectomia, colectomia, hemorroidectomia e gastrectomia. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento de Histórico de Enfermagem, no formato de checklist elaborado e padronizado pela própria Instituição, organizado de acordo os 13 Domínios da Taxonomia II da NANDA: 1- Promoção à Saúde; 2- Nutrição; 3- Eliminação e Troca; 4-Atividade /repouso; 5-Percepção/Cognição; 6-Autopercepção; 7-Papéis e Relacionamentos; 8-Sexualidade; 9-Enfrentamento/Tolerância ao Estresse; 10- Princípios da Vida; 11-Segurança/proteção; 12- Conforto; 13- Crescimento/Desenvolvimento⁽⁵⁾. Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva simples, auxiliado por um banco de dados construído em planilha de Excel. **Resultados:** No que se refere ao perfil dos 61 pacientes incluídos na pesquisa, 55% são idosos acima de 60 anos de idade, 23% pertencem a faixa etária de 50-60 anos e 22% possuem idade inferior a 50 anos. Em relação ao nível de escolaridade destacou-se o ensino médio com 73% e ensino médio fundamental com 13%. A Colelitíase foi o diagnóstico médico mais prevalente (32% dos pacientes), seguido por Tumor de Cólon e reto (30%), Colecistite (12%), Hénia (10%) Tumor Gástrico (8%) e Hiperplasia de Tireoide (8%). Os diagnósticos de enfermagem identificados no período pré-operatório foram: Ansiedade (62%), Dor aguda (52%), Percepção sensorial perturbada – visual (45%), Dentição prejudicada (40%), Nutrição desequilibrada – menos que as necessidades corporais (39%); Constipação (38%), Medo (34%), padrão de sono prejudicado (29%) e Risco para constipação (20%). Mediante a isto, com base nos diagnósticos levantados, podemos perceber que os Domínios que mais se destacaram nesta fase foram: ‘Eliminação e troca’, ‘enfrentamento/tolerância ao estresse’ e ‘Nutrição’ com 21% cada, seguido pelos domínios ‘conforto’, ‘atividade e repouso’ e ‘percepção/cognição’ com 11% cada. Os diagnósticos de enfermagem identificados no período pós-operatório foram: ‘Integridade da pele prejudicada’ (100%), ‘Risco para infecção’ (100%), ‘Deambulação prejudicada’ (90%), ‘Dor aguda’ (70%), ‘Percepção sensorial perturbada’ (45%), ‘Intolerância a atividade’ (40%), ‘Padrão de sono prejudicado’ (40%), ‘Ansiedade’ (40%) e ‘Risco de desequilíbrio do volume de líquidos’ (23%). Observa-se que alguns diagnósticos se repetem nas duas fases operatórias, como por exemplo, os diagnósticos de Dor aguda, Ansiedade, Padrão de sono prejudicado e Percepção sensorial perturbada, lembrando que podem estar relacionados a causas distintas em relação a fase pré-operatória. Mediante a isto, com base nos diagnósticos levantados, podemos perceber que os Domínios que mais se destacaram nesta fase foram: ‘Atividade e repouso’ (33%); ‘Segurança e Proteção’ (22%); ‘Conforto’ (11%); ‘Percepção/Cognição’(11%); ‘Nutrição’(11%), e ‘Enfrentamento/Tolerância ao estresse’ com 11%. **Conclusão:** Foi possível conhecer os diagnósticos de enfermagem no período pré e pós-operatório de cirurgias gerais, possibilitando aos enfermeiros que atuam nestas unidades planejar individualmente o cuidado prestado. Mediante a identificação dos diagnósticos de enfermagem nessa clientela, os enfermeiros podem propor intervenções fundamentadas e específicas, proporcionando a implementação de ações eficazes e imediatas para a resolução dos problemas identificados. Assim, este estudo fornece uma base para a implementação do processo de enfermagem paciente cirúrgico, como também 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 no ensino e na pesquisa em enfermagem. **Contribuições para a Enfermagem:** A pesquisa corrobora a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do instrumento NANDA como efetivador das ações de enfermagem na pesquisa e ensino, além de direcionar a assistência de enfermagem, fornecendo subsídios para a elaboração do plano de cuidados, implementação de intervenções, treinamento e qualificação da equipe de enfermagem. O presente estudo contribuirá para



Trabalho 123

novas pesquisas sobre o processo de enfermagem e, conseqüentemente, para o desenvolvimento técnico-científico da profissão.

Referências:

1. Paula, A.A.D.; Carvalho, E.C.C. **Ensino sobre perioperatório a pacientes: estudo comparativo de recursos audiovisual (vídeo) e oral.** Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 35-42, julho 1997.
2. Pompeo DA, Nicolussi AC, Galvão CM, Sawada NO. **Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato.** Acta Paul. Enferm. 2007; 20(2):191-198.
3. Zago MMF, Casagrande LDR. **A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: A influência cultural.** Rev. Latino-Am Enferm. 1997; 5(4):69-74.
4. Galdeano LE. Diagnósticos de Enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.
5. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/ North American Nursing Diagnosis Association; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed.2010

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Enfermagem Perioperatória, Cirurgia geral.

EIXO 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



Trabalho 124

Resumo Simples

ESTUDO DAS INTERVENÇÕES PARA PREVENÇÃO DE QUEDA EM PACIENTES NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICA E CIRÚRGICA

Cristiane Ferraz da Silva*1

Fernanda Avellar Cerqueira*2

Simone Vieira Leal*3

Introdução: A queda do paciente em qualquer faixa etária ou situação é considerado um evento adverso e, na instituição pesquisada, sua ocorrência e manejo após o evento poderão ser notificados em ficha de vigilância específica para eventos adversos. **Objetivos:** verificar as quedas de pacientes em um hospital federal no município do Rio de Janeiro no ano de 2012; caracterizar a situação do evento; verificar quais intervenções de Enfermagem descritas por Carpenito-Moyet¹ com base na NIC poderiam ser utilizadas no plano de cuidado dessa população. **Descrição metodológica:** pesquisa descritiva-exploratória. A população será composta pelos relatos de queda identificados nos livros de ordem e ocorrência dos setores avaliados de janeiro a dezembro de 2012. **Resultados:** Foram encontrados vinte relatos de queda de pacientes. Destes, oito pacientes sofreram queda da própria altura; oito sofreram queda do leito, estando cinco destes com acompanhantes; seis pacientes tiveram algum tipo de lesão após a queda; quatro pacientes foram encontrados caídos fora do leito; dois sofreram queda quando se dirigiam ao banheiro; e dois caíram no banheiro. **Intervenções possíveis para as situações descritas:** Controle do ambiente: segurança; Educação para a saúde; e Supervisão: segurança. **Conclusão:** A queda do paciente no ambiente hospitalar é um evento evitável, havendo formas de prevenção que deverão ser discutidas e trabalhadas com os diversos sujeitos envolvidos na assistência. **Contribuições:** Compreensão das causas de queda e desenvolvimento de capacitação adequada para a equipe.

Referências:

1. Carpenito-Moyet, LJ. Manual de diagnósticos de enfermagem. 13ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Fatores de Risco; Segurança do Paciente.

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

*1. Enfermeira. Residente da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), lotada no Hospital Federal da Lagoa.

*2. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Enfermeira da Educação Permanente e Coordenadora da Residência em Enfermagem no Hospital Federal da Lagoa. E-mail: enfavellar@gmail.com

*3. Enfermeira. Coordenadora Geral de Enfermagem do Hospital Federal da Lagoa.



Trabalho 125

VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO ESTADO DO TOCANTINS

Charline Souza Chagas¹

Allison Barros Santana²

Luiza Roese³

Nayara de Jesus Souza de Oliveira Lima⁴

Lordania Moura Correa⁵

INTRODUÇÃO: A prática de Enfermagem dia após dia exige maior competência, responsabilidade e compromisso por parte dos profissionais em virtude da ligação direta com o cliente no direcionamento de uma assistência integrada e contínua. Atualmente, o método utilizado para o processo cuidativo do Enfermeiro consiste na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), atividade privativa, o qual utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade¹. A Coleta de Dados é o primeiro componente do processo e consiste no levantamento de dados deliberados e sistematizados, objetivando delinear o perfil do estado de saúde do cliente, família e comunidade². Dessa forma, o objetivo do estudo foi validar um Instrumento de Coleta de Dados na Unidade Canguru de uma Maternidade Pública no Estado do Tocantins. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa metodológica de validação de conteúdo^{3,4}, realizada na Unidade Canguru de uma maternidade Pública no Estado do Tocantins, no período de outubro a dezembro de 2012. Os dados foram coletados por meio da análise do Instrumento de Coleta de Dados, (dividido em sessões) pelos enfermeiros da maternidade. Cada sessão foi avaliada conforme a escala Likert⁴ de cinco pontos. Para as pontuações abaixo de três, cabia aos enfermeiros avaliadores deixarem alguma ressalva como contribuição e melhoria do Instrumento a ser validado; após, os dados foram analisados descritivamente. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Participaram do estudo sete enfermeiros. As sessões, assim descritas: identificação dos pais e RN, identificação e dados maternos, dados do RN, histórico da primeira etapa (relacionada ao período de internação antes da admissão na Unidade Canguru), exame físico do RN (sinais vitais, sistema tegumentar, cabeça e pescoço, boca e mucosa, sistemas neurológico, respiratório, cardiovascular e gastrointestinal) e binômio mãe-filho, foram analisadas separadamente pelos enfermeiros e pontuadas conforme escala Likert⁴. As sessões de um a quatro (identificação dos pais e RN; identificação e dados maternos; dados do RN e Histórico da 1ª etapa) foram pontuadas por três enfermeiros como não importantes. Segundo os enfermeiros, o Instrumento de Coleta de Dados utilizado deve estar acompanhado ao fluxo do prontuário do RN em todos os setores que o mesmo permanecer, do nascimento à alta; porém a integração dos pais aos cuidados com o RN possibilita uma assistência humanizada, só sendo possível a partir do conhecimento dos mesmos⁵, assim como uma assistência individualizada, primando pela necessidade do paciente. As demais sessões foram consideradas extremamente importantes pelos avaliadores.

¹Discente do 8º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins, Membro LASAE; charline.schagas@hotmail.com;

²Enfermeiro.Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Católica de Goiás/PUC; Professor da Universidade Federal do Tocantins, Orientador LASAE;

³Discente do 8º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins, Membro LASAE;

⁴Discente do 7º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins, Membro LASAE;

⁵Discente do 7º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins, Membro LASAE;

*Pesquisa desenvolvida em parceria com a Liga Acadêmica em Sistematização da Assistência de Enfermagem – LASAE/UFT.



Trabalho 125

CONCLUSÃO: O Instrumento de Coleta de Dados para a Unidade Canguru foi validado, após análise criteriosa dos avaliadores e adaptado conforme ressalvas feitas nas sessões consideradas não importantes. Este estudo servirá de base para outros, tendo em vista que há poucas pesquisas envolvendo à SAE e a unidade Canguru.

Descritores: Enfermagem; Enfermagem Neonatal; Coleta de Dados.

Eixo temático: Eixo 2 – Assistência de Enfermagem

Referências:

- 1- Conselho Federal de Enfermagem, COFEN. **Resolução N° 358 de 15 de Outubro de 2009:** dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências; COFEN, 2009;
- 2- Cianciarulo, TI; Gualda, DMR; Malleiro, MM; Anabuki, MH. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências.** 5ª edição. São Paulo: Ícone, 2012;
- 3- Polit DF, Hungler BF. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem.** 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000;
- 4- Seganfredo DH, Almeida MA. Validação de Conteúdo de resultados de Enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 19(1):[08 telas], jan-fev 2011;
- 5- Borck, M. Método Canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de Adaptação de Roy. **Esc Anna Nery** (impr) 2012 abr-jun; 16(2):263-269.



Trabalho 126

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ADULTO: COMPROMISSO PROFISSIONAL E SOCIAL

Elaine Cristina Novatzki Forte¹, Kamylla Santos da Cunha², Carolina Kahl³, Erika Simas Ebsen⁴

Introdução: a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) oportuniza ao enfermeiro a organização e sistematização da prática assistencial, conjugando pensamento crítico e cuidado individualizado a partir das necessidades do paciente, ultrapassando o paradigma ainda vigente do modelo biomédico centrado na doença⁽¹⁾. O Processo de Enfermagem (PE) é realizado por meio de ações sistematizadas e inter-relacionadas que buscam assistir integralmente ao ser humano. Caracterizado pelo dinamismo contínuo de suas fases⁽²⁾, o PE possibilita ao enfermeiro a tomada de decisões através da articulação entre o fazer técnico e o saber científico⁽³⁾. O surgimento das teorias de enfermagem em 1950 colaborou para a construção de um corpo específico de conhecimentos, subsidiando a sistematização da assistência. Assim, para a eficácia da implementação da SAE, o enfermeiro deve estar pautado em uma teoria de enfermagem que seja condizente com o contexto dos indivíduos, do ambiente organizacional e ambiental⁽⁴⁾. No Brasil, o referencial teórico mais utilizado na Sistematização da Assistência de Enfermagem é a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta⁽²⁾. A sistematização da assistência ganha mais força com a Resolução COFEN nº 358/09, que estabelece o Processo de Enfermagem como modelo de sistematização do cuidado, organizando-o em cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, buscando refletir sobre a importância desta atividade para o cuidado. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de caso clínico realizado durante o estágio curricular da disciplina “O Cuidado no Processo de Viver Humano I” do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O cenário do estudo foi uma unidade de internação de clínica médica de um hospital público do Sul do Brasil. Utilizou-se como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas⁽²⁾, aplicando-se os diagnósticos de enfermagem da NANDA⁽⁵⁾. O processo de enfermagem foi realizado durante o mês de junho de 2012. Todos os aspectos que envolvem este trabalho estão de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados: Histórico:** M. O. V. P., feminino, 57 anos, católica, casada, mãe de dois filhos. Reside com esposo, filhos e um neto.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (PRÁXIS/PEN/UFSC). Email: naneforte@yahoo.com.br

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. Bolsista da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Universitário. Bolsista voluntária do Programa de Iniciação Científica da UFSC. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES) do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Email: kamyllacunha@hotmail.com

³ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. Bolsista do Projeto Ninho Membro do NUPEQUIS - Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina. Email: carolinakahl@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Mestranda do PEN/UFSC. Bolsista CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR/PEN/UFSC). Email: erikaebesen@gmail.com



Trabalho 126

Trabalha como doméstica em casa de família. Chegou à emergência do hospital com fortes dores no peito, acentuadas ao caminhar, dor no braço esquerdo, tontura, náusea, tosse, dor de cabeça, dor no corpo e nas pernas. Diagnosticada com Síndrome Coronariana Aguda. É hipertensa e diabética. Foi transferida para uma unidade de clínica médica onde ficou internada. Permanece deitada no leito, mas consegue se alimentar e deambular sem auxílio. Acorda várias vezes durante a noite devido à falta de ar ou necessidade de ir ao banheiro. Afirma ter medo de depender de cadeira de rodas para se locomover, de “ficar vegetando” na cama ou de ficar cega, devido às complicações do diabetes. Não realiza atividade física. Elogia o tratamento recebido no hospital e está conformada com a internação, adaptando-se bem à mudança de rotina. Nega etilismo, ex-tabagista há 20 anos. Falta de dentes, não usa prótese dentária, nega problemas de mastigação. Ingesta diária de 3 litros de líquidos (água, suco e café), aceitando totalmente a dieta oferecida pelo hospital. Eliminações intestinais e vesicais presentes. Paciente lúcida, orientada e comunicativa. Pele normocorada, anictérica, turgor cutâneo preservado. Ventilando espontaneamente, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares bilaterais presentes, sem ruídos adventícios, FR 15-18 mrpm, saturação de O₂ 92-97%. Ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas em dois tempos, FC: 52-57 bpm, PA: 130/70-176/80 mmHg., Tax: 36,2-36,3°C. Glicemia capilar 140-172 mg/dL. Equimoses em MMSS. Edema MMII: +/++++. Dados antropométricos: peso 85 Kg; altura 1,57 m; IMC: 34,48. Achados laboratoriais: troponina 0,07-0,12 ug/l, CK-MB 42 U/l. Exames: ecodopplercardiografia mostrando disfunção diastólica ventricular E, hipertrofia VE, calcificação de valva aórtica e valva mitral; coronariografia mostrando obstruções em coronárias D e E. Medicamentos em uso: hidroclorotiazida, clopidogrel, atenolol, enalapril, anlodipina, plasil, ranitidina, insulina, sinvastatina, monocordil, isordil. **Diagnósticos:** Os principais diagnósticos de enfermagem elencados foram “débito cardíaco diminuído”, “risco de infecção”, “medo”, “ansiedade”, “padrão do sono prejudicado”, “risco de perfusão tissular cardíaca diminuída” e “risco de glicemia instável”, “volume de líquidos excessivo”, “integridade da pele prejudicada”, “independente para o autocuidado”. **Planejamento:** foi elaborado a partir dos diagnósticos de enfermagem, visando os resultados desejados através de intervenções de enfermagem. O plano de cuidados incluiu medidas preventivas para infecções, alterações de pressão arterial e de glicemia, e diálogo aberto entre profissional a paciente. **Implementação:** foram realizadas as intervenções definidas no planejamento com a equipe de enfermagem. **Avaliação:** através da avaliação das ações de enfermagem foi possível perceber melhora da situação saúde-doença da paciente, principalmente dos fatores emocionais, e instrumentalização informacional através de ações progressivas de educação em saúde voltadas para a alta. **Análise e Conclusão:** pode-se perceber que a sistematização da assistência de enfermagem revelou-se essencial para o desenvolvimento do plano de cuidados, observando-se transformações positivas no estado de saúde-doença da paciente. A articulação do conhecimento crítico e científico, além de garantir a eficácia e resolutividade das ações de cuidado, reflete também o compromisso ético e social do enfermeiro no cuidado das pessoas, que esperam do enfermeiro um cuidado individualizado, humanístico e resolutivo. **Contribuições para a Enfermagem:** a utilização da sistematização da assistência de enfermagem contribui não somente com a visibilidade profissional e consolidação do *corpus* de fazeres e saberes enfermagem, mas é também compromisso ético da profissão para com sociedade e a vida.

Descritores: Enfermagem, Processo de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem.



Trabalho 126

REFERÊNCIAS

- 1 Potter PA; Perry AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan; 2007.
- 2 Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.
- 3 Barros IBL; Lopes JL. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 2010; 1(2): 63-65.
- 4 Alcântara MR; Silva DG; Freigerger MF; Coelho MPPM. Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Cie Fac Edu Mei Amb*, 2011, 2(2):115-32.
- 5 North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eixo Temático: Assistência de Enfermagem.



Trabalho 127

PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CONSULTA DE PRÉ-TESTE DE HIV EM CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

Elaine Cristina Novatzki Forte¹; Rafaela Dutra Nunes²; Ângela Maria Alvarez³; Ana Paula Trombetta⁴

Introdução: a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) contribui para ultrapassar o paradigma ainda vigente do modelo biomédico, influenciado pelo modo cartesiano de fazer saúde, centrado na doença e na debilidade. A SAE oportuniza ao enfermeiro a organização da prática assistencial, aliando pensamento crítico e cuidado individualizado a partir de todas as necessidades do paciente⁽¹⁾. O Processo de Enfermagem (PE) é caracterizado pelo dinamismo contínuo de suas fases e é realizado com vistas a assistir integralmente ao ser humano por meio de ações sistematizadas e inter-relacionadas. Para garantir a eficácia na implementação da SAE no cotidiano dos serviços de saúde, o enfermeiro deve pautar-se em uma teoria de enfermagem pertinente ao contexto dos indivíduos e do ambiente em que vivem e serão assistidos⁽²⁾. A SAE tem maior impacto a partir da Resolução COFEN nº 358/09, que estabelece o Processo de Enfermagem como modelo de sistematização do cuidado, organizando-o em cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação⁽⁴⁾. Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) são serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, em que é possível realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. O usuário tem direito a passar por uma sessão de aconselhamento (individual ou coletivo) e o aconselhamento é uma ação de prevenção que tem como objetivos oferecer apoio emocional ao usuário, esclarecer suas informações e dúvidas sobre DST e HIV/AIDS e, principalmente, ajudá-lo a avaliar os riscos que corre e as melhores maneiras que dispõe para prevenir-se. O aconselhamento é realizado durante a consulta de enfermagem, oferecendo uma excelente oportunidade de sistematizar a assistência nos CTAs. **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na realização do Processo de Enfermagem em consultas de pré-teste de HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento do sul do Brasil. **Metodologia:** trata-se de um relato de

¹ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa PRAXIS: trabalho, cidadania, saúde e enfermagem. Bolsista CNPq. Professora Substituta da Universidade Federal de Santa Catarina. Email: naneforte@yahoo.com.br

² Acadêmica da 4ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Email: rafaeladnunes@hotmail.com

³ Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Associada da Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Grupo de Pesquisa GESPI - Grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas. Email: angela.alvarez@ufsc.br

⁴ Enfermeira do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa PRAXIS: trabalho, cidadania, saúde e enfermagem. Email: ana_trom@yahoo.com.br



Trabalho 127

experiência de caso clínico realizado durante o estágio curricular da disciplina “O Cuidado no Processo de Viver Humano II” do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O cenário do estudo foi um Centro de Testagem e Aconselhamento situado dentro de uma Policlínica do sul do Brasil. Adotou-se como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas⁽³⁾, aplicando-se os diagnósticos de enfermagem da NANDA⁽⁵⁾. O processo de enfermagem foi realizado durante o mês de maio de 2013. Todos os aspectos que envolvem este trabalho estão de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:**

Histórico: M.A.L.V., 37 anos, raça branca, religião católica não praticante. Natural do Uruguai, mas reside em Florianópolis (SC) há 11 anos, trabalha como faxineira em casas de família, com carteira assinada. Possui o ensino médio completo. Tem uma relação estável há 16 anos e tem 2 filhos. Procurou o CTA para fazer os exames de HIV, Sífilis e Hepatites B e C. Consciente e comunicativa. Eupnéica em ar ambiente, hidratada e corada, pele íntegra. Na higienização bucal paciente relata que compartilha escova de dente com o marido. Lava a calcinha no chuveiro e deixa para secar no box. Não faz uso de óculos, aparelhos auditivos ou odontológicos. Paciente relata descontentamento com problemas sexuais, não faz uso de preservativos, falta de libido e de lubrificação. Atividade sexual cerca de uma vez na semana. Teve uma relação extraconjugal sem preservativos. Não faz exames ginecológicos há cerca de 3 anos. Paciente insegura emocionalmente devido à relação extraconjugal que teve, sente-se culpada e imagina que seu parceiro também seja capaz do mesmo. Relata não receber muito afeto do parceiro e sim dos filhos. Possui uma boa aceitação de sua imagem e auto realização, porém baixa autoestima. Não sabe dizer o que irá fazer caso o exame HIV der positivo, se matar talvez. Comunicativa com bastante sotaque espanhol. Fez muitas perguntas e questionamentos em relação às DST, preservativos e contou muitos detalhes sobre sua vida. Suas recreações estão em ficar com a família, ver televisão, passeios e rever a família quando possível no Uruguai. **Diagnósticos:** Autocontrole ineficaz da saúde; Comportamento de saúde propenso a risco; Conhecimento deficiente; Desesperança; Baixa autoestima situacional; Disfunção sexual; Medo; Risco de Suicídio; Risco de Contaminação. **Planejamento:** foi elaborado a partir dos diagnósticos de enfermagem, visando os resultados desejados através de intervenções de enfermagem. O plano de cuidados incluiu diálogo aberto entre profissional e paciente, instruindo medidas preventivas para infecções, cuidados corporais, apoio psicológico e emocional, realização dos exames de sorologia e aconselhamento com preparo para um possível resultado positivo. **Implementação:** foram realizadas as intervenções definidas no planejamento com a enfermeira. **Avaliação:** a avaliação consistiu no retorno da paciente para a consulta de pós-teste para receber os resultados dos exames e na melhoria das informações acerca das doenças sexualmente transmissíveis (DST), modo de transmissão/contágio e importância do sexo seguro, constituindo assim, a instrumentalização informacional através de ações progressivas de educação em saúde. **Análise e Conclusão:** a SAE revelou-se um importante instrumento para o desenvolvimento do plano de cuidados no Centro de Testagem e Aconselhamento, favorecendo a articulação entre os saberes práticos e científicos, para garantir a eficácia



Trabalho 127

e resolutividade das ações de cuidado, bem como o retorno do paciente para o aconselhamento. A sistematização reflete também o compromisso ético do enfermeiro no cuidado às pessoas que, possivelmente, tenham contraído alguma DST. **Contribuições para a Enfermagem:** a implementação da SAE nos Centros de Testagem e Aconselhamento contribui para a visibilidade da profissão nesses serviços de saúde, sendo que o exercício da enfermagem é fundamental para a promoção, prevenção e tratamento de DSTs.

Descritores: Enfermagem, Processo de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem.

Eixo II: Assistência em Enfermagem

Referências

- 1 Potter PA; Perry AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan; 2007.
- 2 Alcântara MR; Silva DG; Freigerger MF; Coelho MPPM. Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. Rev Cie Fac Edu Mei Amb, 2011, 2(2):115-32.
- 3 Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.
- 4 COFEN. Resolução COFEN 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <<http://novo.portalcofen.gov.br/index.php?s=358%2F2009>>=>. Acesso em: 07 de jun 2012.
- 5 North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.



Trabalho 128

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE VALVULOPATA COM ARRITMIA E REAÇÃO ADVERSA MEDICAMENTOSA

Daniele Geane Conceição do Nascimento¹
Romulo Lima Prado Godinho¹
Saula Arêas Santos¹
Victória de Santa Rosa Neumann¹
Renata Flavia Abreu da Silva²

INTRODUÇÃO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui atualmente meta dos serviços de saúde de forma a possibilitar a tomada de decisão do enfermeiro, por meio do Processo de Enfermagem, em seu cotidiano assistencial com vistas a garantir a sua cientificidade, qualidade e segurança¹. O Processo de Enfermagem possibilita implantar uma teoria na prática assistencial e é composto pelas seguintes etapas: Investigação, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação¹. A SAE constitui estratégia para estimular o raciocínio clínico durante o processo de formação profissional em nossa graduação. Isso possibilita-nos a sua aplicação em nosso cotidiano assistencial em ambiente hospitalar durante período de realização de atividades teórico-prática denominado Ensino Prático em atendimento aos objetivos da disciplina Atenção a Saúde do Adulto e Idoso. Devido ter sido utilizado com campo prático uma instituição hospitalar especializada em cardiologia, tivemos contato com pacientes cardiopatas e em específico com doenças valvares. Dentre tais patologias observamos a valvulopatia mitral a qual é definida como a presença de um fluxo sistólico retrógrado do ventrículo esquerdo para o átrio esquerdo. É causada geralmente por febre reumática, endocardite bacteriana, degeneração mixomatosa, disfunção da válvula provocada por doença ou ruptura da cordoalha tendinosa causadas por infarto do miocárdio e ainda por tumores do coração. Pacientes acometidos por tal patologia devem ser operados quando as manifestações clínicas limitam as suas atividades. As cirurgias variam desde operações de urgência, reparos nas válvulas ou cordoalha subvalvular até a troca total da válvula por uma próstética. No período de pós-operatório de cirurgia cardíaca algumas complicações são esperadas, dentre elas as arritmias ou ritmos anormais do coração que são distúrbios cardíacos comuns e podem causar sérios riscos. As arritmias são caracterizadas pela alteração da frequência ou ritmo dos batimentos cardíacos e podem ocorrer por várias razões². Durante o período de realização das atividades do Ensino Prático vivenciamos uma situação com um paciente em pós-operatório mediato de substituição valvar que apresentou uma arritmia que foi diagnosticada durante exame físico realizado pelo seu médico responsável. Após a monitorização eletrocardiográfica, verificou-se elevada frequência cardíaca, em torno de 160 bpm, impossibilidade de identificação da onda P e presença de QRS estreito, não constituindo, portanto, uma situação de emergência, principalmente pela ausência de repercussões hemodinâmicas. Desencadeou-se posteriormente a seguinte situação: após receber medicamentos para controlar e tratar a arritmia, inicialmente uma taquicardia, o paciente apresentou uma bradicardia, desta vez com repercussão hemodinâmica. Devido à experiência ter nos proporcionado o vislumbre acerca da importância da monitorização da reação adversa a medicamentos, com vistas a prevenir eventos adversos, pareceu-nos cabível a elaboração de uma SAE baseada na situação visualizada.

¹ Acadêmicos de Enfermagem do 6º período. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem e Biociências. Programa de Pós-graduação da UNIRIO. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO.



Trabalho 128

OBJETIVO: Descrever a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente valvulopata com arritmia e reação adversa medicamentosa.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA: Constitui estudo de caso, com abordagem qualitativa, elaborado a partir da proposta sobre roteiro instrucional elaborado, a partir de questão norteadora: Como ocorre a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente valvulopata com arritmia e reação adversa medicamentosa? Faz-se necessária a descrição da situação: paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca para substituição valvar apresentando uma arritmia no período mediato, sendo implementado tratamento com medicamentos betabloqueadores adrenérgicos e antiarrítmicos, sendo desencadeada uma reação adversa medicamentosa. A Teoria de Watson foi utilizada como fundamentação teórica para coleta de dados e para a implementação do Processo de Enfermagem foi utilizada a taxonomia II NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*, NIC – *Nursing Intervention Classification* e NOC – *Nursing Outcomes Classification*, para os diagnósticos, intervenção e resultados, respectivamente.

RESULTADOS: Após a coleta dos dados realizada pelos próprios pesquisadores, mediante a leitura do prontuário do paciente e observações diárias, foi traçada a SAE a ser implementada em dois momentos: no diagnóstico da arritmia e em resposta à reação adversa medicamentosa. Os Diagnósticos de Enfermagem considerados para o primeiro momento foram: Risco de choque relacionado à hipotensão e hipovolemia; Risco de perfusão cardíaca prejudicada relacionada ao desequilíbrio entre ventilação/perfusão, alteração do fornecimento de sangue e alteração da capacidade de transportar oxigênio no sangue; Risco de perfusão cerebral ineficaz relacionado à doença valvar e arritmia; Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz relacionado à doença vascular e função ventricular esquerda comprometida; Risco de perfusão renal ineficaz relacionado à hipovolemia e cirurgia cardíaca. Os medicamentos utilizados foram: ao apresentar o episódio de arritmia o paciente recebeu duas ampolas de 5mg de metoprolol, betabloqueador adrenérgico, e no momento em que foi constatada a não estabilização da taquicardia foi prescrito e administrado outro antiarrítmico, a amiodarona⁵. Devido à repercussão hemodinâmica relacionada à bradicardia apresentada, foram traçados os seguintes diagnósticos: Débito cardíaco diminuído relacionado à alteração na frequência ou no ritmo cardíaco e alteração no volume ejetado; Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada a conhecimento deficiente quanto ao processo da doença.

CONCLUSÃO: O presente estudo nos possibilitou a identificação dos problemas de Enfermagem e a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a um paciente que sofreu episódios de arritmia em seu período de pós-operatório mediato após substituição valvar. Observaram-se também suas particularidades nos dois momentos, no primeiro momento foi observado o episódio de arritmia e no segundo momento, após a administração dos fármacos, a reação adversa medicamentosa e suas implicações.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem foi possível priorizar dinamicamente seus problemas encontrados no paciente, com o objetivo de solucioná-los, primeiramente relacionado ao diagnóstico de risco e posteriormente em diagnósticos reais, buscando a potencializar sua recuperação.

REFERÊNCIAS:

1. Tannure MC, Gonçalves AMP, Carvalho DV. O Processo de Enfermagem. In: Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. 2. ed. Ri de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
2. Enriquez-Sarano M, Akins CW, Vahanian A. Mitral regurgitation. *Lancet*, 2009. 373(9672): p. 1382-94.
3. Frownfelter D, Dean E. Fisioterapia Cardiopulmonar – princípios e práticas. 3ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.



Trabalho 128

4. Galdeano LE, Rossi LA, Zago MMF. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho; 11(3):371-5.
5. OPIE, H.L.; GERSCH, B.J. Fármacos em Cardiologia. 6 ed. Rio de Janeiro: DiLivros, 2007.

DESCRITORES: processo de enfermagem, arritmias cardíacas, toxicidade de drogas.

EIXO TEMÁTICO: Assistência de Enfermagem



Trabalho 129

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO VIVER DO PACIENTE COM CÂNCER

PIOLLI, Kelly Cristine¹; SANTOS, Noely Cibeli dos²; FONSECA, Elieth Lessa³

Introdução. O Câncer configura-se atualmente como um problema de saúde pública no Brasil, uma vez que está entre as doenças crônico-degenerativas e estas possuem sua incidência elevada devido o aumento da expectativa de vida¹. Com o crescente aumento de sua incidência é necessário pensar em meios adequados para atender esse público fragilizado. A assistência de enfermagem ao paciente oncológico deve ser diferenciada, pois além da patologia existe o preconceito da doença, o prognóstico desconhecido, o medo da morte, ansiedade, mas também a vontade de viver². A enfermagem deve atentar-se não somente ao visível, mas ir além dos aspectos físicos da doença, usando da subjetividade, da empatia e do amor no cuidado ao paciente oncológico³. Evidencia-se a importância da humanização da assistência de enfermagem, principalmente a de pacientes oncológicos. Precisamos muito mais que habilidades técnicas ou científicas. Precisamos de atitudes individuais de solidariedade, compreensão, respeito ao próximo, as suas limitações, dor e sofrimento, perseverança, à vida e à morte¹. Considerando o contexto vivenciado pelo paciente oncológico, que permeia-se de desafios ao cuidado, entende-se ser imprescindível um instrumento eficaz para o cuidar, que permita conhecer e atender melhor o paciente e suas necessidades. Percebendo essa realidade, cada vez mais presente, destaca-se o Processo de Enfermagem, onde o cuidado é realizado de forma sistemática, dinâmica, humanizada e por meio dele é possível obter melhores resultados⁴. **Objetivo** O objetivo dessa pesquisa é compreender a vivência do paciente oncológico a partir da eleição dos diagnósticos de Enfermagem. **Metodologia** Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, tendo como cenário de estudo a Casa de Apoio da Rede Feminina de Combate ao Câncer de Maringá. Conforme a Resolução 196/96, o Projeto de Pesquisa foi avaliado e aprovado (protocolo de pesquisa 0135/11). Todos os pacientes entrevistados tiveram pleno conhecimento sobre os objetivos da pesquisa, e do sigilo das respostas, sendo que os dados poderiam ser utilizados para publicação dentro dos padrões éticos. Após esclarecimento, os pacientes de acordo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nove pacientes foram acompanhados continuamente através da observação participante, durante dois meses, no ano de 2011. A coleta sistemática dos dados foi realizada por meio das entrevistas, dirigidas individualmente aos pacientes, com questões variadas entre objetivas e subjetivas. Todos os pacientes entrevistados foram estimulados a transmitir abertamente as informações para a determinação de seu estado de saúde atual e passado, o estado funcional, desafios e sentimentos, através de uma conversa terapêutica informal. Os dados obtidos por meio da observação participante foram registrados em um diário de campo e relatadas as situações mais pertinentes à pesquisa. Os diagnósticos de enfermagem encontrados foram agrupados de acordo com seus padrões alterados e com as características definidoras de cada diagnóstico. **Resultados.** De acordo com a experiência apreendida de cada paciente, segue todos os diagnósticos encontrados, conforme seu padrão de saúde alterado: **Padrão alterado: Enfrentamento/tolerância ao estresse. Diagnósticos de Enfermagem:** Medo relacionado aos efeitos percebidos, imediatos ou de longa duração da doença. Medo relacionado à dor. Disposição para enfrentamento familiar aumentado. Enfrentamento familiar comprometido relacionado à crise situacional que a pessoa significativa pode estar enfrentando. Ansiedade

1. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UEM. Docente na Faculdade Adventista Paranaense.
2. Enfermeira. Mestre. Diretora Acadêmica e Docente na Faculdade Adventista Paranaense.
3. Enfermeira. Mestre. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem e Docente na Faculdade Adventista Paranaense. Email: eliethfonseca@hotmail.com



Trabalho 129

relacionada à antecipação do impacto da própria morte sobre os outros. Ansiedade relacionada à ameaça real ou percebida à integridade biológica secundária a doença. **Padrão alterado: Princípios da Vida Diagnósticos de Enfermagem:** Disposição para bem-estar espiritual aumentado. **Padrão alterado: Conforto. Diagnósticos de Enfermagem:** Dor aguda relacionada a agentes lesivos radioterápicos. **Padrão alterado: Promoção da Saúde. Diagnósticos de Enfermagem:** Disposição para controle aumentado do regime terapêutico. **Padrão alterado: Auto Percepção. Diagnósticos de Enfermagem:** Baixa autoestima situacional relacionado a distúrbio da imagem corporal. Distúrbio na imagem corporal relacionado a mudanças devido doença. **Padrão alterado: Atividade/Repouso Diagnósticos de Enfermagem:** Insônia relacionada ao medo devido doença. **Padrão alterado: Nutrição Diagnósticos de Enfermagem:** Nutrição alterada: Menos do que as necessidades corporais relacionados à diminuição da ingestão oral, ao desconforto da boca, a náuseas e a vômitos secundários à quimioterapia. Destacamos que o grupo de pacientes acompanhados apresentou treze diagnósticos de Enfermagem, divididos nos Padrões: Enfrentamento/tolerância ao estresse, Princípios da Vida, Conforto, Promoção da Saúde, Auto Percepção, Atividade/Repouso e Nutrição. Desses sete padrões de Saúde, o Padrão Enfrentamento/Tolerância ao estresse obteve seis diagnósticos diferenciados. Consequentemente, evidenciado como o padrão de saúde com maiores repercussões nesses pacientes, ou seja, os que resultaram em mudanças mais significativas após a doença. Aqueles pacientes que receberam essa atenção especial e carinho tanto por parte dos familiares como amigos, companheiros de dor, da Casa de Apoio e pelos Profissionais da Saúde, eram percebidos nitidamente, pelo semblante mais tranquilo, pelo sorriso mesmo às vezes sentindo dor, pelas palavras de esperança, que eles mesmos transmitiam, e consequentemente esses eram os que apresentavam outros Diagnósticos de Enfermagem, porém diagnósticos positivos, de Bem-Estar, como a Disposição para o Regime Terapêutico, mas principalmente e de uma forma mais marcante a Disposição para bem-estar espiritual aumentado. Sendo na maioria deles Católicos, Evangélicos, ou praticantes de algum tipo de espiritualidade, aqueles que já apresentavam essa característica espiritual, sendo tementes a Deus, não desanimaram em sua fé, mesmo muitas vezes não entendendo as razões da doença, permaneceram ou aumentaram a sua busca por Deus, tentando encontrar esperança, motivação, cura, e consolo, para aqueles que estavam bem debilitados ou sem apoio das pessoas amadas. Outros que antes não tinham essa aproximação espiritual perceberam o quanto precisavam de Deus, o quanto precisavam de esperança. **Conclusão.** Percebemos que individualmente cada paciente apresenta a sua singularidade, mas analisando o contexto do sofrimento vivenciado, evidenciamos as suas semelhanças. Através dos Diagnósticos de Enfermagem conseguimos compreender algumas de suas características e reações frente à doença. Evidencia-se a importância dos Diagnósticos e do Processo de Enfermagem possibilitando o conhecimento mais profundo e individualizado do ser a qual cuidamos, de maneira a proporcionar um caminho para a ação da equipe profissional, e consequentemente refletir em uma melhor assistência de Enfermagem. **Referências** (1) SENA, E.L.S. et al. Percepção de familiares sobre o cuidado à pessoa com câncer em estágio avançado. **Texto Contexto Enferm.** 2011; 20(4): 774-81. (2) LEITE, Rita de Cássia Burgos de Oliveira. Assistência humanizada de enfermagem ao paciente oncológico. In: MOHALLEM, A. G. da C.; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem Oncológica;** Edição Brasileira; Barueri/São Paulo, Manole, 2007. (3) SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C.; Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm** 2011; 24(2): 172-8. (4) ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do Processo de Enfermagem, Promoção do Cuidado Colaborativo.** 5 ed., Porto Alegre/RS, Artmed, 2005.

[Digite texto]



Trabalho 129

Descritores: Cuidados de enfermagem. Diagnósticos de Enfermagem. Enfermagem Oncológica.

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

[Digite texto]



Trabalho 130

RISCO DO OLHO SECO: UMA REFLEXÃO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA TERAPIA INTENSIVA

Fabiane Rocha Botarelli¹, Allyne Fortes Vitor², Marcos Antônio Ferreira Júnior³, Suênia Xavier Mesquita⁴, Rafaela Silva de Oliveira⁵.

Introdução: Os pacientes gravemente enfermos internados em UTI estão em risco para o desenvolvimento de lesão ocular, definida como um processo inflamatório ou infeccioso que acomete desde camadas superficiais até as mais profundas do globo ocular (1). Estudos evidenciam que em virtude da alta tecnologia vinculada à prática do cuidar, cuidados básicos de enfermagem como a higiene e a proteção ocular são negligenciados no contexto dos cuidados intensivos, predispondo o paciente a danos e iatrogenias oftálmicas (2). Em um espaço dominado por tecnologias duras, é determinante a organização do trabalho da enfermagem pelo Processo de Enfermagem como um instrumento metodológico que guia a prática profissional, fundamental na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Referente à etapa de diagnóstico de enfermagem, têm-se como um dos mais notáveis e utilizados em nosso meio, o sistema de classificação da NANDA Internacional e para nesta temática, a taxonomia NANDA II, no domínio segurança e proteção, incluiu um novo diagnóstico de “Risco de olho seco” o que desperta não só a enfermagem como toda equipe multiprofissional para esta problemática, especialmente nos fatores de risco envolvidos e na busca por estratégias de prevenção baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. **Objetivo:** refletir sobre o diagnóstico de enfermagem “Risco do olho seco” e seus fatores relacionados para o desenvolvimento de lesão na córnea em pacientes críticos e sua relação com a prática do cuidar da enfermagem. **Descrição metodológica:** Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa, que permite a análise crítica e apreciação reflexiva da produção científica publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas, com o objetivo de descrever e discutir o assunto sob o ponto de vista contextual em dois eixos de análise e reflexão. **Resultados:** Eixo 1: A ocorrência da lesão na córnea nos pacientes críticos e os fatores de risco no contexto dos cuidados intensivos: as alterações encontradas na córnea podem associar-se a múltiplos fatores, sendo o mais relevante a exposição dos olhos decorrente da perda dos mecanismos naturais de proteção ocular (2,3). Na UTI de adultos, a queratopatia por exposição é a mais prevalente dentre as afecções por perda das defesas inatas dos olhos, o que torna susceptível à infecção oportunista por agentes microbianos (4). O incompleto fechamento palpebral, edema palpebral, edema conjuntival por fixação exagerada do tubo endotraqueal, distúrbios hidroeletrólíticos, reflexo de piscar dos olhos abolido, sedação, retenção de líquidos, translocação bacteriana do trato respiratório para os olhos durante aspiração traqueal, intubação traqueal, redução do nível de consciência relacionado à baixa pontuação na Escala de Glasgow, ventilação mecânica, distúrbios metabólicos, alto fluxo de oxigênio por máscaras faciais, relaxante musculares e medicamentos que diminuem a produção lacrimal, posição prona associada ao edema facial e conjuntival e tempo de permanência em UTI são fatores relevantes para ocorrência desta lesão (2,3). Assim, estão mais susceptíveis à desidratação da córnea, abrasão, perfuração e infecção, e dependentes de cuidados para manter a integridade da superfície ocular. A incidência da lesão na córnea nos pacientes internados na UTI varia amplamente de 3% a 60% e, no Brasil, 59,4% desenvolveram a lesão com tempo médio de 8 a 9 dias de internação (3). Estudos mostram que a abrasão corneana pode desenvolver-se entre 48 horas a uma semana, com risco elevado de infecções e podendo evoluir em casos mais graves para ulcerações¹⁶. As úlceras de córnea são lesões oculares extremamente graves que podem causar um grande impacto social e econômico na vida do paciente, uma vez que pode levar a sequelas, desde o comprometimento visual parcial à perda total da visão. Além disso, em potenciais doadores, a ausência desses cuidados pode resultar na perda da córnea. Eixo 2: A prevenção de lesões oculares baseada na melhores evidências científicas disponíveis: A avaliação do grau de exposição do globo ocular é de extrema relevância para nortear as condutas.

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente I. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: fabibotarelli@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Vice-líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: allyne@ufrnet.br

³Enfermeiro. Doutor em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Professor Adjunto I. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: marcosjunior@ufrnet.br

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente I. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: sueniamesquita@yahoo.com.br

⁵Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: rafaelaoliveira.enf@gmail.com.



Trabalho 130

Desenvolveu-se um algoritmo que avalia o grau desta exposição ocular e norteia as condutas de acordo com sua gravidade. Sugere-se a instilação de lubrificante ocular em cada olho durante o período de 1 a 4 horas associada à oclusão palpebral por uma fita específica que garanta o fechamento eficaz das pálpebras. Em outro ponto, avalia-se a possibilidade de inflamação ou infecção na conjuntiva ocular por meio da identificação de sinais como secreção e vermelhidão nos olhos. Caso detectado, recomenda-se realizar coleta de amostra para cultura através de swab conjuntival e informar aos médicos para medidas específicas (1). Outros estudos discutem sobre o emprego de pomadas, lubrificantes, adesivos que realizam o fechamento mecânico das pálpebras, gazes embebidas com solução salina ou água estéril, limpeza ocular e até mesmo o uso de óculos de natação com a finalidade da manutenção do meio úmido da superfície ocular. Entretanto, todos apóiam que os mecanismos para o fechamento palpebral associado aos lubrificantes e pomadas, têm sido mais favoráveis do que unicamente a limpeza ocular (5). Os cuidados oculares foram distribuídos em 4 categorias baseadas nas melhores evidências: a higiene do olho visando remover quaisquer detritos mediante limpeza normal com solução salina; prevenção dos olhos secos por instilação tópica de lágrimas artificiais de metilcelulose ou hipromelose ou uso de lubrificantes como pomadas e lacrilube e coberturas de polietileno e o filme plástico transparente para o fechamento das pálpebras. Resultados de estudos mostraram que a implementação de cuidados oculares quando seguidos corretamente reduziram de 42,7 % para 8,7% a taxa de lesões oculares (5). **Conclusão:** Há necessidade de incentivar os enfermeiros a sistematizar a assistência de forma a melhorar a identificação dos fatores de risco para a elaboração do Diagnóstico de Enfermagem de “Risco do olho seco”, para implementarem o cuidado ocular no ambiente intensivo. Este deve estar apto e habilitado a detectar os fatores de risco pela avaliação clínica e implementar estratégias profiláticas de lesão na córnea baseadas nas melhores evidências disponíveis visando um cuidado ocular ao paciente crítico de qualidade e isento de efeitos indesejáveis, resultantes da assistência omitida ou negligenciada. **Contribuições para Enfermagem:** Constatou-se a escassez de produções científicas sobre a temática em nosso país, o que nos reporta à urgente investigação em nossa realidade, a fim de demonstrar a problemática deste agravo e trazer contribuições para o ensino, pesquisa e sobretudo para a prática de cuidar nessas unidades.

Descritores: úlcera de córnea, cuidados intensivos, diagnóstico de enfermagem.

Referências

1. Dawson D. Development of a new eye care guideline for critically ill patients. *Intensive Crit Care Nurs.* 2005;21(2):119-2.
2. Marshall AP, Elliott R, Rolls K, Schacht S, Boyle M. Eyecare in the critically ill: Clinical practice guideline. *Aust Crit Care* 2008; 21: 97-109.
3. Werli-Alvarenga, Andreza et al. Lesões na córnea: incidência e fatores de risco em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2011, vol.19, n.5 [acesso em: 17 de fevereiro de 2013] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_05.pdf.
4. Rosenberg JB, Lewis A, Eisen MD. Eye care in the intensive care unit: Narrative review and meta-analysis. *Crit Care Med.* 2008;36:3151-5.
5. Nember J. Eye care for patients in the ICU. *Best Practice – The Joanna Briggs Institute* 2006; 106: 72A-72D

Eixo Temático 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



11º SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E RESPONSABILIDADE SOCIAL NOS CAMPOS DE PRÁTICA PROFISSIONAL

01 A 03 DE AGOSTO DE 2013
CAMPUS DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PUCPR - CURITIBA/PR 

Trabalho 130



Trabalho 131

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante¹

Lucimara Fornari

Liliana Muller Larocca

A enfermagem tem contribuído para modificações nos perfis epidemiológicos, melhorando a qualidade de atenção, a partir do uso de sistemas classificatórios. Estudos apontam que esses sistemas de classificação de enfermagem utilizados mundialmente evidenciam um direcionamento à área hospitalar. Diante disso, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) assumiu o compromisso de desenvolver no País um projeto internacional voltado para a extra-internação e, em 1996, promoveu a primeira oficina de trabalho que deu origem ao projeto Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), contribuição brasileira à Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE).¹ Ao pretender classificar suas práticas no espaço da saúde coletiva, a enfermeira depara-se com aspectos objetivos e subjetivos do processo saúde-doença, que impulsionam mudanças significativas na sua prática profissional.² O indivíduo assistido passa a ser visto como um sujeito portador de uma história de vida, determinada pela forma de organização da sociedade em que vive e pela sua inserção em um grupo social recortado por classe social, etnia, geração e relações de gênero.² Assim sendo, a Saúde Coletiva, se organiza e se consolida como uma área na qual a realidade objetiva dos fenômenos investigados se expressa por meio de três dimensões socialmente interligadas: estrutural, particular e singular. Tal expressão exige do enfermeiro diferentes estratégias de enfrentamento. Os sistemas de classificação de enfermagem possibilitam o cuidado em uma linguagem única e ao promoverem a descrição da enfermagem clínica, uma das dimensões analíticas balizadoras da determinação social dos processos saúde-doença vivenciados pelos usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil, compõe o quadro tão necessário de transformação social da realidade nacional.³ A CIPESC é, portanto, um sistema de classificação brasileiro utilizado, sobretudo, nas consultas de enfermagem no setor de atenção básica, que permite conhecer os diagnósticos de enfermagem e as intervenções, como também possibilita identificar as necessidades em saúde e as vulnerabilidades que se encontram distribuídas de forma desigual nos grupos sociais. Este estudo realizado por meio de revisão integrativa da literatura teve por objetivo caracterizar a produção científica acerca da sistematização da assistência de enfermagem em saúde coletiva e sua contribuição para prática assistencial do enfermeiro nesse campo de atuação. Para tanto, considerou-se a revisão integrativa como método de pesquisa, pois permitiu a incorporação das evidências encontradas na prática da Saúde Coletiva. Como método também possibilitou espaços de reunião e síntese dos resultados, por meio da delimitação do tema em questão. Tal síntese, uma vez sistematizada e ordenada contribuiu para o aprofundamento do conhecimento sobre a CIPESC. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde utilizando a associação dos descritores: sistematização, enfermagem e saúde coletiva; classificação, práticas de enfermagem e saúde coletiva e o descritor isolado CIPESC. Foram incluídos na pesquisa artigos publicados no período de 2005 a 2012, nos idiomas português e inglês, disponíveis na íntegra. A amostra foi composta por 14 artigos. Não foram encontradas publicações nos anos de 2005 e 2010. Metade dos artigos foi publicada na Revista da Escola de Enfermagem da USP, seguida da Revista Brasileira de

¹ Enfermeira. Especialista. Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, PR, Brasil. E-mail: marilia.cavalcante@hotmail.com



Trabalho 131

Enfermagem (4); além da *Online Brazilian Journal Nursing* (1), *Revista Gaúcha de Enfermagem* (1) e *Texto & Contexto Enfermagem* (1). Quanto ao tipo de pesquisa, destacou-se a bibliográfica, descritiva-exploratória e relato de experiência. Não foram encontradas publicações no idioma inglês. Esse achado corrobora com os de uma pesquisa, na qual as autoras afirmam que o fato de serem encontrados mais artigos publicados no Brasil causa estranhamento, pois a tendência seria encontrar mais artigos sobre o tema na América do Norte, onde o incentivo para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de sistemas de classificação de enfermagem é maior.³ Todos os artigos da amostra apresentaram a CIPESC como um instrumento de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva que visa apoiar a sistematização de sua prática assistencial, gerencial e de investigação. Autores consideram que a utilização da CIPESC norteia a elaboração de padrões de cuidados em enfermagem, propiciando sua aplicação, de forma universal pelos enfermeiros. Essa padronização traz agilidade e prontidão na definição de diagnósticos e intervenções, além de possibilitar a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem e o uso de um repertório comum, que traz a possibilidade de diálogo no âmbito internacional, ainda que os contextos culturais, sociais e de saúde sejam distintos. Possibilita, ainda, interlocução com os demais membros da equipe, ao valer-se de termos técnicos correntes na área da saúde.⁴ Portanto, a CIPE e a CIPESC são entendidas como um instrumental tecnológico capaz de sustentar o conhecimento da enfermagem e a prática profissional. Pode ser considerado como um instrumento pedagógico potente para a formação e qualificação de enfermeiros comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS). Verifica-se com este estudo, os benefícios para a assistência através da implementação desses sistemas, como a melhora da assistência, da qualidade das informações e da organização do serviço. Autores acreditam que a documentação do cuidado de enfermagem utilizando a CIPE proverá dados sistemáticos e recuperáveis sobre o cuidado à saúde, possibilitando maior visibilidade e reconhecimento social da profissão, bem como impacto na efetividade do cuidado.⁵ O desafio é superar o uso de um sistema classificatório como um simples instrumento de trabalho e visualizá-lo como inovação tecnológica capaz de produzir mudanças que promovam o processo de trabalho de enfermagem, para uma prática eficiente e efetiva ao cuidado humano.

Descritores: Classificação. Saúde Coletiva. Processos de Enfermagem.

Eixo temático: Eixo 2 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Referências

1. Cubas MR, Egry, EY. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®: [revisão]. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):181-186.
2. Cubas MR, Egry EY. Práticas inovadoras em saúde coletiva: ferramenta re-leitora do processo saúde-doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(n. esp):787-792.
3. Furuya RK, Nakamura FRY, Gastaldi AB, Rossi LA. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(1):167-75.
4. Nichiata, LYI et al. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):766-771.
5. Nobrega MML, Garcia TR. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: instrumental tecnológico para a prática profissional. *Rev. bras. enferm.*, 2009;62(5):758-61.



Trabalho 132

ATUALIZAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Caroline Maier Predebon¹; Anali Martegani Ferreira²; Elisiane do Nascimento da Rocha³; Eneida Rejane Rabelo⁴.

Introdução: A avaliação da dor em crianças hospitalizadas constitui-se em desafio para os enfermeiros. A admissão de pacientes pediátricos exige avaliação eficiente e segura, para determinação de intervenções para minimizar a experiência dolorosa. Crianças internadas em instituições hospitalares em algum momento do tratamento sentirão algum tipo de dor ou desconforto relacionado ao tratamento ou medo da internação ⁽¹⁾. Nesse contexto, uma importante metodologia para qualificar a assistência é a utilização do Processo de enfermagem (PE). Tornando-se fundamental a identificação do Diagnóstico de Enfermagem (DE). E para sua definição a anamnese e exame físico, são importantes ferramentas para identificação dos sinais e sintomas que compõe as características definidoras (CD) ⁽³⁾. As CD podem ser definidas por um conjunto de padrões clínicos agrupados para assegurar a presença da categoria diagnóstica ⁽²⁻³⁾. Para sustentar a escolha de um DE acurado, é necessário que as bases para essa decisão estejam fortemente ligadas às CD ⁽³⁾. **Objetivo:** Revisar e atualizar as definições conceituais das características definidoras contempladas no livro da NANDA-I 2012-2014, do DE Dor Aguda, para crianças hospitalizadas. **Métodos:** Estudo de atualização, por meio de revisão narrativa de literatura, para atualização das definições conceituais das CD do DE Dor Aguda em crianças hospitalizadas. Essas CD foram validadas e suas definições avaliadas por experts na área de semiologia pediátrica. Após consenso através de pareceres das enfermeiras as definições foram concluídas ⁽⁴⁾. Estas etapas foram realizadas em estudo conduzido por Ferreira, et al (2011), aprovado pelo CEP/UFRGS, sob parecer nº 08-143. A atualização das CD foi embasada na busca de material bibliográfico constituído por livros de semiologia pediátrica, e artigos originais na base de dados Arquivos digitais biomédicos e de ciências da saúde do US National Institutes of Health (PUBMED), e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde (LILACS), no período de 2010 a 2013. Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Diagnóstico de Enfermagem, Dor, Criança Hospitalizada; e os termos Medical Subject Headings (MESH): nursing diagnoses, pain, hospitalized children. Foram incluídos artigos disponíveis nas bases de dados selecionadas, que abordavam aspectos da semiologia e semiotécnica em crianças. Foram excluídos artigos que não

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. E-mail: carolmprede@gmail.com

²Doutoranda em Ciências: ênfase Enfermagem – Dinter Novas Fronteiras/UNIFESP/EEAN/UFSM e demais instituições parceiras. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Coordenadora do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)/Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE/UNIPAMPA).

³ Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE/UNIPAMPA).

⁴ Doutora em Ciências Biológicas: Fisiologia Cardiovascular pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Enfermagem Cardiovascular pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS. Professora dos Programas de Pós graduação da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Medicina-Ciências Cardiovasculares: Cardiologia da UFRGS. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D.



Trabalho 132

abordavam a temática deste estudo. **Resultados:** Foram revisadas e atualizadas as definições conceituais de 18 CD do DE Dor Aguda, com foco em crianças hospitalizadas. As definições conceituais, das CD do DE Dor Aguda, atualizadas foram: *Alterações na pressão sanguínea* definida como a força exercida pelo sangue sobre a parede do vaso, cuja finalidade é promover a perfusão tissular adequada, possibilitando trocas metabólicas. A CD *Comportamento de distração* corresponde a lapso de consciência e de falta de atenção. A CD *Comportamento de proteção* define-se pela adoção de postura para minimizar a dor (deitar imóvel, contrair as pernas, retraindo-se quando tocada, segurar ou proteger a área dolorida). A CD *Comportamento expressivo* refere-se às reações e à forma de agir em face da presença de estímulo recebido. As manifestações subjetivas de dor podem ser observadas nas respostas comportamentais, tais como, agitação, inquietação e atitudes (morder, chutar, berrar e dar pontapés). A CD *Diaforese* refere-se a presença de sudorese profusa, que ocorre como resposta do sistema nervoso simpático. A CD *Dilatação pupilar* corresponde à resposta do sistema nervoso simpático associada à dor, caracterizada pela alteração do diâmetro pupilar. A CD *Distúrbio no padrão de sono* corresponde à alteração do período de sono considerado adequado para cada criança, no qual a criança pode manifestar alterações, tais como, olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo, ou disperso, careta, cansaço, irritabilidade e insônia. A CD *Evidência observada de dor* corresponde a situações em que o enfermeiro observa que o paciente demonstra estar sentindo dor por meio de comportamentos (expressão corporal, facial e vocalização), e/ou apresente condições patológicas ou exposição a procedimentos que causam dor. A CD *Expressão facial* refere-se às expressões, alterações na mímica facial que demonstram dor, entre essas, expressão do rosto, tais como, testa franzida, contração das sobrancelhas, olhos espremidos, sulco nasolabial aprofundado, fenda palpebral estreitada, boca aberta na vertical, boca torcida, abertura dos lábios e reação de língua esticada, frente saliente, tremores no queixo, expressão facial de sofrimento, face contraída, de choro, olhar triste e careta. A CD *Foco em si próprio* refere-se aos momentos em que a criança mostra-se centrada na situação dolorosa enfrentada, não demonstrando interesse por outras atividades ou brincadeiras. A CD *Foco estreitado* caracteriza-se pelo desinteresse da criança, em responder aos estímulos ambientais, podendo apresentar interação reduzida com pessoas e ambiente. A CD *Gestos protetores* caracteriza-se pela presença de gestos realizados pela criança como forma de evitar dor, tais como, retraindo-se quando tocada, cerrar os punhos, rigidez muscular, tocar ou segurar a região dolorosa, ficar quieta e tentar esconder-se. A CD *Mudanças na frequência cardíaca* caracteriza-se por alterações na frequência cardíaca. A CD *Mudança na frequência respiratória* refere-se a alterações na frequência respiratória. A CD *Mudanças no apetite* refere-se a alterações na ingestão alimentar que iniciam durante o processo de internação (doença e dor); assim a criança não aceita/rejeita as refeições ou aceita pouco a ingestão de alimentos que gosta e costuma comer. A CD *Posição para evitar dor* corresponde à posição adotada pela criança visando evitar ou minimizar a dor, tais como ficar quieta, manter-se em flexão, posição fetal e permanecer estática. A CD *Relato codificado* caracteriza-se pela informação fornecida pela criança, por meio da comunicação não verbal de dor. E a CD *Relato verbal* caracteriza-se pela verbalização sobre a presença de dor, realizada pela criança ou familiar/responsável. **Conclusão:** Este estudo possibilitou atualizar as definições conceituais das CD do DE Dor Aguda, em crianças. As CD atualizadas estão presentes no livro da NANDA-I 2012-2014, no Domínio 12: Conforto e Classe 1: conforto físico. O conhecimento em relação às definições conceituais das CD auxilia no desenvolvimento da avaliação clínica acurada para o estabelecimento do DE Dor Aguda. **Implicações e contribuições para a Enfermagem:** A atualização das



Trabalho 132

definições conceituais das CD do DE Dor aguda, contribuirá para a avaliação clínica acurada e para identificação da presença de dor em crianças hospitalizadas. Fornecerá subsídios para implementação de intervenções individualizadas que auxiliem na promoção do conforto à criança hospitalizada. A fundamentação teórica, das CD do DE dor Aguda, com foco na criança hospitalizada, também, se constitui em estímulo para a prática clínica da Enfermagem, e auxilia na execução precisa do Processo de Enfermagem.

Referências:

1. Teixeira, M.J. Dor: manual para o clínico. São Paulo. Atheneu, 2006.
2. Alfaro-LeFevre, Rosalinda. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed, 2010.
3. Nanda Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.
4. Ferreira, A. M. F., Predebon, C. M., Cruz, D. A. L. M., & Rabelo, E. R. (2011). Clinical validation of nursing diagnoses of acute pain in hospitalized children. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 22 (4), 162–169.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Dor; Criança Hospitalizada.

Eixo 3: Assistência em Enfermagem



Trabalho 133

ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM UTILIZADAS NA AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR

Caroline Maier Predebon¹; Luciana Bjorklund de Lima²; Elisiane do Nascimento da Rocha³; Anali Martegani Ferreira⁴.

Introdução: A dor é definida pela International Association for the study of pain (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos deste dano⁽¹⁾. Dados sobre a dor apontam que cerca de 30% dos indivíduos sentem dor em algum momento de suas vidas, e desses 10 a 40% apresentam dor com duração superior a um dia⁽²⁾. Na prática assistencial é importante que o indivíduo com dor seja avaliado sistematicamente, visando o estabelecimento de condutas eficientes⁽³⁾. Neste contexto o Processo de Enfermagem (PE) consiste em uma ferramenta importante para identificação de estratégias para aliviar e minimizar a dor⁽⁴⁾. Na primeira fase do PE, ocorre a busca de dados relevantes da história atual e pregressa do indivíduo, bem como a avaliação clínica realizada pelo enfermeiro, a qual guiará as ações para o alívio da dor. Na segunda etapa do PE, o enfermeiro utilizará como bases os sinais e os sintomas coletados no histórico de enfermagem para identificar um possível Diagnóstico de Enfermagem (DE). Subsidiado pelas informações e pela interpretação das necessidades levantadas, o enfermeiro organiza um plano de cuidados para o indivíduo com dor, o que corresponde a terceira e quarta etapas do PE, as quais são o planejamento e a implementação das intervenções de enfermagem. Por fim, essa metodologia de trabalho preconiza a reavaliação do indivíduo e de todo o processo realizado, no intuito de verificar a eficiência da assistência prestada, buscando melhoria para o problema levantado. **Objetivo:** Identificar as etapas do PE utilizadas pelos enfermeiros (as) para avaliação e manejo da dor. **Método:** Trata-se de pesquisa bibliográfica, na modalidade revisão integrativa de literatura, conforme as etapas propostas por Cooper (1982)⁽⁵⁾. Este método permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos de diferentes abordagens metodológicas (qualitativas e quantitativas). Esse método tem como objetivo principal reunir e sintetizar estudos sobre um determinado tema, construindo uma conclusão a partir dos resultados de cada estudo, a partir das melhores evidências sobre determinada temática, que embasa a prática clínica⁽⁵⁾. A Revisão Integrativa caracteriza-se por ser um método de pesquisa que possibilita a análise das pesquisas relevantes que ofertam suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Esse método favorece o aprofundamento do conhecimento do tema investigado e permite apontar lacunas do conhecimento sobre o assunto que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Para nortear este estudo, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: quais as etapas do PE são utilizadas pelo enfermeiros (as) na avaliação e manejo da dor em pacientes adultos e pediátricos? O levantamento bibliográfico foi realizado entre o período de 2005 e 2012. Foram utilizadas as bases de

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. E-mail: carolmprede@gmail.com

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS.

³ Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE/UNIPAMPA).

⁴ Doutoranda da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Programa Dinter Novas Fronteiras/UNIFESP/EEAN/UFSP e demais instituições parceiras. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Coordenadora do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)/Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE/UNIPAMPA).



Trabalho 133

dados on-line: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde (LILACS); Arquivos digitais biomédicos e de ciências da saúde do US National Institutes of Health (PUBMED). Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): dor, avaliação da dor e processos de enfermagem. Os critérios de inclusão foram: publicações disponíveis em resumos e textos completos eletronicamente nas bases de dados, cujos resultados indicassem à utilização de uma das etapas do PE (coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem), para avaliação e manejo da dor em pacientes adultos e pediátricos. Foram excluídos artigos de revisão, estudos de caso, relatos de experiência, dissertações e teses.

Resultados: Foram encontrados 168 artigos. Desses, 104 artigos na base eletrônica de dados PUBMED e 64 artigos na LILACS. Após leitura foram excluídos 165 artigos por não responderem a questão de pesquisa. Entre os 165 artigos excluídos também se optou pela eliminação de artigos que descreveram apenas utilização de escalas de avaliação de dor ou avaliaram a eficiência e eficácia destas. Foram incluídos três artigos originais que abordavam a utilização das etapas do PE, na avaliação e manejo da dor em pacientes adultos e pediátricos. No primeiro artigo observou-se a descrição da utilização da etapa coleta de dados (anamnese e exame físico) e diagnóstico de enfermagem; sendo que, este estudo, destacou o DE Dor Aguda 65% de ocorrência entre os demais DE identificados. O segundo artigo, destacou a utilização da avaliação clínica (anamnese e exame físico) realizada pelo enfermeiro; e indicou a utilização da avaliação clínica realizada pelo enfermeiro e utilização de informações dos registros no prontuário para subsidiar novas avaliações/realizações de dor. No terceiro artigo observou-se enfoque na realização do cuidado de enfermagem, na administração de analgesia, prévia a realização de procedimentos que potencialmente provocam dor. Entretanto indicou que pequeno percentual dos enfermeiros reavalia a dor, após a administração de analgésico; e apenas 20% dos enfermeiros realizam registro da avaliação da dor. **Conclusão:** Este estudo possibilitou identificar estudos que utilizaram etapas do PE para avaliação e manejo da dor em pacientes adultos e pediátricos. Esta revisão sugere que as etapas do PE são pouco citadas pelos enfermeiros. Observou a utilização da primeira etapa do PE, a fase de coleta de dados (anamnese e exame físico). Destaca-se que a primeira etapa sustenta as demais etapas do PE. Todavia é necessário que o enfermeiro realize todas as etapas do PE, visando qualificar as intervenções e resultados a serem alcançados para manejo da dor, bem como realizar registros acurados sobre a situação de saúde-doença dos pacientes.

Implicações para a enfermagem: A utilização do PE, pelos enfermeiros na prática clínica possibilitará qualificar as práticas assistenciais, as intervenções, sejam elas farmacológica ou não-farmacológica. A realização dos registros contribui para comunicação efetiva entre todas as equipes de saúde, favorecendo a avaliação e implementação de ações para minimizar a dor do paciente hospitalizado.

Referências:

1. IASP - Associação Internacional para Estudo da Dor [homepage na Internet]. [acesso em 2013 Maio]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org>
2. Teixeira, M.J. Dor: manual para o clínico. São Paulo. Atheneu, 2006.
3. Batista DCS, Cruz DALM, Pimenta CAM. Publicações sobre dor e diagnóstico de enfermagem em uma base de dados brasileira. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 29 (3): 461-7.



Trabalho 133

4. Alfaro-LeFevre, Rosalinda. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed, 2010.
5. Cooper HM. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. Review of Educational Research. 1982, 52(2): 291-302.

Descritores: Dor, Avaliação da Dor, Processos de Enfermagem.

Eixo Temático 2: Assistência de Enfermagem.



Trabalho 134

DÉFICITS DE AUTOCUIDADO E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS DURANTE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM COINFEÇÃO HIV/TUBERCULOSE

Alexsandra Rodrigues Feijão*; Marli Teresinha Gimeniz Galvão**.

A aids, com os avanços inerentes à terapia antirretroviral, tem sido considerada um agravo crônico. Entretanto, o aumento da tuberculose em portadores de HIV/aids impõe sobrecarga aos serviços de saúde e impõe desafios aos profissionais de saúde na definição do diagnóstico, na avaliação e no tratamento, em face das modificações da tuberculose nesses pacientes, desde sua sintomatologia até a resposta ao tratamento preconizado⁽¹⁾. Nesta perspectiva, destaca-se a consulta de enfermagem como tecnologia do cuidar desta população que, conforme Horta⁽²⁾, compreende o atendimento ao indivíduo não hospitalizado, aparentemente sadio ou doente, em tratamento ambulatorial, no qual poderá aplicar o processo de enfermagem. Portanto, como se depreende, a consulta de enfermagem deverá contemplar os componentes do processo de enfermagem. Enfatiza-se a determinação de diagnósticos uma fase de extrema importância dentro do processo de enfermagem, a qual subsidia as demais fases. Neste sentido, o presente estudo objetivou demonstrar os diagnósticos de enfermagem identificados a partir da verificação de déficits de autocuidado durante a consulta de enfermagem a pacientes com coinfeção HIV/tuberculose. Tratou-se de um recorte de tese intitulada “Consulta de enfermagem baseada na teoria de Orem para pacientes com coinfeção HIV/tuberculose: efetividade na adesão e qualidade de vida”⁽³⁾, realizada no ambulatório do Hospital São José de Doenças Infeciosas em Fortaleza, Ceará, o qual é referência estadual para atendimento de portadores de HIV/aids e atende mais de 80% dos casos de coinfeção HIV/TB em todo o Estado. Esta pesquisa validou o conteúdo de um modelo de consulta de enfermagem baseada na teoria de Orem, sendo este aplicado em um grupo de 48 pacientes e avaliadas a adesão e qualidade de vida durante o tratamento de TB mensalente, após, comparado a outro grupo de 48 pacientes que passou pelo atendimento convencional do ambulatório supracitado. Relativo à amostra, participaram 96 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com infecção pelo HIV e diagnóstico de caso novo de tuberculose. Quanto ao número de pacientes, foi definido de acordo com a notificação no Hospital São José, no período de doze meses anteriores à coleta de dados, no total de 143 casos de infectados. Ao se aplicar os critérios de inclusão e considerando as perdas, foram eleitos 96 pacientes. Quanto ao período de coleta de dados, decidiu-se fazê-lo durante todo o seguimento para o tratamento do paciente e se deu entre outubro de 2009 e setembro de 2010. Ressalta-se que a pesquisa foi avaliada pelo comitê de ética do referido hospital sob CAAE 0037.0.042.000-09. A partir dos dados obtidos no histórico, foi possível identificar os déficits de autocuidado e os diagnósticos de enfermagem. Nas consultas subsequentes, além destes aspectos, avaliou-se a evolução dos pacientes. Os déficits de autocuidado percebidos durante a primeira consulta de enfermagem foram: apoio social inadequado (66,7%); dificuldade de acesso ao serviço/transporte (60,4%); falta de conhecimento (43,8%); dificuldade de compreensão das orientações (37,5%); motivação diminuída (31,2%); déficits visuais/acuidade visual reduzida (10,4%); mobilidade prejudicada (8,3%). Como identificado, o déficit de autocuidado mais frequente entre os pacientes acompanhados nas consultas de enfermagem foi o apoio social inadequado, com predomínio da falta de apoio familiar. Conforme os dados, o déficit relacionado à incapacidade de se deslocar da residência ao serviço de saúde esteve muito presente pelo fato de grande parte dos pacientes ser proveniente de municípios do interior do Estado. Ademais, alguns pacientes relataram não utilizar o transporte da prefeitura por receio da desconfiança dos conterrâneos sobre sua soropositividade, tendo em vista o desembarque ser em um hospital especializado em HIV/aids. A falta de conhecimento sobre a doença e terapêutica foi outro déficit comum verificado no histórico, porém mais facilmente sanável do que os mencionados anteriormente.



Trabalho 134

Desse modo, foi sendo devidamente manejado durante o acompanhamento dos pacientes. Quanto a isso, outro estudo mostrou resultado semelhante. No relacionado à relevância da identificação dos déficits de autocuidado para a práxis da enfermagem, a aplicação da Teoria de Orem viabiliza a elaboração de métodos de auxílio, ações voltadas para agir ou fazer para outra pessoa, conduzir e orientar, oferecer apoio físico e psicológico, adequar o ambiente ao desenvolvimento pessoal e, por fim, ações focalizadas no ensino⁽⁴⁾. Os déficits de autocuidado verificados, além de dados do histórico, subsidiaram a identificação dos diagnósticos. Ressalta-se a utilização da taxonomia da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA). Citam-se os mais comuns: Hipertermia relacionada com doença (92,4%); Desobstrução ineficaz de vias aéreas (84,2%) relacionada com muco excessivo e infecção; Intolerância à atividade (81,1%) relacionada com fraqueza generalizada e desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio; Autocontrole ineficaz da saúde (75,7%) relacionado com complexidade do regime terapêutico, déficit de apoio social, déficit de conhecimento e dificuldades econômicas; Manutenção ineficaz da saúde (73,8%) relacionada com prejuízo perceptivo (visual), e enfrentamento individual ineficaz; Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (69,7%) relacionada com fatores biológicos e econômicos. Diante dos resultados, pode-se notar que os diagnósticos determinados abrangeram tanto os déficits de autocuidado como necessidades e reações percebidas. A abordagem durante as consultas de seguimento considerou, ainda, a estrutura de acompanhamento recomendada pelo Programa Nacional de Combate à Tuberculose (PNCT). Neste sentido, as classificações das práticas de enfermagem, agregadas à consulta, visam atender os diferentes tipos de demanda, de forma individualizada, considerando também aspectos da situação socioeconômica e cultural. O formato sistematizado de consulta é capaz de potencializar a avaliação processual de resultados e impactos da ação de enfermagem, bem como permite a captura de padrões diferenciados das suas práticas em diferentes contextos⁽⁵⁾. Quanto aos diagnósticos e intervenções de enfermagem, constituíram-se de avaliação da assistência prestada e dos resultados obtidos, além da decisão referente a mudanças a serem efetivadas.

REFERÊNCIAS:

1. CHEADE, M.F.M. et al. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.42, n.2, p. 119-125, 2009.
2. HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.
3. FEIJÃO, A.R. **Consulta de enfermagem baseada na Teoria de Orem para pacientes com coinfeção HIV/tuberculose: efetividade na adesão e qualidade de vida**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2011.
4. VITOR, A.F.; LOPES, M.V.O; ARAUJO, T.L. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Sept. 2010 .
5. SILVA, S.H. et al. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na Rede Básica de Curitiba, Paraná. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.1, p.68-75, 2010.

DESCRITORES: Assistência de Enfermagem; Coinfeção HIV/Tuberculose; Diagnósticos de Enfermagem

Eixo Temático 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail:

alexsandrarf@hotmail.com

**Enfermeira. Doutora em Doenças Tropicais pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1C.



Trabalho 135

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Anali Martegani Ferreira¹; Elisiane do Nascimento da Rocha²; Camila Takáo Lopes³; Maria Márcia Bachion⁴; Alba Lúcia Bottura Leite de Barros⁵.

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente que requer do enfermeiro amplo conhecimento científico, domínio de tecnologias e envolvimento no processo de cuidado, com habilidades específicas e sensibilidade para compreender o momento difícil vivenciado pelo paciente e sua família⁽¹⁾. Nesse ambiente, as necessidades de cuidados de enfermagem são complexas, uma vez que os pacientes necessitam de avaliações sistemáticas e acuradas. Para tanto, torna-se fundamental a implementação e utilização das etapas do Processo de Enfermagem (PE), o qual consiste em um conjunto de ações sistematizadas e dinâmicas, intimamente ligadas, que visam contemplar a assistência ao indivíduo⁽²⁾. A implementação das etapas do PE exige que o enfermeiro, por meio da coleta de dados, identifique o diagnóstico de enfermagem (DE), e após organize as intervenções, contemplando as reais necessidades de saúde apresentadas pelos pacientes⁽³⁻²⁾. Esse processo de definição do DE consiste no julgamento clínico das respostas apresentadas pelo indivíduo⁽³⁾. Nesse contexto, o DE pode ser compreendido como um processo o qual inclui duas fases: a primeira, que corresponde à análise e síntese dos dados coletados; e a segunda permite estabelecer o enunciado do DE a partir da utilização de uma classificação de enfermagem⁽⁴⁾. As classificações de enfermagem vêm sendo utilizadas na prática de enfermagem, de acordo com a diversidade de situações clínicas, o que determina que essas sejam refinadas⁽⁵⁾. E para tanto, sua utilização mostra-se necessária em diferentes ambientes de cuidado. Assim, a identificação dos DE em ambientes específicos, como UTI, torna-se importante, pois são interpretações científicas dos dados identificados para orientar as demais etapas do PE⁽³⁾. **Objetivos:** Identificar os diagnósticos de enfermagem presentes na literatura para pacientes hospitalizados em UTI. **Métodos:** Trata-se de pesquisa bibliográfica, na modalidade revisão integrativa de literatura, conforme as etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008)⁽⁵⁾. A Revisão Integrativa caracteriza-se por ser um método de pesquisa que possibilita a análise das pesquisas relevantes que ofertam suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Esse método favorece o aprofundamento do conhecimento do tema investigado e permite apontar lacunas do conhecimento sobre o assunto que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos⁽⁵⁾. Para nortear este estudo, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: quais os diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados, em unidade de terapia intensiva, estão descritos na literatura? O levantamento bibliográfico foi realizado no período de janeiro de 2013, com delimitação do período de publicação dos estudos do ano de 2007 a 2012. Foram utilizadas as bases de dados *on-line*: Banco de Dados de Enfermagem (BDENF); Literatura Latino-Americana e do Caribe

¹ Doutoranda da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Programa Dinter Novas Fronteiras/UNIFESP/EEAN/UFSP e demais instituições parceiras. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Coordenadora do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)/Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE/UNIPAMPA). E-mail: ananimf@gmail.com

² Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE/UNIPAMPA).

³ Doutoranda da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Pesquisadora CNPq nível 2. Estagiária de Pós-doutoramento na Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP.

⁵ Doutora em Fisiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora titular da Escola Paulista de Enfermagem (UNIFESP). Pesquisadora CNPq nível 1.



Trabalho 135

em Saúde (LILACS); Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Arquivos digitais biomédicos e de ciências da saúde do US National Institutes of Health (PUBMED); e Banco de Teses da Capes. Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): diagnóstico de enfermagem, unidade de terapia intensiva e enfermagem; e *nursing diagnoses, intensive care, nursing* do Medical Subject Headings (MESH). Os critérios de inclusão foram: publicações disponíveis em resumos e textos completos eletronicamente nas bases de dados, cujos resultados apresentassem os diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados em UTI. Os critérios de exclusão foram textos em forma de relato de experiência, reflexões, ensaio teórico, capítulos de livros e documentos organizados por órgãos governamentais, tais como Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde. **Resultados:** Foram identificados 297 diagnósticos de enfermagem (DE). Após a exclusão de repetições dos títulos diagnósticos, obteve-se 94 diferentes títulos diagnósticos de enfermagem. Dentre os 94 diferentes títulos diagnósticos de enfermagem descritos na literatura para pacientes hospitalizados em UTI identificou-se 24 mais frequentes. No Domínio *Nutrição*, foram identificados quatro títulos diagnósticos: Volume de líquidos excessivo (27,5%); Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (27,5%); Risco para volume de líquidos desequilibrado (20,6%); e Risco de glicemia instável (17,2%). No Domínio *Eliminação e troca*, identificaram-se dois títulos diagnósticos: Troca de gases prejudicada (35,7%) e Constipação (17,8%). No Domínio *Atividade/repouso*, identificaram-se oito títulos diagnósticos: Padrão respiratório ineficaz (11,8%); Mobilidade física prejudicada (10,7%); Débito cardíaco diminuído (8,60%); Déficit no autocuidado para banho/higiene (7,52%); Mobilidade no leito prejudicada (5,37%); Déficit no autocuidado para higiene íntima (5,37%); Perfusão tissular renal ineficaz (5,37%); e Ventilação espontânea prejudicada (5,37%). No Domínio *Percepção/cognição*, identificou-se um título diagnóstico: Comunicação verbal prejudicada (40%). No Domínio *Enfrentamento/tolerância ao estresse*, foi identificado um título diagnóstico: Ansiedade (38,4%). No domínio *Segurança/proteção*, foram identificados sete títulos diagnósticos: Integridade da pele prejudicada (14,8%); Risco de infecção (12,3%); Desobstrução ineficaz de vias aéreas (11,1%); Risco de aspiração (9,87%); Risco de integridade da pele prejudicada (9,87%); Integridade tissular prejudicada (9,87%); e Risco de disfunção neurovascular periférica (6,17%). No Domínio *Conforto*, identificou-se um título diagnóstico frequente, Dor aguda (60%). Observou-se que houve diagnósticos contemplados em todos os domínios da NANDA-I. Dos 24 DE frequentes identificados, 18 foram DE reais. Um diagnóstico de enfermagem real caracteriza-se pela “descrição de respostas humanas a condições de saúde/ processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade”⁽⁶⁾. E seis (6) foram DE de risco. Diagnósticos de risco consistem na “descrição de respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em indivíduo, família ou comunidade”⁽⁶⁾. Dentre os DE mais frequentes na literatura, não encontraram-se títulos diagnósticos de promoção da saúde, de bem estar e síndrome, sendo identificados, neste grupo, apenas diagnósticos de enfermagem reais e de risco. Todavia, ao analisar o total de títulos diagnósticos identificados, observou-se a presença de diagnósticos de bem-estar; e não foram encontrados diagnósticos de promoção da saúde e síndrome. **Conclusão:** Este estudo possibilitou a identificação de DE presentes em pacientes internados em UTI. Os DE identificados estão distribuídos nos domínios da NANDA-I Nutrição, Eliminação e troca, Atividade/repouso, Percepção/cognição, Enfrentamento/tolerância ao estresse e Conforto. E caracterizaram-se, em sua maioria, como diagnósticos reais e de risco. **Contribuições e implicações para a Enfermagem:** Por meio da identificação das disfunções apresentadas pelos pacientes, os enfermeiros poderão elaborar um plano de cuidados com intervenções acuradas, para cada situação clínica. Os resultados podem subsidiar a identificação dos possíveis DE para inclusão em instrumento de apoio a coleta de dados de enfermagem, para



Trabalho 135

pacientes hospitalizados, em UTI. Também contribuirão para posterior inserção dos diagnósticos em sistema informatizado/prescrição de enfermagem institucional.

Referências:

1. Guimarães HP, Orlando M da C, Falcão LF dos R. Guia Prático de UTI. Editora: Atheneu, 2008.
2. Alfaro-LeFevre, Rosalinda. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed, 2010.
3. NANDA-Internacional. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed, 2013.4.
4. Lucena AF et al. Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4): 758-64.

Descritores: Terapia Intensiva; Enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

Eixo 3: Assistência de Enfermagem



Trabalho 136

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: MAPEAMENTO CRUZADO DOS TERMOS UTILIZADOS NOS REGISTROS COM A TAXONOMIA DA NANDA-I

Anali Martegani Ferreira¹; Elisiane do Nascimento da Rocha²; Camila Takáo Lopes³; Maria Márcia Bachion⁴; Alba Lúcia Bottura Leite de Barros⁵.

Introdução: A assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva (UTI) exige do enfermeiro identificação rápida e acurada das condições de saúde de cada indivíduo que requerem atenção de enfermagem, devido à gravidade, instabilidade e complexidade de atenção. Para tanto, o uso do método de trabalho do Processo de Enfermagem (PE), em UTI, favorece a identificação das disfunções apresentadas pelos pacientes, decisão pelas intervenções mais adequadas para atingir resultados pelos quais a enfermagem é responsável⁽¹⁾. O PE é um método organizado e científico, que direciona a coleta de dados, identificação dos diagnósticos de enfermagem (DE), intervenções e avaliação dos resultados⁽²⁾. O DE consiste na tomada de decisão clínica, na qual a validade das associações entre manifestações apresentadas e o diagnóstico atribuído torna-se fundamental para definir o plano de cuidados e resultados esperados⁽¹⁻³⁾. As linguagens padronizadas na enfermagem, dentre elas a classificação de DE da NANDA-I, desempenham importante papel em definir os fenômenos e ações da enfermagem e descrever claramente as contribuições da profissão no cenário de cuidados à saúde. O mapeamento cruzado é um método que permite realizar comparações passíveis de avaliação entre termos de diferentes linguagens para determinar sua equivalência semântica⁽⁴⁾. O conhecimento do perfil diagnóstico de enfermagem dentro de uma linguagem padronizada pode não só subsidiar as ações de cuidado, mas também ações gerenciais, de dimensionamento mais apropriado e educação permanente. Nomear as condições da clientela atendida na UTI que requerem intervenção de enfermagem pode contribuir ainda para o fortalecimento da identidade profissional, a partir da visualização clara dos fenômenos que são levados em conta no domínio da enfermagem. **Objetivos:** Identificar os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes hospitalizados em UTI e estudar sua equivalência semântica com os diagnósticos de enfermagem listados pela classificação da NANDA-I. **Método:** Estudo exploratório descritivo⁽⁵⁾, com análise retrospectiva dos registros de enfermagem contidos em prontuários de pacientes hospitalizados em uma UTI Geral de um hospital da fronteira oeste do RS (Brasil). A população deste estudo constituiu-se dos registros/anotações de enfermagem contidos nos prontuários de pacientes atendidos, no cenário estudado, em um período de seis meses, correspondente aos meses de outubro de 2011 a abril de 2012. A amostra foi constituída por 256 prontuários de pacientes que estiveram hospitalizados na UTI, os quais estavam disponíveis para consulta no Serviço de Arquivo Médico Estatístico da instituição. Para coleta dos dados utilizou-se instrumento padronizado. Os termos extraídos dos registros de enfermagem foram agrupados por

¹ Doutoranda em Ciências: ênfase Enfermagem – Dinter Novas Fronteiras/UNIFESP/EEAN/UFSP e demais instituições parceiras. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Coordenadora do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)/Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE/UNIPAMPA). E-mail: ananimf@gmail.com

² Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE/UNIPAMPA).

³ Doutoranda da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Pesquisadora CNPq nível 2. Estagiária de Pós-doutoramento na Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP.

⁵ Doutora em Fisiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora titular da Escola Paulista de Enfermagem (UNIFESP). Pesquisadora CNPq nível 1.



Trabalho 136

similaridade e associação, possibilitando identificação dos possíveis DE presentes nos pacientes hospitalizados na UTI. Utilizou-se o método de mapeamento cruzado, para análise dos dados contidos nos registros de enfermagem. Após o agrupamento dos termos, foi realizado o mapeamento cruzado destes, em relação aos Diagnósticos da NANDA-I, características definidoras (CD) e fatores relacionados e de risco (FR). Os dados foram organizados em banco de dados no programa *Microsoft Excel 2009*. Os diagnósticos, CD e FR foram descritos com frequências absolutas e percentuais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), parecer nº 103.199. **Resultados:** A partir da análise dos registros de enfermagem, contidos nos 256 prontuários de pacientes hospitalizados em UTI, verificou-se 50 diferentes títulos DE. Destes, identificaram-se seis títulos diagnósticos mais frequentes, os quais foram distribuídos de acordo com os domínios da NANDA-I. No domínio Eliminação e troca foi identificada presença do DE Troca de gases prejudicada 103 (9,84%). Para este, observou-se a presença de 14 CD que permitiram identificar este diagnóstico. A CD Respiração anormal (Mudança no ritmo, frequência, profundidade respiratória) (26,9%) foi a mais frequente. Os FR identificados foram Desequilíbrio na ventilação-perfusão e Mudanças na membrana alveolocapilar. No domínio Atividade/repouso identificou-se o DE Débito cardíaco diminuído 98 (9,36%). Para este, encontraram-se 17 CD, dentre as quais, Variações na leitura de pressão foi mais frequente; e os FR identificados foram Contratilidade, Frequência cardíaca, Pré carga, Volume, Ritmo e Pós carga alterados. No domínio Segurança/proteção, foram identificados os DE Risco de Infecção 121 (11,5%), Desobstrução ineficaz de vias aéreas 75 (7,17) e Integridade Tissular Prejudicada 64 (6,11%). Para o DE Risco de infecção 121(11,5%) identificaram-se seis CD, dentre as quais, Procedimentos invasivos, Defesas primárias inadequadas e Trauma foram mais frequentes. Para o DE Desobstrução ineficaz de vias aéreas 75 (7,17%) identificaram-se 11 CD, dentre as quais, Tosse ineficaz e Tosse ausente foram mais frequentes; e os FR encontrados foram Via aérea obstruída, Exsudato nos alvéolos, Secreções nos brônquios e retidas, Presença de via aérea artificial, Muco excessivo e Doença pulmonar obstrutiva crônica. Para o DE Integridade tissular prejudicada 64 (6,11%) identificaram-se duas CD, Tecido destruído e Tecido lesado; e os FR foram Fatores mecânicos e circulação alterada. No domínio Conforto, identificou-se a presença do DE Dor Aguda 146 (13,9%) como mais frequente entre o total dos possíveis DE identificados. Para este, identificaram-se nove CD, sendo que Relato verbal de dor foi mais frequente; e o FR foi Agentes lesivos (lesivos, biológicos, químicos e psicológicos). Os DE, CD e FR identificados a partir da análise dos registros de enfermagem estão contemplados na Taxonomia da NANDA-I, versão 2012-2014. Dos seis DE mais frequentemente identificados, cinco foram diagnósticos reais. Não se identificaram títulos diagnósticos de promoção da saúde e síndrome. **Conclusão:** Este estudo permitiu identificar possíveis disfunções presentes em pacientes hospitalizados na UTI em estudo. Os DE identificados foram distribuídos nos domínios da NANDA-I. Assim, observou-se DE nos domínios: Eliminação e troca, Atividade/repouso, Segurança/proteção e Conforto; e caracterizaram-se em reais e de risco. **Implicações para a Enfermagem:** Os DE identificados subsidiarão a construção de um roteiro de apoio à coleta de dados de enfermagem, para pacientes hospitalizados em UTI; elaboração de intervenções que atendam às reais necessidades de saúde dos pacientes, contribuindo para implementação de ações eficazes e seguras, com vistas a minimizar, solucionar ou prevenir as disfunções apresentadas pelos pacientes. Auxiliará na utilização da classificação de diagnósticos da NANDA-I. Também contribuirá para posterior inserção destes DE no sistema informatizado de prescrição de enfermagem institucional. O perfil identificado pode ainda contribuir para o fortalecimento da identidade profissional da enfermagem em UTI e esclarecimento do domínio da enfermagem nesse contexto.



Trabalho 136

Referências:

1. *NANDA-Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.*
2. Alfaro-LeFevre, Rosalinda. *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed, 2010.*
3. Cruz, D.A. L. M; Pimenta, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-Americana de Enf, São Paulo, v. 13, n. 3, 2005.*
4. Delaney, C; Moorhead, S. Synthesis of Methods, Rules, and Issues of Standardizing Nursing Intervention Language Mapping. *Nursing Diagnosis. v.8, n. 4, p. 152-6, 1997.*
5. Polit, D.F; Beck, C.T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.*

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

Eixo 3: Assistência em Enfermagem



Trabalho 137

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS COM ÚLCERAS VENOSAS ATRAVÉS DA VISITA DOMICILIAR

Fabiana Lopes Joaquim¹

Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho²

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente³

Renata da Costa Santos⁴

Introdução: A visita domiciliar apresenta como vantagens a aproximação com o meio ambiente do grupo familiar, viabilizando o planejamento das ações de saúde, além de promover o estreitamento do relacionamento com a equipe de saúde. Porém, quando a visita domiciliar é realizada para atender a demanda requerida por idosos, as vantagens vão além das citadas anteriormente, sendo incluídas: diminuição de custos, diminuição do risco de infecção, comodidade, bem como prevenção e detecção precoce de problemas de saúde⁽¹⁾. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), pessoas com 60 anos de idade ou mais passaram de 10 % do total da população regional em 2010 e há previsões de que este número chegue a 21% em 2040⁽²⁾. Uma das alterações decorrentes do processo de envelhecimento diz respeito às alterações cutâneas. Estas alterações são causadas por fatores como: pressão, cisalhamento, maceração, fricção, idade avançada, deficiência nutricional, diminuição do nível de consciência, redução da mobilidade, déficit sensorial, doenças agudas, crônicas, graves ou terminais, uso de medicações e história prévia de úlceras por pressão⁽³⁾. Deste modo, torna-se necessário a realização do acompanhamento das lesões. Ao tratar de uma lesão ulcerativa o enfermeiro deve por em prática as etapas da sistematização da assistência como o objetivo de promover a cicatrização efetiva da lesão, prevenir possíveis complicações e redução de recidivas, bem como proporcionar apoio educacional e mental aos pacientes. **Objetivos:** identificar se a assistência de enfermagem realizada em domicílio pode contribuir no tratamento das úlceras venosas e conhecer o grau de impacto da visita domiciliar realizada por enfermeiros aos idosos com base na literatura existente. **Descrição Metodológica:** estudo de revisão integrativa realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BDENF, LILACS e PubMed), no período de 04/04/12 a 15/03/13. Inicialmente foram encontrados nas bases de dados 54 artigos. Após a submissão dos critérios de inclusão e exclusão foram analisados 7 artigos entre os anos de 2008 a 2011. Os critérios de inclusão foram: artigos em Português / Inglês publicados entre os anos de 2007 a 2012; resumos disponibilizados na íntegra; aderência aos objetivos. Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos presentes na mesma categoria; artigos não publicados na íntegra; artigos que não apresentaram aderência à temática. **Resultados:** Ao realizar a seleção das referências, foram encontrados um total de 54 artigos, sendo 17 (31%) da base BDENF, 19 (36%) da LILACS e 18 (33%) da PubMed, mas em todas as bases de dados ocorreram repetições. Portanto, apenas 7 artigos foram analisados. Para análise, o conteúdo foi organizado quanto ao ano, tipo de publicação e essência do conteúdo. Dos 7 artigos selecionados, 43% (3 artigos) foram obtidos no ano de 2011; 14% (1

¹ Enfermeira. Mestranda do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. E-mail: fabykim_enf@yahoo.com.br

² Enfermeira. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Orientadora.

³ Enfermeira. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁴ Enfermeira. Mestranda do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.



Trabalho 137

artigo) em 2010; 29% (2 artigos) em 2009 e 14% (1 artigo) em 2008. Quanto ao tipo de publicação, 6 (86%) eram artigos originais e 1 (14%) tratava-se de artigo de revisão. O idioma das publicações foram 43% (3 artigos) em inglês e 57 % (4 artigos) em português. Em relação à essência do conteúdo, 57% (4 artigos) ressaltam as contribuições da visita domiciliar realizada por enfermeiros aos idosos e 43% (3 artigos) ressaltam a Enfermagem no cuidado de úlceras venosas. Os artigos que ressaltam as contribuições da visita domiciliar realizada por enfermeiros aos idosos apontam que ao realizar a visita domiciliar o enfermeiro apresenta um olhar crítico e reflexivo sobre a dinâmica familiar e sobre as condições em que este paciente reside promovendo contribuições para a prestação dos cuidados; para a promoção do autocuidado, bem como para a melhoria dos cuidados prestados aos idosos por familiares e cuidadores. Os artigos que ressaltam a Enfermagem no cuidado de úlceras venosas apontam que a atenção da enfermagem encontra-se voltada para atividades como avaliação dos custos destinados ao tratamento da úlcera venosa, avaliação da qualidade de vida do portador, avaliação do processo de cicatrização e adoção de novas tecnologias de tratamento para fundamentar a prática/aprofundar as questões vinculadas à assistência do Enfermeiro^(4,5), tendo em vista o diagnóstico de integridade tissular prejudicada. **Conclusão:** A assistência de enfermagem através da visita domiciliar favorece o tratamento de úlceras venosas, visto que o profissional em questão encontra-se envolvido em todo o processo que circunda o tratamento e quando esta visita atende a idosos proporciona-se um impacto positivo sobre suas vidas, visto que o enfermeiro fornece ajuda e acompanhamento terapêutico que potencializam os níveis de saúde e promovem prevenção de complicações na saúde oriundas do processo de envelhecimento. **Contribuições/implicações para a enfermagem:** As contribuições para a assistência e ensino em enfermagem estão no fato de pacientes idosos portadores de úlcera venosa, requererem uma assistência embasada em um modelo holístico de cuidado, onde o ser humano precisa ser assistido a partir das suas reais necessidades com estratégias de cuidados de enfermagem que visem a inserção social e laboral de idosos com vistas a novas tecnologias de cuidado no âmbito domiciliar. Estas contribuições tendem a promover melhora na qualidade de vida desta clientela.

Descritores: Assistência de enfermagem; Úlcera Varicosa; Visita Domiciliar.

Eixo 2: Assistência de Enfermagem

Referências

- (1) Gomes IM, Kalinowski LC, Lacerda MR, Ferreira RM. The domiciliary health care and its state of art: a bibliographic study. Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2008 October [cited 2012 Jul 09]; 7 (3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2008.1781/411>
- (2) Organização das Nações Unidas (ONU). População de idosos da América Latina e Caribe deve superar a de crianças em 2036, prevê CEPAL. ONU Brasil; 2012 May 12. Available from: <http://www.onu.org.br/populacao-de-idosos-da-america-latina-e-caribe-deve-superar-a-de-criancas-em-2036-preve-cepal/>
- (3) Fernandes LAA, Darlen D de VS, Linhares de AM, De C, Dire FG. O Enfermeiro atuando na prevenção das úlceras de pressão. Enfermería Global [serial on the Internet]. 2008 June [cited 2012 Jun 06]; 13:1-15. Available from: revistas.um.es/eglobal/article/download/14681/14161
- (4) Silva FAA da, Freitas CHA de, Jorge MSB, Moreira TMM, Alcântara MCMde. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. Rev. Bras. Enferm. [serial on the Internet]. 2009 Nov-Dec [cited 2012 maio 13]; 62(6): 889-893. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000600014&lng=en



Trabalho 137

⁽⁶⁾ Silva FAA da, Moreira TMM. Características sociodemográficas e clínicas de clientes com úlcera venosa de perna. Rev. Enferm. UERJ [serial on the Internet]. 2011 July-Sep [cited 2012 may 08]; 19(3): 468-472. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3.htm>



Trabalho 138

COLETA DE DADOS PARA CLIENTES HOSPITALIZADOS EM UMA CLÍNICA DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS

Lidiane Lima de Andrade¹

Marta Miriam Lopes Costa²

Introdução: a coleta de dados refere-se à primeira etapa do processo de enfermagem, sendo de bastante relevância, uma vez que confere ao enfermeiro o levantamento de dados do paciente por meio da entrevista e da realização do exame físico. Várias tecnologias têm sido desenvolvidas no sentido de operacionalizar o seu desenvolvimento, variando desde a construção de instrumentos até os processos mais modernos de informatização. Considerando a relevância destes achados, identificou-se que na unidade de internação de doenças infectocontagiosas do hospital, cenário deste estudo, não existia instrumento de coleta de dados que caracterizasse a clientela assistida. Desta forma, este estudo teve o propósito de relacionar o saber científico ao saber prático-assistencial, o que tanto contribui com a Enfermagem em nível local quanto com a comunidade científica da área de Enfermagem, porquanto são escassos os instrumentos de coleta de dados que caracterizem o cuidado com o portador de doenças infectocontagiosas, e quando encontrados, estão direcionados à atenção primária, ligados, principalmente, aos programas de controle da hanseníase⁽¹⁾. Assim, o instrumento tem o objetivo de direcionar o levantamento de necessidades humanas básicas do cliente portador de doenças infectocontagiosas em todas as faixas etárias, tendo em vista que o quadro clínico dos clientes atendidos não apresenta uma diferenciação significativa. **Objetivo:** construir um instrumento de coleta de dados para documentar o processo de enfermagem em uma clínica de doenças infectocontagiosas. **Descrição metodológica:** trata-se de uma pesquisa metodológica, com abordagem quantitativa. Quanto ao cenário em que foi realizado o estudo, este compreendeu a unidade de internação da Clínica de Doenças Infectocontagiosas do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, localizado na cidade de João Pessoa. No concernente as etapas operacionais do estudo, estas compreenderam: identificação dos indicadores empíricos em clientes hospitalizados na clínica de doenças infectocontagiosas; validação de conteúdo dos indicadores empíricos identificados, com enfermeiros assistenciais e docentes que exerciam atividade neste ambiente hospitalar por ocasião da coleta de dados. Na primeira etapa desta pesquisa, foram identificados indicadores empíricos em pacientes portadores de doenças infectocontagiosas, tendo como subsídio a nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, desenvolvida previamente com base na linguagem especial de enfermagem identificada nos registros dos prontuários de pacientes internados no cenário da investigação em outra dimensão temporal⁽²⁾. Também foi utilizada como fonte de indicadores empíricos a literatura de referência da área de doenças infectocontagiosas, conforme solicitação dos enfermeiros da clínica, de modo que caracterizassem necessidades humanas básicas mais comuns. A segunda etapa do estudo compreendeu a elaboração formal do

¹ Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité, Paraíba, Brasil. E-mail: lidilandrade@hotmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Sociologia. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Clínica e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: marthamiryam@hotmail.com.



Trabalho 138

instrumento. Para isso, os indicadores foram classificados considerando-se as Necessidades Humanas Básicas evidenciadas para pacientes hospitalizados na Clínica de Doenças Infectocontagiosas e, posteriormente, dispostos em uma escala tipo *Likert* de dois pontos, a fim de verificar o grau de relevância entre eles, pelos enfermeiros assistenciais e docentes que desenvolvem atividades na clínica. Foi solicitado aos profissionais que assinalassem o indicador como relevante ou não relevante para constar no instrumento. Os indicadores classificados como relevantes receberam peso 1, e os não relevantes, peso 0. Os indicadores foram analisados, e os que apresentaram índice de concordância igual ou maior que 0,80 foram listados para ser incluídos no instrumento de coleta de dados da referida clínica. Esta pesquisa se desenvolveu após a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB, em observância aos aspectos éticos preconizados na Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde e na Resolução COFEN nº 311/2007, recebendo parecer favorável a sua execução, segundo o Protocolo CEP/HULW nº 508/11. Resultados: durante a identificação dos indicadores empíricos, tendo por base a literatura especializada sobre doenças infectocontagiosas e a nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da clínica de doenças infectocontagiosas, construída a partir do banco de termos da mesma clínica, conforme mencionado anteriormente. Foram identificados 301 indicadores empíricos, sendo que 210 são indicadores das necessidades psicobiológicas, distribuídos em: oxigenação (18), hidratação e regulação eletrolítica (17), nutrição (25), eliminação (25), sono e repouso (9), sexualidade (11), locomoção, mecânica corporal e motilidade (18), cuidado corporal (6), integridade cutaneomucosa (17), regulação térmica (8), regulação neurológica (15), regulação imunológica (6), regulação vascular (19), percepção dolorosa (8), segurança física e ambiente (17), terapêutica (8); 86, das necessidades psicossociais, foram distribuídas em: comunicação (13), aprendizagem (9), sociabilidade (21), recreação e lazer (6), autorrealização e autoestima (10), autoimagem (10) e 5, indicadores referiam-se às necessidades psíquicas, que são: religiosidade/espiritualidade (5). Logo após, os indicadores identificados foram organizados em Necessidades Humanas Básicas e organizados em um instrumento que foi distribuído entre os enfermeiros assistenciais e os docentes que atuam na clínica em estudo, a fim de que fossem confirmados os indicadores empíricos relevantes para a construção do instrumento de coleta de dados. Participaram desse processo nove enfermeiros, dos quais, sete (80%) eram enfermeiros assistenciais, uma (10%), enfermeira docente, e uma (10%), enfermeira docente e assistencial na clínica. Dos 301 indicadores empíricos identificados, permaneceram 249 - 186 referentes às necessidades psicobiológicas, assim distribuídos: oxigenação (13), hidratação e regulação eletrolítica (14), nutrição (22), eliminação (18), sono e repouso (7), sexualidade (6), locomoção, mecânica corporal e motilidade (17), cuidado corporal (6), integridade cutaneomucosa (16), regulação térmica (8), regulação neurológica (13), regulação imunológica (6), regulação vascular (18), percepção dolorosa (7), segurança física e ambiente (11), terapêutica (4). Em relação às necessidades psicossociais, identificaram-se 58 indicadores empíricos, a saber: comunicação (12), aprendizagem (7), sociabilidade (20), recreação e lazer (2), autorrealização e autoestima (9), autoimagem (8); e cinco, relativos às necessidades psíquicas: religiosidade/espiritualidade. Conclusão: o objetivo desta pesquisa foi alcançado, pois foi construído um instrumento de coleta de dados para a documentação do processo de enfermagem, em uma clínica de doenças infectocontagiosas, que deu grandes contribuições, uma vez que não havia ali instrumentos que documentassem uma metodologia de assistência da Enfermagem. Contribuições ou implicações para a enfermagem: os resultados foram muito significativos, o que confirma a Enfermagem como Ciência, porquanto foi demonstrado que o cuidado de enfermagem poderá ser embasado em um modelo conceitual que solidifique a prática assistencial através do conhecimento científico. Cumpre assinalar que o objetivo da construção desse instrumento será o de fornecer dados mínimos essenciais, que representem o



Trabalho 138

cuidado de enfermagem na clínica de doenças infectocontagiosas, pensando na operacionalização e em uma futura informatização do processo de enfermagem, com o fim de facilitar a comunicação e o registro da assistência, para torná-la mais efetiva e promover mais visibilidade por parte da equipe de enfermagem e dos profissionais de outras áreas.

Referências

1. Duarte MTC, Ayres JÁ, Simonetti JP. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. Rev bras enferm. [periódico na Internet]. 2008 [citado 2012 Mar16];61(spe):767-73. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000700019&lng=en&nrm=iso.
2. Andrade LL, Nóbrega MML. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes da clínica de doenças infectocontagiosas. In: Nóbrega MML. (org.). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®. João Pessoa: Ideia; 2011.



Trabalho 139

COMPLICAÇÕES DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Maria Caroline Waldrigues¹
Elaine Aparecida de Almeida²
Tatiana Perly³

RESUMO: A parada cardiorrespiratória (PCR) caracteriza-se por uma condição súbita de parada dos batimentos cardíacos eficazes, e independentemente da causa subjacente, tem morbidade e mortalidade elevadas. Nesse sentido, um dos tratamentos utilizados para o paciente que se encontra nesta situação de emergência é a Hipotermia Terapêutica (HT), conceituada como uma redução controlada da temperatura central dos pacientes com objetivos terapêuticos pré-definidos. O objetivo deste estudo foi identificar os diagnósticos de enfermagem, segundo a NANDA, mediante as complicações potenciais dos pacientes submetidos à HT pós-parada cardiorrespiratória (PCR) por meio de um estudo bibliométrico; e propor as intervenções de enfermagem, conforme a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC). Trata-se de uma revisão bibliométrica de literatura a partir de janeiro de 2003 até maio 2013, no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), onde foram selecionadas as bases de dados da Literatura Latina Americana de Ciências Médicas (LILACS); a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e a Scientific Electronic Library Online (SCIELO). A pesquisa realizada obteve por meio da aplicação dos descritores um total de 14.598 publicações na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no entanto com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, alcançou-se um total de cinco artigos para análise. Dessa forma, por meio das complicações potenciais encontradas nos artigos, levantou-se dez Diagnósticos de Enfermagem, bem como, as intervenções de Enfermagem correspondentes, com intuito de fornecer uma base inicial de reflexão para o profissional enfermeiro que assiste este paciente. Considerando-se as fortes evidências científicas que apontam os benefícios para o prognóstico do paciente submetido à RCP quando se emprega a HT, não se encontrou na bibliometria realizada nenhuma diretriz de enfermagem, plano de cuidados de Enfermagem ou intervenções de Enfermagem que servissem de recomendações de como planejar os cuidados aos pacientes submetidos a tal suporte terapêutico.

Descritores: Hipotermia Terapêutica em parada Cardíaca; Processos de Enfermagem; Continuidade da Assistência ao Paciente.

Eixo 2: Assistência de Enfermagem

¹ Enfermeira. Mestranda em Educação pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Pós-graduada em Políticas Educacionais pela UFPR. Pós-graduada em Gestão Pública em Saúde pela UFPR. Docente da Escola de Saúde Faculdade das Integradas do Brasil – Unibrasil. Email: carolwaldrigues@hotmail.com

² Acadêmica do 8º período do curso de graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas do Brasil – UNIBRASIL.

³ Acadêmica do 8º período do curso de graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas do Brasil – UNIBRASIL.



Trabalho 140

IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE DANOS CRÔNICOS EM ÂMBITO AMBULATORIAL

Taline Bavaresco¹, Patricia De Gasperi²

Introdução: A Consulta de Enfermagem (CE) compõe um conjunto de ações sistematizadas (investigação, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, implementação e avaliação), dinâmicas, privativa da enfermeira, que tem como foco central o cuidado ao ser humano. Para qualificar estas etapas podem ser usados os sistemas de classificação de diagnósticos (NANDA-I), intervenções (NIC) e resultados (NOC) de enfermagem. **Objetivo:** Implantar a consulta de enfermagem no programa de Danos Crônicos de um Ambulatório Central (AMCE). **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, tendo como cenário o AMCE de uma Universidade do interior do estado do RS, o qual possui um Programa de Danos Crônicos. As consultas ocorrem na quarta-feira à tarde. Participaram da pesquisa as enfermeiras, alunos e professores do Curso de Enfermagem. A implantação ocorreu em quatro momentos: revisão teórica sobre a CE na atenção básica; construção de um instrumento específico de coleta de dados (Teoria de Horta), capacitação sobre o uso da NANDA-I; aplicação deste instrumento com os pacientes de primeira consulta e avaliação da CE enquanto instrumento de cuidado. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a maio de 2013. **Resultados:** Foram realizadas 16 CE, nas quais o cuidado sistematizado propiciou a resolutividade das necessidades dos indivíduos. No início, os alunos apresentaram dificuldades em relação à elaboração do DE e ao planejamento de ações a médio e longo prazo, visto que são pacientes crônicos. **Conclusão:** A CE fortaleceu o vínculo do enfermeiro com o paciente aliando a competência técnica-científica à relação interpessoal. **Implicações:** Padronização das ações de enfermagem realizadas de forma sistematizada.

Descritores: Assistência ambulatorial; Doenças crônicas; Processos de enfermagem.

Eixo temático: Assistência de enfermagem

Referência

Guimarães Z.M.B, Rodrigues GRS. Consulta de enfermagem: implementar a SAE ambulatorial em um complexo hospitalar universitário. Revista Gestão Pública: Práticas e Desafios, Recife, v. III, n. 5, out. 2012.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul. E-mail: tali_nurse@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora de Enfermagem do AMCE. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul.



Trabalho 141

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS QUE UTILIZARAM FRALDAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO.

Luise de Almeida Ferreira Alves¹

Rosimere Ferreira Santana²

Felipe Souza Ferreira³

Introdução: Dentre as práticas de cuidado as quais os idosos são submetidos durante a hospitalização se inserem aquelas vinculadas à higiene, ao controle das eliminações e ao conforto. A fralda geriátrica se inclui nessas práticas como uma tecnologia de cuidado que se baseia em saberes e práticas que se relacionam com os produtos e processos na assistência de enfermagem.¹ Esse estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, transversal que objetiva identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia II da NANDA - I em idosos hospitalizados em uso de fralda.² Estudo com parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa do cenário em questão, sob os preceitos da Resolução N° 196/96, protocolo n°. 0179.0.258.000-08. **Metodo:** Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados: entrevista semiestruturada, formulário, observação sistemática direta, levantamento em prontuários e utilização da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Os peritos envolvidos no estudo utilizaram o processo de raciocínio clínico (análise, julgamento e síntese dos dados). E com base nas inferências foram identificados os diagnósticos de enfermagem, a partir dos dados objetivos (questões fechadas e observação), dos dados subjetivos (falas) e de caracterização (Gênero, Idade, Tempo de internação e uso da fralda, Diagnóstico médico, Motivo de uso da fralda e Escala de Depressão Geriátrica). Obteve-se amostra de 40 idosos com idade igual ou superior a 60 anos; sem distinção de sexo; em uso de fraldas no período igual ou superior a três dias nos setores de Clínica Médica, Cirúrgica e Ortopedia de um Hospital Universitário de Grande Porte situado no município de Niterói – RJ. **Resultados:** os idosos em sua maioria eram do sexo feminino na faixa etária de 71 a 80 anos. Os diagnósticos médicos mais presentes foram as neoplasias, doenças cardiovasculares e fraturas ósseas. Detinham o tempo médio de internação de 21 a 25 dias, o tempo médio de uso da fralda de 11 a 15 dias e como motivo para o uso da fralda a imobilidade física seguida do déficit cognitivo. Os idosos em sua maioria indicaram os escores até 04 para a EDG. Foram encontrados 20 diagnósticos de enfermagem, dentre eles se destacaram: Risco de integridade da pele prejudicada, Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, Comunicação verbal prejudicada, Risco de Infecção e Mobilidade física prejudicada. **Discussão:** os diagnósticos encontrados revelaram que a utilização da fralda pode ser associada com os acometimentos cutâneos, ingestão alimentar, déficit na comunicação entre idoso e equipe de enfermagem e às dificuldades na mobilidade para executar atividades de eliminação. A elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas e ser considerado um indicador responsável pela necessidade de maior permanência hospitalar. No entendimento que a relação direta entre o período de internação e o período de uso da fralda pode-se associar a necessidade da análise de critérios para o uso, a comunicação se torna um instrumento básico

¹ Enfermeira. Mestranda em Ciências do Cuidado em Saúde (MACCS) pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EAAAC/UFF). Residência em Enfermagem em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Especialista em Enfermagem Gerontológica (UFF). Membro do Núcleo de Estudos em Enfermagem Gerontológica (NEPEG/CNPq/PROPPi). Rio de Janeiro, RJ. Brasil. e-mail: luise_almeida@yahoo.com.br. Endereço: Rua Dr. Celestino 74, Centro, Niterói-RJ Brasil CEP: 24020-091.

² Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Especialista em Psicogeriatria. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico (MEM/EAAAC/UFF). Vice-coordenadora da Pós-Graduação em Enfermagem Gerontológica (EAAAC/UFF). Líder do NEPEG. Rio de Janeiro, RJ. Brasil. e-mail: rosifesa@enf.uff.br

³ Enfermeiro. Residência em Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica pelo Hospital Naval Marçílio Dias. Rio de Janeiro-RJ.



Trabalho 141

favorável nesse processo. Os valores obtidos na Escala de Depressão Geriátrica mostrou a presença de questões emocionais, de autoestima e enfrentamento do processo de envelhecimento e das situações vivenciadas na hospitalização, como fragilidade, dependência e perda da autonomia. O comprometimento na capacidade de comunicação e diálogo pode ter relação com questões de negociação, aceitação e justificativa do uso da fralda, na medida em que o idoso estabelece um comportamento passivo e de dependência perante as práticas com ele executadas.³ Além das alterações orgânicas e funcionais, a presença da cognição prejudicada mantém conexão com a utilização da fralda na demanda de cuidados. O uso desse instrumento, nesse caso, transfere dificuldade na avaliação do custo-benefício e confere à equipe de enfermagem responsabilidades nas práticas de diferentes alternativas quando cabíveis. O distúrbio nutricional pode ser um agravante visto que nesses indivíduos o aparecimento do quadro de dependência e dificuldades na manutenção de atividades de vida diária se estabelece através do comprometimento na ingestão alimentar, na integridade cutânea e nas eliminações fisiológicas.⁴ No ambiente hospitalar o idoso que apresenta alterações nas eliminações gera mudanças no planejamento do cuidado, que pode ser ocasionado pelo uso de medicamentos, pela gravidade clínica, pela dieta e via alimentar, assim como pelos dias de hospitalização. De tal modo, ao identificar nos idosos a presença dessas alterações, percebe-se que o uso da fralda é encarado, a princípio, como inevitável e se torna um instrumento do cuidado. A fralda visa estabelecer o controle dentro das possibilidades das funções orgânicas, exercícios motores e cognitivos ainda existentes, similares às atividades relacionadas à alimentação, que habitualmente são realizadas de maneira autossuficiente. Percebeu-se que o comprometimento da autonomia exacerbada pelo comprometimento motor e cognitivo do paciente prescreve as demandas e a complexidade das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem. Essas características denotam a utilização da fralda como indispensável à medida que o emprego de outros métodos para as eliminações, exceto os invasivos, não era satisfatório devido à dificuldade na manipulação do idoso no leito pela debilidade motora. Os idosos que utilizavam fralda apresentavam dificuldades em levantar-se da cama, sentar-se sem apoio e realizar independentemente mudança de decúbito. Tais comprometimentos determinam o grau de autonomia e podem ser decisivos no planejamento do cuidado.⁵ **Conclusão:** Demonstrou-se que a fralda pode exacerbar ou promover eventos deletérios para o idoso durante a hospitalização. A fralda como tecnologia de cuidado necessita de critérios para utilização à medida que pode acarretar danos e ocasionais complicações em idosos hospitalizados. Esbarra em limitações decorrentes das rotinas de trabalho como obstáculos na execução de atividades planejadas, na ausência de protocolos e na manutenção de ações e comportamentos que caracterizam o idoso como dependente e incapaz.

Descritores: diagnóstico de enfermagem, idoso, hospitalização, fralda para adultos

Eixo temático: Assistência de Enfermagem

Referências:

- 1 – MERHY, EE; et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- 2 – NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- 3 – ALMEIDA, MA; et al. Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. Rev Latino-am Enfermagem 2008 julho-agosto; 16(4).



Trabalho 141

4 – MOURÃO, CML; et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145, jul./set.2009

5 – PAIXÃO, CT; SILVA, LD. As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: ações de enfermagem. Enfermería Global Nº 15 Febrero 2009.



Trabalho 142

ASSITÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE CASO

Maria Helena Leviski Alves¹

Avana Mocellin Terra²

Jéssica de Fátima Carvalho³

Estudo exploratório descritivo de foco qualitativo, que relata a experiência de parceria de trabalho estabelecida entre professores e alunos do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) e profissionais de uma Unidade de Saúde de Curitiba que adota como modelo de organização de trabalho a Estratégia da Saúde da Família (ESF). A ESF tem como intuito vincular os profissionais de saúde à população pertencente a um determinado território, tal fato é permitido por meio das visitas domiciliares, que proporcionam o reconhecimento das formações familiares e dificuldades enfrentadas pelas mesmas, além disso, executa intervenções de prevenção e promoção da saúde. No entanto, para garantir a qualidade do processo necessita intervir utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com a identificação e interpretação dos problemas, para organizar as intervenções necessárias e propor soluções de enfrentamento das situações identificadas¹. Esta forma de organizar os processos de trabalho em saúde adota um novo olhar sobre o cuidado, transpondo a atenção voltada apenas para a doença, buscando a reorganização dos serviços de saúde e trabalhando com alguns princípios como, equidade, integralidade e participação social. Busca promover a saúde e a qualidade de vida, prevenir o risco e seu consequente dano, bem como tratar, reabilitar e cuidar paliativamente quando necessário². O Curso de Enfermagem da PUCPR ao trabalhar com famílias tem como objetivo demonstrar a importância e relevância deste tipo de enfoque, na busca de maior qualidade de vida das mesmas, e a contribuição do aprendizado do trabalho com famílias na construção do perfil do futuro profissional enfermeiro. Tem também como intuito proporcionar aos graduandos do referido curso a vivência do cotidiano de trabalho dos enfermeiros da área da saúde coletiva. A disciplina Saúde da Família é ofertada no 6º período do curso, possui carga horária total de 126 horas/aula, distribuídas em 02 horas/aula teóricas e 05 horas/aula práticas semanais, totalizando 05 créditos. É desenvolvida em sua parte teórica e prática por docentes enfermeiros, em campo estabelece parceria com as equipes que compõe a estrutura que organiza o trabalho da Unidade Básica de Saúde do Programa de Saúde da Família do município de Curitiba. O desenvolvimento, do conteúdo, de forma teórica e prática, proporciona a abordagem psicossocial da família, enfocando as possibilidades de organização familiar na atualidade bem como as interfaces da organização familiar com a atividade de cuidar. O trabalho aqui relatado foi desenvolvido durante aulas práticas de campo curriculares partiu da indicação de uma família pela equipe de profissionais da Unidade de Saúde, com forte influência do Agente Comunitário em Saúde nesta indicação. Após a escolha da família foi realizado um trabalho buscando o estabelecimento de vínculo com a mesma, e posterior aceitação e comprometimento desta família com o desenvolvimento do processo de cuidar. O desenvolvimento da metodologia específica na qual este trabalho esta embasado, teve início objetivando identificar a estrutura, organização e funcionamento da família, a relação de cuidado e intimidade, processo de tomada de decisão, relação de poder e provimento bem como doenças e/ou condições relevantes para o cuidar em saúde e recursos disponíveis e utilizados pela família para o enfrentamento do seu viver cotidiano. A partir destas informações e utilizando-se das

¹ Mestre em Educação. Professora Adjunta 03 do Curso de Enfermagem e do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

² Acadêmica de Enfermagem do 7º período da Pontifícia Universidade Católica do Paraná;

³ Acadêmica de Enfermagem do 7º período da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.



Trabalho 142

ferramentas de diagnóstico de família, áreas de atuação da vigilância em saúde e manual da CIPE, foram elaborados diagnósticos e plano de intervenções de enfermagem, que além de servir de base para os primeiros trabalhos dos alunos com a família, na sequência foi incorporado pela equipe da Unidade de Saúde para continuidade do processo. A forma de acesso à família, composta por uma idosa de 89 anos e sua filha de 50 anos, foi a visita domiciliar que será abordada na sequência. Para obtenção dos dados e informações da família foram utilizadas as ferramentas de diagnóstico identificadas como FIRO (Fundamental Interpersonal Relations Orientation), GENOGRAMA e CICLO DE VIDA. Para a aplicação das ferramentas de diagnóstico primeiramente elaborou-se o histórico da família contemplando IV gerações. Tal ação permite não somente ao enfermeiro maior autonomia para o gerenciamento do cuidado, como também ao cliente, como ser participante deste processo, pois ao ser atendido em seu domicílio este encontra um cuidado que de fato levará em conta sua real condição de vida, tratamento, reabilitação, palição, promoção e prevenção, trabalhando, portanto com o que há de possível para cada família individualmente¹. O plano de cuidados que elencou as ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde, incluindo nela os alunos responsáveis pelo trabalho, contemplou os comportamentos esperados/ resultados esperados do núcleo familiar de acordo com as fases do ciclo de vida, identificados a partir de cada um dos indivíduos envolvidos/ pertencentes ao núcleo familiar. Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados com base na CIPE, utilizando prioritariamente os eixos FOCO e JULGAMENTO. O eixo FOCO foi estabelecido a partir da identificação das vulnerabilidades e potencialidades da família, com base na interpretação do Genograma. O Plano de Intervenções contemplou níveis de atuação da vigilância à saúde (promoção, prevenção, cura, reabilitação e palição), os clientes da ação, as ações propriamente ditas e os recursos utilizados durante todo o processo. Já nas primeiras visitas foi possível identificar a existência de diversos conflitos entre mãe e filha, as necessidades de reorganização dos papéis familiares e de intervenções relacionadas à saúde física e mental. Os resultados obtidos foram mudança no comportamento familiar, diminuição do conflito, melhora do diálogo e da organização domiciliar, inclusive relatos de planejamentos futuros entre a família. Concluímos evidenciando a importância da Enfermagem nesse processo, pois neste trabalho, não se busca atingir resultados apenas biológicos, mas também cuidar das necessidades sociais, mentais e espirituais favorecendo a comunidade para a busca de melhores resultantes de saúde. Tal experiência valoriza, portanto, o papel do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, e evidencia sua importância na coordenação e gerência do trabalho das equipes da Estratégia da Saúde da Família. Participar desta experiência nos proporcionou uma profunda empatia com o caso estudado e a família envolvida. Mais do que isso, foi possível perceber a singularidade das ações da Saúde Coletiva e o impacto na vida das pessoas e consequentemente na comunidade sob nossa tutela. Lembrar que nenhum indivíduo é um recipiente vazio e que o conhecimento não apenas se difunde, mas se constrói e compartilha em seus diferentes níveis e profundidades é, sem dúvida, uma das maiores lições deixadas por esta disciplina.

Descritores: Saúde da Família. Enfermeiro. Cuidado.
Eixo 2: Assistência de Enfermagem

¹ Mestre em Educação. Professora Adjunta 03 do Curso de Enfermagem e do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

² Acadêmica de Enfermagem do 7º período da Pontifícia Universidade Católica do Paraná;

³ Acadêmica de Enfermagem do 7º período da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.



Trabalho 142

REFERÊNCIAS:

¹Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2007 Set; 41 (Esp): 793-8.

²Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Revista Latino Americana. 2005 Nov/Dez;13(6):1027-34.

¹ Mestre em Educação. Professora Adjunta 03 do Curso de Enfermagem e do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

² Acadêmica de Enfermagem do 7º período da Pontifícia Universidade Católica do Paraná;

³ Acadêmica de Enfermagem do 7º período da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.



Trabalho 143

DRENAGEM TORÁCICA: O CONHECIMENTO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA CIRÚRGICA

Maria Leoni Valle¹

Marilyn Hohl²

Bianca C. de Melo³

Marcos F. dos Santos³

Vaniele Pinto³

Introdução: a assistência de enfermagem ao paciente com drenagem torácica é uma das atividades da equipe de enfermagem e requer conhecimentos teóricos, habilidades práticas e garantem a segurança do paciente. O trauma torácico corresponde a 25% das mortes em indivíduos politraumatizados. A mortalidade é alta, porém 85% das vítimas de trauma de tórax podem ser assistidos adequadamente apenas com suporte ventilatório, analgesia e drenagem de tórax. A classificação das lesões de tórax restringe-se basicamente a traumas fechados ou penetrantes, sendo esses últimos divididos em ferimentos por arma branca e de fogo. A drenagem torácica tem como objetivo a manutenção ou restabelecimento da pressão negativa do espaço pleural sendo sua finalidade principal a remoção de ar, líquidos e sólidos do espaço pleural ou mediastino por meio da inserção de um tubo. O acúmulo desses fluidos no espaço pleural podem ser resultantes de processos infecciosos, traumas ou procedimentos cirúrgicos⁽¹⁾. Os pacientes, vítimas de traumas torácicos necessitam de uma drenagem torácica para tratamento das lesões e restabelecimentos das funções respiratórias. Apesar de ser um procedimento médico, a equipe de enfermagem é responsável pelo cuidado com o paciente desde a inserção do dreno torácico até a sua retirada. Considerando que os cuidados de enfermagem com o paciente, requer conhecimentos em relação a função, posição de inserção, cuidados na manipulação do dreno e do sistema de drenagem, bem como as orientações fornecidas ao paciente durante a permanência e a retirada do dreno torácico. As dificuldades foram percebidas durante o desenvolvimento da prática de campo e estágios do Curso de Graduação em Enfermagem. **Objetivo:** identificar o conhecimento da equipe de auxiliares de enfermagem da clínica cirúrgica de um Hospital Universitário da cidade de Curitiba PR sobre os cuidados ao paciente com um sistema de drenagem torácica. **Metodologia:** Pesquisa exploratória, descritiva, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), parecer 0005188/2011. Foram entrevistados 24 auxiliares de enfermagem da unidade cirúrgica de todos os turnos de trabalho mediante um roteiro elaborado com questões sobre os cuidados com o paciente com drenagem torácica tais como: função do dreno de tórax; localização do dreno na cavidade torácica; finalidade do selo d'água; atitudes a serem tomadas na presença de grande quantidade de drenagem de sangue no frasco de selo d'água e cuidados com a respiração do paciente caso este dreno necessite ser clampeado^(2,3). As respostas foram gravadas, transcritas e elaborado um quadro das respostas das questões para facilitar a análise. **Resultados:** Os auxiliares de enfermagem apresentaram maior dificuldade nas questões que envolvem conhecimentos científicos específicos tais como: função do dreno de tórax; localização do dreno na cavidade torácica; finalidade do selo d'água; atitudes a serem tomadas na presença de grande quantidade de drenagem de sangue no frasco de selo d'água e cuidados com a respiração do paciente caso este dreno necessite ser clampeado^(2,3). Estes saberes exigem conhecimentos de anatomia e fisiologia e não somente a memorização da rotina instituída. Foram evidenciadas dificuldades também em relação a orientação

¹ Enfermeira. Mestre em Educação. Especialista em Saúde Pública, Didática do Ensino Superior e Bioética. Enfermeira Estomatoterapeuta Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR, maria.valle@pucpr.br

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em UTI e Didática de Ensino Superior. Enfermeira Estomatoterapeuta. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR.

³ Acadêmicos de Enfermagem da PUCPR



Trabalho 143

específica ao paciente no momento da higienização, transporte, movimentação no leito e deambulação e também os cuidados pós alta. Por outro lado foi constatado que os auxiliares de enfermagem tiveram maior facilidade nas questões que envolvem rotinas do setor tais como: frequência na troca do curativo da inserção do dreno torácico, substância utilizada no frasco de drenagem por ocasião da troca do selo d'água; manutenção do frasco de selo d'água abaixo do nível do leito e do clampeamento do circuito do dreno torácico, destacando as anotações de enfermagem^(2,3). Outro item verificado foi que nem todos os auxiliares de enfermagem, de todos os turnos de trabalho manipulam o circuito da drenagem torácica, apenas verificam o débito drenado e realizam curativo da inserção do dreno torácico, o que é um fator limitador para o conhecimento a medida que não executam o procedimento. Constatou-se que os procedimentos que estão contemplados no Procedimento Operacional Padrão da Instituição os auxiliares de enfermagem tiveram maior facilidade, uma vez que são cobrados pelo enfermeiro na passagem do plantão e fazem parte da rotina de registros de enfermagem do prontuário do paciente. Os auxiliares de enfermagem destacaram como limitante para a resposta das perguntas que envolviam conhecimentos científicos, o pouco tempo de trabalho no setor como justificativa para a falta de conhecimento, o que não deveria justificar, pois o cuidado com a drenagem torácica é contemplada nos cursos de formação o que deveria fornecer a eles embasamento para prática segura. **Conclusão:** Por se tratar de uma clínica cirúrgica, destaca-se a necessidade da capacitação em serviço, com a finalidade de melhorar o conhecimento da equipe de auxiliares de enfermagem e garantir uma assistência segura aos pacientes. A enfermagem não está limitada apenas à prestação de cuidados simples como a realização de curativos ou cuidados corporais básicos, é necessário ir muito além de habilidades técnicas, como a constante busca do conhecimento científico, a fim de prevenir e recuperar danos e promover a segurança aos pacientes com drenagem torácica. A falta de cuidados adequados e os erros de manipulação do dreno torácico podem adicionar uma série de comorbidades ao paciente, desde o aumento de dias de sua internação, a exposição a agentes infecciosos, e em casos mais graves a piora do quadro inicial até a morte. **Contribuições:** Como contribuição ao Serviço de Educação Continuada foi elaborado um material educativo ilustrado com orientações sobre os cuidados de enfermagem específicos, baseado nas dificuldades apresentadas pelos auxiliares de enfermagem com o intuito de auxiliar na assistência de enfermagem aos pacientes com drenagem torácica, proporcionando maior segurança durante todo o tratamento.

Palavras-chaves: assistência centrada no paciente, sucção, segurança do paciente.

Eixo 2: Assistência de Enfermagem

REFERÊNCIAS

- 1 Huddleston, SS, Ferguson, SG. Emergências clínicas: abordagens, intervenções e auto avaliação. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- 2 Schull, PD. Enfermagem básica: teoria e prática. 3ª ed. São Paulo: Rideel; 2004.

¹ Enfermeira. Mestre em Educação. Especialista em Saúde Pública, Didática do Ensino Superior e Bioética. Enfermeira Estomaterapeuta Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR, maria.valle@pucpr.br

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em UTI e Didática de Ensino Superior. Enfermeira Estomaterapeuta. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR.

³ Acadêmicos de Enfermagem da PUCPR



Trabalho 143

3 Carpenito-Moyer, LJ. Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnóstico de enfermagem e problemas colaborativos. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

¹ Enfermeira. Mestre em Educação. Especialista em Saúde Pública, Didática do Ensino Superior e Bioética. Enfermeira Estomaterapeuta Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR, maria.valle@pucpr.br

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em UTI e Didática de Ensino Superior. Enfermeira Estomaterapeuta. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR.

³ Acadêmicos de Enfermagem da PUCPR



Trabalho 144

FITA ADESIVA ESTÉRIL: AVALIAÇÃO DA REMOÇÃO E DE EVENTOS ADVERSOS NO CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO

Marilyn Hohl¹

Maria Leoni Valle²

Adrieli Aparecida Simões de Lima³

Thayrine Mayara Dário³

Para a implementação da terapia intravenosa, as Enfermeiras devem possuir conhecimentos específicos que permitam praticar, de forma correta e segura, os variados aspectos de cuidados necessários para a realização dessa terapia, tais como: o preparo do paciente; a escolha, inserção, obtenção e salinização do cateter intravenoso periférico (CIP); a monitoração das infusões; a troca das soluções e dos dispositivos de infusão; a fixação e troca de coberturas/curativos; a retirada de cateteres; e diversos outros aspectos de cuidado⁽¹⁾. Durante os 50 primeiros anos da terapia intravenosa, a cobertura sobre o CIP mais frequentemente usado era com a gaze estéril e a fita adesiva hipoalergênica não estéril⁽²⁾. Atualmente, esses materiais são recomendados pelo *Centers For Disease Control And Prevention* (CDC) para a realização de curativos nos CIP, sendo vários os estudos que correlacionavam os desempenhos desses dois tipos de materiais, identificando semelhanças nos resultados referentes à prevenção da ocorrência de infecção de corrente sanguínea aos cateteres⁽³⁾. Além dessas duas coberturas, algumas instituições de saúde ainda utilizam as fitas adesivas microporadas não estéreis, prática vastamente observada nos países em desenvolvimento. No entanto, a contaminação da fita pode ocorrer facilmente assim que a embalagem original é aberta e a fita é aplicada diretamente na inserção do cateter⁽⁴⁾. Além desses três tipos de coberturas, a CDC recomenda a fita adesiva estéril hipoalergênica que pode ser avaliada pela palpação direta na inserção do CIP⁽³⁾. No mercado brasileiro foi desenvolvido um material semelhante à fita adesiva não estéril, que foi submetido ao processo de esterilização, composto por *rayon* e poliéster e indicado para fixação do CIP⁽²⁾. Dada à relevância de se utilizar uma cobertura para proteger e fixar o CIP, optou-se nesse estudo pela utilização da cobertura IV Fix, por ser estéril, prática, segura e confortável; permite a transpiração da pele; tem forte adesão inicial, aumentando a adesão com o passar do tempo; e principalmente, porque tem baixo custo e reduz o tempo da equipe de enfermagem, uma vez que pode permanecer até 72 a 96 horas fixadas sobre o sítio de inserção do CIP⁽⁵⁾. Partindo do pressuposto que o IV Fix apresenta a alternativa em cobertura estéril quando a situação envolve a necessidade de maior fixação, estabilização e redução de eventos adversos; preserva a integridade do acesso venoso; previne a migração, perda e deslocamento do CIP, apresenta-se como hipótese “Ao utilizar a cobertura IV Fix sobre os cateteres intravenosos periféricos ocorre uma redução na remoção dos cateteres e dos eventos adversos no sítio de inserção do cateter intravenoso periférico e nas áreas adjacentes”. Tendo como base às considerações acerca dos aspectos técnico-científicos de enfermagem do CIP, questiona-se: Qual o efeito do IV Fix sobre o CIP? Quais os motivos de remoção do CIP? e Qual a ocorrência de eventos adversos no sítio de inserção e nas áreas adjacentes do CIP, cobertos e fixados com o IV Fix? O presente estudo tem por objetivo geral avaliar o efeito do IV Fix sobre o CIP e como objetivos específicos verificar os motivos de remoção do CIP e identificar a ocorrência de eventos adversos no sítio de inserção e nas áreas adjacentes do CIP, cobertos e fixados com o IV Fix. Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo transversal com abordagem quantitativa. A

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em UTI e Didática de Ensino Superior. Enfermeira Estomaterapeuta. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR. E-mail: marilin.hohl@pucpr.br

² Enfermeira. Mestre em Educação. Especialista em Saúde Pública, Didática de Ensino Superior e Bioética. Enfermeira Estomaterapeuta. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR.

³ Acadêmicas do 8º período do Curso de Enfermagem da PUCPR



Trabalho 144

amostra foi constituída por 36 CIP inseridos em 29 pacientes, exclusivamente do sexo feminino, internadas na unidade 5 de um Hospital de Ensino, majoritariamente clínico e/ou cirúrgico. Este estudo foi realizado após anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR com Parecer nº 67862. A coleta de dados foi realizada diariamente, com a utilização de um formulário de observação, durante 30 dias consecutivos, no período matutino. O formulário se constituiu de três etapas: entrevista; observação do local de inserção do CIP e das áreas adjacentes e observação do aspecto da cobertura IV Fix; e avaliação do prontuário. Os resultados encontrados nessa investigação mostram que do total de 29 pacientes internadas, 15 (52%) são idosas, 17 (59%) brancas, 14 (74%) hipertensas, 12 (63%) cardiopatas e 16 (53%) internaram por insuficiência cardíaca. Nas 29 pacientes foram inseridos 36 CIP e que, destas 25 (87%) submeteram-se a uma punção, 2 (7%) a duas, 1 (3%) a três e 1 (3%) a quatro. Em relação ao local de instalação dos 36 CIP, verificou-se que, 16 (44%) das punções venosas realizadas foram em antebraço, 14 (39%) no dorso da mão e 06 (17%) no braço. O calibre 22 gauge (97%) foi o mais empregado para punção intravenosa, sendo também o mais adequado para as pacientes da faixa etária investigada. Referente ao tempo de permanência dos 36 CIP, 11 (31%) cateteres permaneceram até 24 horas, 10 (28%) de 25 a 48 horas, 06 (17%) de 49 a 72 horas, 07 (19%) de 73 a 96 horas e apenas 02 (5%) de 97 a 120 horas. Quanto aos aspectos das 36 coberturas IV Fix sobre os 36 CIP, constatou-se que 31 (86%) coberturas estavam secas, 2 (5%) com sujidade, 1 (3%) com umidade e 2 (5%) com as bordas soltas. Ao considerar as causas de remoção dos 36 CIP, 22 (61%) foram removidos por alta hospitalar, 07 (19%) pela fragilidade da veia, 04 (11%) pela infiltração, 02 (6%) pelo término da indicação da terapia intravenosa e 01 (3%) por óbito. Com base nos objetivos traçados neste estudo, pode-se concluir que os motivos de remoção dos 36 CIP inseridos nas 29 pacientes referentes aos eventos adversos foram a fragilidade da veia com 19% e a infiltração com 11%. Portanto, percebe-se que ao utilizar a cobertura IV Fix sobre os CIP ocorre uma redução na remoção dos cateteres e dos eventos adversos no sítio de inserção do cateter e nas áreas adjacentes. Afirma-se isso, porque não foi identificado nenhuma flebite durante o período de coleta de dados com a utilização da cobertura IV Fix. Por fim, os achados apresentados por este estudo evidenciam que as atividades de educação continuada e permanente relacionado ao profissional de enfermagem são de extrema importância especialmente quando se trata do emprego de uma nova tecnologia.

REFERÊNCIAS

1. Harada MJCS; Pereira MLG. Terapia intravenosa e infusões. São Paulo: Yendis; 2011.
2. Avelar AFM. Curativos e estabilização de cateteres. In: Harada MJCS; Pedreira ML. Terapia intravenosa e infusões. São Paulo: Yendis; 2011.
3. CDC. *Centers For Disease Control And Prevention*. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. MMWR, parte I, p.1-36, 2002/51 (RR10).
4. Machado AF; Pedreira MLG; Chaud MN. Eventos adversos relacionados ao uso de cateteres intravenosos periféricos em crianças de acordo com tipos de curativo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2008; 16(3), 362-67, maio/jun.
5. 3M. Fabricante de curativos. Disponível em: http://solutions.3m.com.br/wps/portal/3M/pt_BR/MedicoHospitalar/Home/ProdutSolucoes/TerapiaIntravenosa/TagadermBasic1620/

Palavras chaves: Cateterismo venoso periférico, curativo oclusivo, segurança do paciente.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em UTI e Didática de Ensino Superior. Enfermeira Estomaterapeuta. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR. E-mail: marilin.hohl@pucpr.br

² Enfermeira. Mestre em Educação. Especialista em Saúde Pública, Didática de Ensino Superior e Bioética. Enfermeira Estomaterapeuta. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR.

³ Acadêmicas do 8º período do Curso de Enfermagem da PUCPR



Trabalho 144

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em UTI e Didática de Ensino Superior. Enfermeira Estomaterapeuta. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR. E-mail: marilin.hohl@pucpr.br

² Enfermeira. Mestre em Educação. Especialista em Saúde Pública, Didática de Ensino Superior e Bioética. Enfermeira Estomaterapeuta. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR.

³ Acadêmicas do 8º período do Curso de Enfermagem da PUCPR



Trabalho 145

MULTIPLICIDADE DE FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Marilyn Hohl¹
Daniele Pedroso²

Úlcera por pressão (UP) é uma lesão na pele localizada sobre proeminências ósseas, resultado de uma pressão combinada de fricção, pressão e cisalhamento, sua evolução é rápida expondo todas as camadas da pele e tecidos⁽¹⁾. O desenvolvimento de UP é um fenômeno complexo que abrange múltiplos fatores de risco relacionados ao paciente e ao meio externo, sendo a imobilidade o fator de maior gravidade nos pacientes hospitalizados. Associado a isso, está a escassez de recursos, insumos, profissionais e condutas ou omissão da equipe multiprofissional. Os fatores de risco dividem-se em três grupos, sendo eles os Fatores Intrínsecos, os Extrínsecos e os Predisponentes; cada um desses grupos é composto por variáveis que lhe são pertinentes, o que reforça o entendimento sobre a multicausalidade no surgimento dessa lesão, além de possibilitar uma melhor compreensão da complexidade da associação dos referidos fatores no momento de uma avaliação clínica do paciente⁽²⁾. Os fatores intrínsecos são os principais originadores das UP e incluem os fatores internos do corpo humano, que estão relacionados com as condições físicas variáveis do paciente, como: idade, sexo, cor da pele, estado nutricional, peso corpóreo, alterações na umidade, turgor e elasticidade da pele, alteração da temperatura corporal, edema, proeminências ósseas evidenciadas e incontinência urinária e/ou fecal^(3,4). Os fatores extrínsecos estão ligados à tolerância tissular ou ao mecanismo de formação das UPs, como: pressão, umidade, fricção e cisalhamento no tecido e agem sozinhos ou combinados, devido ao colchão inadequado, espaços de tempo largo nas mudanças de decúbito^(3,4,5). E os fatores predisponentes estão relacionados com o estado de saúde do paciente, com patologias que podem contribuir para o aparecimento das UPs, como as alterações cardiopulmonares, crônicas degenerativas, sanguíneas, neurológicas, vasculares, metabólicas, entre outros^(2,3,5). Partindo dessas considerações iniciais, este estudo tem como objetivo identificar, nos artigos científicos, os múltiplos fatores de risco intrínsecos, extrínsecos e predisponentes que contribuem para o desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. Trata-se de uma revisão de literatura, que tem como propósito reunir conhecimentos sobre um tema ou tópico. Realizou-se um levantamento das produções científicas, no período de agosto a outubro de 2012, nas bases de dados da Área da Saúde LILACS e SciELO. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram úlcera por pressão e fatores de risco. Foram incluídos os periódicos publicados na íntegra entre os períodos de 2005 a 2011; periódicos nacionais de enfermagem publicados em português; e os artigos que apresentavam resultados de pesquisas desenvolvidas no contexto hospitalar com Enfermeiras e/ou integrantes da equipe de enfermagem. O processo de análise dos dados foi realizado em duas etapas. Na primeira, foram identificados os dados referentes ao periódico, como: ano, base de dados, título, metodologia, resultados principais e referências, utilizando um instrumento construído especificamente para este estudo com base na questão da pesquisa. Na segunda, sucedeu-se a análise dos artigos, cujos resultados foram agrupados por similaridade e pertinência, constituindo-se a multiplicidade dos fatores de risco intrínsecos, extrínsecos e predisponentes. Após uma análise prévia, do total de 27 artigos obtidos, 09 foram excluídos, sendo 04 revisões de literatura e 05 com temas divergentes com o proposto no estudo, utilizando-se então uma amostra de 18 publicações científicas de enfermagem sobre UP e fatores de risco.

[Digite texto]

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em UTI e Didática de Ensino Superior. Enfermeira Estomatoterapeuta.

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR. E-mail: marilin.hohl@pucpr.br

² Acadêmica do 8º período do Curso de Enfermagem da PUCPR



Trabalho 145

Do total de 18 artigos, 14 (78%) foram encontrados nas bases de dados LILACS e expressiva maioria, foi publicado a partir de 2011, com 7 (39%) estudos. Dentre os títulos mais destacados, 8 (44%) se referiam as escalas de avaliação de risco para o desenvolvimento de UP e 7 (39%) aos fatores de risco e associados. Em relação aos delineamentos de pesquisa, inúmeros foram utilizados, sendo que os predominantes foram: 5 (27%) estudos transversais, descritivos, quantitativos; 3 (16%) longitudinais, descritivos, quantitativos; e 3 (16%) exploratórias, descritivos, quantitativos. A população investigada, nos 18 artigos, foi de 2.376 sujeitos, sendo que 1.307 (55%) apresentavam idade igual ou superior a 60 anos com uma frequência maior para o sexo feminino, com 793 (61%). Quanto aos fatores de risco intrínsecos, extrínsecos e predisponentes, obteve-se um total de 44 fatores. Desse total, verificou-se preponderância referente à mobilidade (100%); idade (89%); sexo feminino (67%); alterações neurológicas (61%); sexo masculino, estado nutricional, umidade da pele, fricção e tempo de internação, com 56% concomitantemente; uso de medicamentos (50%); pressão, percepção sensorial e hipertensão, com 44% respectivamente; cor da pele branca e peso corpóreo, com 39% simultaneamente; cisalhamento, características da pele (turgor e elasticidade), incontinência urinária e diabetes, com 33% concomitantemente; incontinência fecal (28%); tabagismo e anemia, com 22% respectivamente. Entende-se que o presente estudo atingiu o objetivo proposto, porque em 18 artigos científicos, identificou-se 44 fatores de risco intrínsecos, extrínsecos e predisponentes que contribuem para o desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. As UPs constituem problemas graves e onerosos no cuidado prestado ao paciente, assim sendo, conhecer e apreender o que são as UPs e os fatores de risco permitem que a equipe multiprofissional envolvida programe e implemente ações efetivas de prevenção e tratamento⁽²⁾. Sabe-se que ao identificar os fatores de risco com antecedência, favorece-se muito o bem estar e a integridade física do paciente diminuindo assim, a sobrecarga do serviço prestado pela enfermagem. Desse modo, espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para o aprofundamento dos conhecimentos das Enfermeiras sobre a multiplicidade de fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de UP em pacientes hospitalizados. E ainda, espera-se que com os fatores identificados, as Enfermeiras possam estabelecer, futuramente, protocolos de avaliação de risco, de prevenção e de tratamento.

REFERÊNCIAS

- 1 NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*). Atualizações estágios NPUAP de úlceras por pressão of *Pressure Ulcers*, Washington, 2007; v.21, p. 5; fev.
- 2 Fernandes NCS; Torres GV; Vieira D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. *Rev. Eletr. Enf.* 2008; 10(3), 733-46.
- 3 Dealy, C. *Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
- 4 Fernandes NCS et al. Incidência e fatores de risco de úlcera de pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Ciênc. Cuid. Saúde*, 2008; 7(3), 304-310, jul./set.
- 5 Paiva LC. *Úlcera de pressão em pacientes internados em um hospital universitário em Natal/RN: condições predisponentes e fatores de risco*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, [RN], 2008.

Palavras chaves: úlcera por pressão, fatores de risco.

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

[Digite texto]

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em UTI e Didática de Ensino Superior. Enfermeira Estomatoterapeuta.

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da PUCPR. E-mail: marilin.hohl@pucpr.br

² Acadêmica do 8º período do Curso de Enfermagem da PUCPR



Trabalho 146

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE ESCOLAR: SATISFAÇÃO DOS ADOLESCENTES.

Flavia Conceição Lopes¹, Gislane Wiselowski², Vânia Muniz Néquer Soares³, Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves⁴ e Adriana Bender Moreira de Lacerda.⁵

O Ministério da Saúde, nos Cadernos de Saúde Escolar de 2009 afirma que não existe consenso sobre a melhor forma de avaliação clínica e psicossocial dos adolescentes e jovens, afirma que os procedimentos devem ser adaptados às necessidades do escolar por se tratar de uma questão complexa. Nesse mesmo documento fornece as atribuições de cada profissional da área de saúde, incluindo do profissional enfermeiro. Em 2007 foi instituído o Programa de Saúde na Escola (PSE) no âmbito dos Ministérios da Educação e Saúde. Esse programa de forma mais ampla tem como finalidades contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Preconiza a avaliação desse adolescente pelo menos uma vez ao ano na escola, pois é nesse ambiente que o adolescente está inserido e integrado. O Ministério da Saúde em 2006 afirma que a escola desempenha um papel importante na relação entre alunos, familiares e comunidade, influenciando práticas e atitudes de alunos, professores e outros. Refere que o setor Educação é um aliado importante para o setor Saúde e a escola pode ser um espaço estratégico para a promoção da saúde. O Programa de Saúde na Escola (PSE) é constituído por quatro componentes sendo um deles a avaliação das condições de saúde dos adolescentes das escolas públicas. Nesse sentido a Consulta de Enfermagem vem sistematizar e oferecer qualidade no atendimento dos adolescentes na escola. A Consulta de enfermagem é privativa ao Enfermeiro que necessita de suporte teórico e científico para sua realização, como também conhecimento sobre a adolescência e suas particularidades para sua efetividade e qualidade da assistência. O Ministério da Saúde destaca a necessidade do estabelecimento de um vínculo de confiança entre o profissional da saúde e o adolescente. Considera que uma atitude acolhedora e compreensiva também possibilitará a continuidade de um trabalho com objetivos específicos e resultados satisfatórios. Também devem ser ressaltados outros pontos importantes para facilitar a relação entre o profissional de saúde e o adolescente tais como sigilo, tempo, identidade profissional e escuta. O objetivo desse estudo foi avaliar a satisfação dos adolescentes que foram submetidos à Consulta de Enfermagem no ambiente escolar em uma instituição da rede estadual do município de Curitiba. A consulta de enfermagem foi desenvolvida tendo como referenciais teóricos a Políticas Nacionais e as Diretrizes para Atenção Integral a Saúde do Adolescente, a Política de Saúde Escolar, e os Cadernos de

1 Enfermeira; Mestranda do Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Paraná; Enfermeira do Serviço de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná; E-mail: flaviaconci@gmail.com.

2 Enfermeira. Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Paraná.

3 Enfermeira; Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública - USP; Professora Adjunta da Universidade Tuiuti do Paraná.

4 Fonoaudióloga; Coordenadora do Programa de Mestrado da Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Paraná; Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas.

5 Fonoaudióloga; Professora adjunta da Universidade Tuiuti do Paraná - UTP, Curitiba, Paraná; Doutora em Ciências Biomédicas - Audiologia pela Universidade de Montreal, Canadá.



Trabalho 146

Atenção Básica em Saúde na Escola. Para a realização desse estudo foi elaborado um instrumento adaptado a partir das orientações do manual “A Saúde do Adolescente e Jovens: uma metodologia de autoaprendizagem para equipes de atenção básica de saúde”, do manual Programa Saúde na Escola- Passo a Passo e dos Cadernos de Atenção Básica - Saúde Escolar. O instrumento contava com os seguintes itens a serem avaliados: dados sócio demográficos, estudo, família, trabalho e vida social. As os itens em relação à avaliação de saúde foram: hábitos de sono, ingestão alcoólica, fumo, alimentação e a avaliação clínica propriamente dita com exame físico céfalo-caudal incluindo aferição dos antropométricos, sinais vitais, avaliação oftalmológica (teste de Snellen) e levantamento de sinais e sintomas auditivos. O instrumento contou com 132 itens para a avaliação desse adolescente. Foram avaliados 63 adolescentes do ensino médio dos turnos da manhã e da noite da faixa etária de 15 a 19 anos. Para a realização das Consultas de Enfermagem foi cedido pela escola um espaço onde foi montado um consultório com maca, balança, antropômetro, oxímetro, painel de Snellen, otoscópio entre outros materiais. Após a realização uma semana da realização da Consulta de Enfermagem o adolescente recebeu um questionário para a avaliação da Consulta de Enfermagem. Como resultado percebeu-se que 98,8% dos adolescentes se diz muito satisfeito quanto ao atendimento durante a consulta de enfermagem. 54% se sentiu muito satisfeito pelo atendimento da enfermeira, 12,7% se sentiu muito satisfeito em saber de sua saúde, 22,2% se sentiu muito satisfeito por ter suas dúvidas esclarecidas e 7,9% gostaram da Consulta de enfermagem como um todo. 95,2% dos adolescentes acharam o tempo de atendimento adequado, desses 44,4% disseram que o tempo foi adequado para fazer a avaliação completa, 22,2% acharam adequado por ter acontecido de maneira rápida e 15,8% por terem suas dúvidas esclarecidas. Ao serem questionados se achavam importante a Consulta de Enfermagem ser ofertada na escola 98,4% respondeu sim. Desses 36,5% disseram ser uma oportunidade de atendimento, pois é difícil o adolescente ir até a unidade de saúde ou hospital, 27% acredita que a consulta de enfermagem esclarece dúvidas, 25,4% acha importante para saber da saúde e 4,8% acha importante pela oportunidade de diálogo. Quanto ao que mais agradou 31,7% referiu ter gostado da Consulta de Enfermagem, 25,4 gostou do atendimento, 17,5 gostou da conversa, 17,5% de saber das questões de saúde e 7,9% por terem suas dúvidas esclarecidas. Em relação ao que menos agradou na Consulta de Enfermagem 77,8% referiu que nada desagradou durante o atendimento e 9,5% referiu que saber das alterações de saúde desagradou. Esse estudo concluiu que a iniciativa da Consulta de Enfermagem no ambiente escolar ao adolescente é possível e satisfatória, principalmente por ser realizado no ambiente onde ele mais frequenta e está inserido. Esse estudo demonstrou que a Consulta de Enfermagem como instrumento norteador para a avaliação e assistência das condições de saúde dos adolescentes foi muito bem aceita por essa população. Observou-se que os adolescentes necessitam de uma avaliação voltada às suas necessidades e carências. Gonçalves, CGO. Saúde do trabalhador – da estruturação à avaliação de programas de preservação auditiva. São Paulo: Roca; 2009. Gubert, FA. et al. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. Rev. Eletr. Enf. 2009; 11 (1): 165-172. Henriques, BD et al. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. Rev. Med. Minas Gerais. 2010; 20(3): 300-309. Lacerda, ABM et al. Hábitos auditivos e comportamento de adolescentes diante das atividades de lazer ruidosas. Rev. CEFAC. 2011 abr; 13(2): 322-329.

Descritores: Cuidados de Enfermagem, Saúde do Adolescente,
Eixo 2: Assistência de Enfermagem



Trabalho 447



ACEITAÇÃO DOS PAIS À CONSULTA DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE NO AMBIENTE ESCOLAR

Flavia Conceição Lopes, Gislaíne Wiselowski, Vânia Muniz Néquer Soares, Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves e Adriana Bender Moreira Lacerda
UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

INTRODUÇÃO

A escola constitui um espaço privilegiado para a captação dos adolescentes. A escola é onde eles passam a maior parte do seu tempo. O Programa Saúde na Escola preconiza a avaliação clínica e psicossocial pelo menos uma vez ao ano na escola. Para a realização dessa avaliação faz-se necessária a participação dos pais.

OBJETIVO

Esse estudo teve como objetivo verificar a aceitação dos pais à Consulta de Enfermagem.

METODOLOGIA

Foi enviado aos pais um envelope contendo: folheto explicativo sobre a Consulta de Enfermagem, termo de autorização para a participação do adolescente e um questionário com questões sobre antecedentes do adolescente e familiar.

REFERENCIAS

Lacerda, ABM et al. Hábitos auditivos e comportamento de adolescentes diante das atividades de lazer ruidosas. Rev. CEFAC. 2011 abr; 13(2): 322-329.

RESULTADOS

Avaliou-se 63 adolescentes de uma escola estadual de Curitiba que tiveram a autorização. 95,2% dos pais responderam o questionário e 4,8% autorizaram, mas não responderam. 49,2% dos pais responderam de maneira completa ao questionário, 28,6% deixou de responder um item, 9,5% deixou de responder 2 itens, 3,2% não respondeu a 6 itens e 4,8% não respondeu 3, 4 e 7 itens.

CONCLUSÃO

Os pais acreditam ser importante a Consulta de Enfermagem no ambiente escolar, pois a maioria respondeu ao questionário, mostrando interesse em saber da saúde dos adolescentes. Percebeu-se que a estratégia de enviar o envelope é válida para manter a parceria, família, escola e equipe de saúde no cuidado a saúde dos adolescentes.



Trabalho 148

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM MULHERES AVALIADAS PELO PROTOCOLO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Dafne Louize Gomes Fernandes¹
Monique Ramos de Paula²
Ângela Maria e Silva³
Rita Batista Santos⁴
Mauricio Pinho Gama⁵

Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ

INTRODUÇÃO: Segundo a Portaria nº 1.600 do Ministério da Saúde¹ a atenção domiciliar é entendida como conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio. O cuidado domiciliar é realizado na atenção primária, secundária e terciária, dependendo do nível de complexidade em que se encontra o indivíduo a ser assistido. Tornou-se uma modalidade de assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, não só por reduzir os custos, como também por ser uma resposta à baixa humanização e resolutividade geradas pelas internações hospitalares, que muitas vezes não conseguem atender às demandas de cuidados cada vez mais complexas. Partindo-se desta premissa, é importante salientar o papel do enfermeiro nesta modalidade. O atendimento domiciliar tem como base as ações interdisciplinares, sendo o cuidado um dos focos principais, tornando assim, o profissional enfermeiro um dos principais personagens neste contexto, pois o cuidado é a essência da enfermagem². É interessante a proposição de métodos que possam servir de ferramenta para auxiliar na avaliação adequada a inclusão, prestação e determinação do tipo e duração da assistência domiciliar. O Protocolo de Atenção Domiciliar (PAD)² adotado pelo Programa de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) propõe Sistemas de Enfermagem (SE): cuidador apto, nível de consciência, órteses, curativos de ferida operatória, curativos de úlceras, suporte ventilatório, suporte nutricional, sistema urinário, sistema fecal, sistema terapêutico oral, sistema terapêutico parenteral, intramuscular e subcutâneo, suporte terapêutico venoso, banho, vestuário, higiene pessoal e transferência/ mobilidade. A pontuação leva à classificação do perfil para atenção domiciliar, em ordem crescente de dependência para o autocuidado, determinando o tipo e tempo de permanência no atendimento segundo os

¹ Graduanda. Bolsista PIBIC/UFRJ. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro

² Graduanda. Aluna não bolsista. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda e Professora Assistente da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). E-mail: anjoomaria@gmail.com.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Associado da Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Projeto de Pesquisa "Avaliação de um protocolo de atenção domiciliar pela enfermagem".

⁵ Estatístico. Professor Titular. Divisão de Pesquisa. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Universidade Federal do Rio de Janeiro.



Trabalho 148

SE escores: A - Inferior a 15: Atendimento Domiciliar; B - de 16 a 25: Internação Domiciliar; e C - Acima de 25 - Internação Hospitalar, indicadores de dependência ou autonomia para o Autocuidado. Os Sistemas de Enfermagem (SE) do Protocolo de Atenção Domiciliar (PAD) levou aos diagnósticos de enfermagem (DE) em mulheres. um grupo com uma condição especial para a abordagem de atenção domiciliar na perspectiva de enfermagem, destacando o perfil epidemiológico, clínico, laboratorial e a escala funcional dos SE para o mapeamento dos Diagnósticos de Enfermagem segundo a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* – (NANDA)³⁻⁴.

OBJETIVO: Realizar mapeamento dos SE para identificação dos DE nestas usuárias.

DESCRICAÇÃO METODOLÓGICA: Esse estudo foi realizado no Programa de Atenção Domiciliar Interdisciplinar do HUCFF no Rio de Janeiro. A investigação é quantitativa com armazenamento dos dados numa planilha Excel e tratamento com estatística descritiva pelo programa XLStat. A amostra foi de 60 mulheres de uma população de 114 usuários avaliados pelo PAD entre 2002 a 2009. A técnica de amostragem é probabilística de conveniência. Não houve critérios de exclusão. O estudo apresentou as seguintes etapas: aplicação do PAD aos usuários, coleta e armazenamento de dados a partir dos prontuários clínicos e formulários próprios do PA, análise estatística descritiva e mapeamento dos diagnósticos de enfermagem utilizando análise comparativa a partir de dados sociodemográficos, clínicos e perfil de partindo-se de sua escala funcional dos SE utilizados pelas usuárias⁵. Incluem-se as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, renda e estado civil); clínicas (doença principal, dados de internações, comorbidades, tempo e duração do atendimento em dias); e assistenciais (nível de dependência avaliado através do Sistema de Enfermagem Escore e dos demais sistemas de enfermagem). Dada à análise dos dados, seguiu-se o mapeamento dos diagnósticos de enfermagem⁵ baseado em uma matriz que contem ou DE com suas definições, rótulos, características definidoras e fatores relacionados e as variáveis quantitativas e qualitativas, explicitadas anteriormente, correspondente à caracterização para os DE. O mapeamento procedeu à comparação entre as informações existentes nos prontuários e formulário do PAD com a análise dos diagnósticos de enfermagem que apresentaram semelhança com os dados, no intuito de identificar similaridades, semelhanças e agrupamento com a finalidade de validação do modelo neste contexto⁵. Ressalta-se que este projeto foi recomendado pelo edital Universal 2/2006 do CNPq e pelo Programa Institucional de Bolsas de Extensão da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em fase de validação. Além disso, foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições parceiras sob Protocolos 076/06 e 801/07.

RESULTADOS/DISCUSSÃO: A idade variou de 19 a 98 anos (68±21); renda de 0 a 6 salários mínimos (3±2); receberam de 1 a 22 (4±4) atendimentos; duração de 2 a 30807 (1286±5166) dias em atendimento; escore de 5 a 25 (14±5) com perfil para atendimento domiciliar de baixa a média complexidade, independência parcial a dependência parcial. A maioria eram viúvas (17, 45%), foram a óbito (39, 69%); com primeiro grau incompleto (11, 44%) a primeiro grau completo (9, 36%); Identificou-se os DE pelos respectivos SE: Tensão do Papel de Cuidador por Cuidador Apto (5, 13%); Disposição Aumentada para o controle do Regime Terapêutico por Terapêutica Oral, Terapêutica Intramuscular e subcutânea (4, 10% cada) e Terapêutica IV (1,3%); Mobilidade Física Prejudicada e Intolerância à Atividade por Vestuário (5, 13%) e Transferência/Mobilidade (2, 5%); Confusão Crônica por Nível de Consciência (3, 8%); Incontinência Intestinal por Fecal (3, 8%); Déficit de Autocuidado



Trabalho 148

Banho e Higiene Íntima por Banho e Higiene Pessoal (3, 8% cada); Eliminação Urinária Prejudicada por Urinário (3, 8%); Ostomias (1,3%). De uma forma geral, o desfecho dos DE correspondeu a um padrão de resposta humana no grupo investigado podendo ser considerado um modelo relevante para realização de estudos similares⁵. Esse estudo também mostrou que estes dados são importantes para predizer os critérios de inclusão e perfil para a assistência domiciliar destas mulheres. As dificuldades do estudo se referem à qualidade dos registros contabilizando dados faltantes que determinou um n diferente para cada variável, o que foi superado pelo tamanho da amostra e nível de confiança 0,05.

CONCLUSÃO: O mapeamento dos SE permitiu a identificação de um padrão de resposta humana nas mulheres avaliadas.

IMPLICAÇÕES/CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O uso do modelo de mapeamento dos diagnósticos de Enfermagem pode revelar informações sobre a assistência domiciliar de mulheres, assim o PAD aliado a proposição NANDA pode ser uma inovação apesar das limitações da investigação.

REFERÊNCIAS: 1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 21 de abril de 2013. 2. Santos RB. Protocolo de atenção domiciliar em enfermagem e a substitutividade. **Enfermagem Brasil**, Maio/Junho 2009;8(3). 3. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2010/2012.** Porto Alegre: Artmed, 2012. 4. Carpenito- Moyet LJ. **Manual de diagnósticos de enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 2011. 5. Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta Paul Enferm** 2005; 18(1):82-8.

Descritores: Assistência Domiciliar, Diagnóstico de Enfermagem, Saúde da Mulher.

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



Trabalho 149

A escolha informada como um desafio na assistência sistematizada de Enfermagem à mulher frente à opção pela via de parto

Silva, Angela Maria e¹
Santanna, Patricia dos Santos²
Souza, Ívis Emília de Oliveira³
Azevedo, Suely Lopes de⁴

A assistência ao parto é mais do que uma série de procedimentos e técnicas e vários são os desafios que se colocam a frente da mulher na escolha pela via de parto. Ao longo dos anos a assistência à mulher em trabalho de parto passou por muitas modificações. Até o final do século XIX, a assistência ao parto era inerente ao seio familiar, realizado por parteiras reconhecidas na comunidade e pelo seu papel na sociedade. O parto e nascimento eram considerados um evento único e vivido integralmente pela mulher, onde davam a luz em suas casas, amparada e compartilhada com outras mulheres da família, parteiras, comadres que realizavam essa prática respeitando o processo fisiológico do parto, embora não dominassem essa ciência. O tipo de conhecimento envolvido nessa assistência relacionava-se com a história contada que era passada de geração a geração, o que corroborava a ideia de que o parto e o nascimento são de ordem biológica, social e cultural. No processo parturitivo respeitava-se o direito da mulher regado pelas práticas naturais, baseado em decisão compartilhada entre os envolvidos, atendendo as suas reais necessidades. No século XX a assistência à mulher foi marcada por um grande divisor do modelo da assistência que consolidou a hegemonia da medicina obstétrica na atenção ao parto¹. Nesta direção, a assistência à mulher em trabalho de parto veio acompanhada de uma série de práticas, que têm por finalidade intervir, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, violando o seu direito de escolha pela via do parto. **Objetivos:** Refletir sobre a verbalização das puérperas acerca da escolha pela via de parto, identificar os diagnósticos de enfermagem na consulta de enfermagem no puerpério. **Descrição metodológica:** Estudo com abordagem qualitativa, descritiva, realizado em uma maternidade pública, na unidade de puerpério, situada no município do Rio de Janeiro no período de julho a dezembro de 2011. Os sujeitos foram trinta puérperas selecionadas de forma aleatória. Na coleta de dados foi utilizado um instrumento semiestruturado com perguntas abertas e fechadas, com as variáveis sociodemográficas e caracterização obstétrica. Os depoimentos foram gravados em aparelho de tecnologia Mp3 e transcritos na íntegra com leitura exaustiva o que possibilitou o agrupamento dos resultados em categorias temáticas, através da Análise de Conteúdo. Seguiu-se o mapeamento dos diagnósticos de enfermagem baseado na taxonomia da NANDA³. A pesquisa respeitou os aspectos éticos, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem e Prof. Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) / Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: anjoomaria@gmail.com

² Enfermeira. Residente em enfermagem obstétrica –UERJ. Email: patysinha_santanna@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Doutora. Professora Titular do Departamento Materno-Infantil da EEAN/UFRJ. E-mail: ivis@superig.com.br

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem da EEAN/UFRJ. Professora Adjunta do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa / Universidade Federal Fluminense. E-mail: sulazrj@gmail.com



Trabalho 149

da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro com protocolo nº 261/11. **Resultados:** Quanto as características sócio demográficas observou-se que a faixa etária das puérperas, 66,7%, encontrava-se entre 18 e 28 anos; 60%, não possuem ensino fundamental completo; 43,3%, das puérperas são primíparas e 36,7%, tiveram de três a seis filhos; 96,7%, referiram ter realizado pré-natal, sendo que a maioria 55,2 %, realizou de 6 a 9 consultas de pré-natal. Em relação as consultas, 65,6%, foram atendidas por médicos e 34,4%, por enfermeiros e médicos. Na análise do discurso, a maioria das falas das puérperas possibilitou emergir a seguinte categoria: “falta de informação sobre as opções de parto”, destacamos as falas: “*Não tenho nenhuma informação, nunca ouvi falar sobre isso*”, “*Eu já escutei em algum lugar, mas sei o que é não e como fazer*”, “*Você falando não me é estranho eu já vi em programas*”, “*é uma palavra que não me é estranha, mas eu não vou saber te explicar*”. A partir da análise dos dados foi possível identificar os seguintes diagnósticos de enfermagem “Conhecimento deficiente relacionado à falta de informação”; “Falta de adesão relacionado ao conhecimento para o comportamento favorável ao processo parturitivo”, “Disposição para conhecimento aumentado caracterizado pela verbalização do interesse em aprender mais sobre o seu direito de escolha” e “Enfrentamento ineficaz relacionado ao nível inadequado de confiança na capacidade de enfrentamento”. **Conclusão:** Os discursos demonstraram a falta de informação no pré-natal sobre a opção da via de parto como uma garantia ao direito da escolha da mulher. Ressalta-se que o modelo vigente de assistência ao parto, viola os direitos da mulher como cidadã, apesar da Lei nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e considera a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, como um dos princípios a serem seguidos pelos serviços públicos e privados de saúde que integram o Sistema Único de Saúde. Bem como, aos princípios da Carta de Direitos dos Usuários de Saúde, que assegura ao cidadão um atendimento humanizado e acolhedor, que respeite seus valores e direitos, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento. Desse modo, a usuária deve consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à sua saúde. Outro ponto que destacamos é o uso indiscriminado de ocitocina, episiotomia, posição não facilitadora para a evolução do trabalho de parto e outras intervenções desnecessárias, e não mais recomendadas pela Organização Mundial de Saúde⁵. **Contribuições:** O estudo reafirma a importância deste momento reflexivo e questionador aonde a Política de Saúde, movimentos sociais e entidades de classes vem buscando estabelecer um novo paradigma de assistência à mulher baseado em boas práticas obstétricas no processo linear e individual das mulheres, na busca pela autonomia e tomada de decisão a partir da escolha informada, com ações que garantem medidas que devam ser cultivadas e encorajadas como ferramenta para mudança do modelo do parto e nascimento. O acesso à informação de forma clara e de qualidade leva a mulher ao poder de fazer escolhas informadas, reafirmando assim a questão de que o conhecimento permite a retomada do protagonismo da mulher na parturição. **Referências:** 1- Dias, M A B; Deslandes S F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, dez. 2006 . 2- Fagundes A., et al . Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 4, Aug. 2004. 3- Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2010/2012. Porto Alegre: Artmed, 2012. 4- Sodrê T.M. et al. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher;



Trabalho 149

Rev Cienc Cuid Saude 2012; 11(suplem.):115-120. 5- World Health Organization. *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit. Geneva: WHO, 1996.

Descritores: Parto humanizado/Autonomia pessoal/ Escolha informada

EIXO 2- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



Trabalho 150

INDICE DE BARTHEL VERSUS CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM - INTERVENÇÕES PARA PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

Dilene Maria de Araújo Façanha¹; Zuila Maria de Figueiredo Carvalho²; Raelly Ramos Campos³; Daisy Maria Silva⁴, Amanda Holanda Severo⁵

Introdução: A lesão da medula espinal é uma síndrome neurológica incapacitante, caracterizada pela agressão à medula espinhal causando interrupção parcial ou total, ocasionando danos neurológicos e distúrbios neurovegetativos abaixo do nível da lesão. As consequências destes distúrbios se manifestam em forma de alterações nas funções motora, sensitiva e autônoma, e estas repercutem nas dimensões física, social, emocional e espiritual¹. Sabe-se que os comprometimentos funcionais decorrentes da lesão medular variam de um indivíduo para o outro de acordo com o grau da lesão, do segmento medular e das vias nervosas e neurônios da medula envolvidos. Neste direcionamento o desempenho nas habilidades das atividades da vida diária é fortemente prejudicado, em face aos comprometimentos funcionais e ao a um quadro de incapacidade funcional vários graus de dependência, especialmente no que se refere à mobilidade, aos cuidados da higiene, ao apoio na alimentação, à realização das atividades domésticas, dentre outras. A capacidade funcional se refere à habilidade física e mental potencial para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda, imprescindíveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida, mantendo uma vida independente e autônoma². Assim, conhecer as condições de funcionalidade para o desenvolvimento das Atividades da Vida Diária das pessoas com lesão medular, com base no Índice de Barthel³, é de importância fundamental para a realização das tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano, as quais são indispensáveis para uma vida independente na comunidade. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®⁴ é uma terminologia instrumental que permite uma linguagem científica e unificada, comum à Enfermagem mundial, englobando a prática e a política de atenção a saúde com vistas a melhoria dos cuidados dos pacientes.

Objetivo: Propor um modelo de intervenções de enfermagem para as pessoas com lesão medular embasado na Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem CIPE® utilizando as categorias do Índice de Barthel.

Descrição Metodológica: Trata-se de uma proposta de um modelo de intervenções com vista a promoção da saúde das pessoas com lesão medular. É portanto, um estudo metodológico, visando à obtenção, organização e análise dos dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. A proposta foi organizada a partir das nove categorias do Índice de Barthel, a saber: alimentação, higiene pessoal, banho, uso de toilet, vestir, bexiga, intestino, mobilidade/marcha, deslocação. Os escores variam 1 a 100 pontos, no qual a menor pontuação 0 - 20 corresponde a um nível de dependência total; de 21 a 60 dependência severa; de 61-90 moderada; 91 a 99 leve e 100 pontos independente. Para a elaboração do modelo utilizamos os diagnósticos estabelecidos pela Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem CIPE®, e dois eixos levantamento do foco, isto é a área de atenção relevante



Trabalho 150

para a enfermagem e o julgamento/juízo, opinião clínica, determinação relacionada ao foco da prática profissional de enfermagem, estes eixos nortearam as intervenções de enfermagem. Os demais eixos, paciente, localização, tempo, ação e meios que compõem a CIPE®, não foram utilizados neste estudo uma vez que se detectou adequação. **Os resultados** evidenciam uma totalidade 17 diagnósticos, para as categorias, alimentação: alimentar-se comprometido, risco de aspiração e risco do compromisso do volume de líquidos; higiene pessoal/banho/uso de toilet: incapacidade para cuidar da higiene pessoal e capacidade para tomar banho comprometida; vestir: capacidade para vestir-se/despirm-se e arranjar-se comprometida; bexiga: incontinência reflexa, risco de compromisso da integridade cutânea, risco de infecção e risco de disreflexia autônoma; intestino: incontinência intestinal e risco de obstipação; mobilidade/marcha: mobilidade na cama comprometida, mobilidade comprometida e mobilidade na cadeira de rodas comprometida; deslocação/transferências: capacidade para transferir-se comprometida e risco de lesão. Para estes diagnósticos foram levantados 19 focos: Capacidade para Alimentar-se, aspiração e volume de líquido comprometido; Capacidade para cuidar da higiene pessoal; capacidade para tomar banho; capacidade para arranjar-se e para vestir-se; disreflexia autônoma; incontinência reflexa; integridade da pele e dos tecidos corporais comprometidos; infecção; incontinência intestinal; obstipação; mobilidade na cama; capacidade para mobilizar-se; mobilidade na cadeira de rodas; lesão; capacidade para transferir-se. Foi detectado o juízo potencial de risco. Diante dos achados foram elaboradas 20 intervenções de enfermagem para os diagnósticos elaborados. **Conclusões:** Utilizar esta classificação permitiu identificar os diagnósticos de enfermagem através de fenômenos de enfermagem, aqui entendidos como as necessidades para o desenvolvimento das atividades da vida diária preconizadas por Barthel. Diante dos diagnósticos foi possível fazer o planejamento das intervenções de acordo com as necessidades da pessoa com lesão medular, estabelecendo a relação no eixo foco e eixo julgamento. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE® é tecnologia de enfermagem que dá visibilidade as ações do enfermeiro na atenção à saúde dos indivíduos contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Todavia nota-se que sendo um sistema de classificação recente no Brasil ainda é pouca a sua adesão. Realizar este estudo foi uma experiência muito satisfatória uma vez que contribuiu para aquisição de conhecimentos sobre Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®, ferramenta que permite demonstrar resultados da prática de enfermagem. **Contribuições para a Enfermagem:** A proposta pretende fornecer conhecimentos sobre Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®, elaborar plano de cuidados de enfermagem para pessoas com lesão medular, constitui uma ferramenta que contribuirá para os enfermeiros realizarem cuidado de enfermagem holístico, oferecer maior autonomia ao enfermeiro, e certamente será mais um mecanismo para o desenvolvimento da prática clínica da enfermagem na área neurológica. **Referências:** 1. Carvalho, Zuila; Holanda, Karenine; Freitas, Gisele.; Silva, Gelson. Pacientes com lesão raquimedular: experiência de ensino-aprendizagem do cuidado para suas famílias. Esc. Anna Nery Rev. Enferm., v. 10, n. 2, p. 316-322, 2006. 2. Lino, V. *et al.* Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008. 3. Mahoney, F. I.; Barthel, D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Med. J., v. 14, p. 56-61, 1965. 4. Cubas Marcia; Silva Sandra; Rosso Mariangela. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE): uma revisão



Trabalho 150

de literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem. Disponível: www.revistas.ufg.br/. Acesso: 01/06/2013.

Descritores: Cuidado de Enfermagem, Classificação, Lesão Medular.

Eixo"2:"ASSISTÊNCIA"DE"ENFERMAGEM

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do (DENF/ FFOE/UFC). Membro pesquisador do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica (NUPEN/DENF/ FFOE/UFC). dilenearaujo@uol.com.br

² Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (DENF/ FFOE/UFC). Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica (NUPEN/DENF/ FFOE/UFC). E-mail: zmfca@fortalnet.com.br

³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do (DENF/ FFOE/UFC). Bolsista da FUNCAP. Membro pesquisador do NUPEN/DENF/ FFOE/UFC. E-mail: raellyramos@hotmail.com

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/ CNPq/UFC. Membro NUPEN/DENF/ FFOE/UFC). E-mail: daisy_nha691@hotmail.com.

⁵ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Membro do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica (NUPEN/DENF/ FFOE/UFC). E-mail: amandah_severo@hotmail.com



11º SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E RESPONSABILIDADE SOCIAL NOS CAMPOS DE PRÁTICA PROFISSIONAL

01 A 03 DE AGOSTO DE 2013
CAMPUS DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PUCPR - CURITIBA/PR 

Trabalho 150



Trabalho 151

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOS IDOSOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

Vinícius Gonçalves Pires¹ e Rosimere Ferreira Santana²

INTRODUÇÃO: Com o envelhecimento, as lesões osteoarticulares características dessa população se tornam mais frequentes, a cirurgia ortopédica mais habitual e complexa em pacientes idosos e a visita domiciliar é um recurso utilizado pelas instituições de saúde^{1,2,3}. **OBJETIVOS:** Analisar o perfil dos idosos e dos elementos da prática de enfermagem no Programa de Atendimento Domiciliar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Estudo de abordagem quantitativa, retrospectivo, utilizando-se do método de mapeamento cruzado, sendo incluídos na pesquisa os prontuários de idosos que receberam 10 ou mais atendimentos domiciliares de enfermagem. **RESULTADOS:** Dos 39 prontuários, 30 (76,9%) eram de idosos do sexo feminino e 9 (23,1%) do sexo masculino. A faixa etária predominante foi de 60 a 75 anos, com 23 (58,9%) idosos. Quanto ao grau de instrução predominou 22 (56,4%) analfabetos ou com ensino fundamental incompleto. Como estado civil 13 (33,3%) casados e 10 (25,6%) viúvos. Foram analisados 580 registros de enfermagem, identificando-se 9 diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA com n=1.034 e 7 intervenções propostas pela NIC com n=1.446. O diagnóstico de enfermagem mais prevalente foi integridade tissular prejudicada (551-53,3%), seguido de deambulação prejudicada (215-20,8%), dor aguda (174-16,8%), perfusão tissular periférica ineficaz (53-5,1%) e autocontrole ineficaz da saúde (34-3,3%). Dentre as intervenções mapeadas predominaram: cuidados com local de incisão (684-47,3%), controle da dor (276-19,1%), ensino processo da doença (219-15,1%) e prevenção de quedas (111-7,7%). **CONCLUSÃO:** A elaboração desta pesquisa possibilita o uso seguro de uma linguagem padronizada na SAE. **CONTRIBUIÇÕES:** Os resultados deste trabalho podem subsidiar a implantação de estratégias assistenciais com plano terapêutico resolutivo que preserve a autonomia do idoso e reduza o risco de agravos à saúde.

DESCRITORES: Idoso, Visita Domiciliar, Diagnósticos de Enfermagem.

EIXO TEMÁTICO: Assistência de Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

1. Mancussi e Faro, AC; Monteiro, CR; Leite, CS; Itami, LT. Assistência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.
2. Leme, LEG; Sitta, MC; Toledo, M; Henriques, SS. Cirurgia ortopédica em idosos: aspectos clínicos. Rev Bras Ortop.2011,46(3):238-246.
3. Campos, CR; Ercole, FF. A visita domiciliar como método de vigilância pós-alta para cirurgias ortopédicas: uma revisão integrativa. Rev Min Enferm.2008,12(3):412-420.
1. Especialista em Enfermagem Gerontológica pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Enfermeiro do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (RJ). E-mail: vg_pires@yahoo.com.br
2. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico e Vice-Líder do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da da UFF. E-mail: rosifesa@gmail.com



Trabalho 151

1. Especialista em Enfermagem Gerontológica pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Enfermeiro do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (RJ). E-mail: vg_pires@yahoo.com.br
2. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico e Vice-Líder do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da da UFF. E-mail: rosifesa@gmail.com



Trabalho 152

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CARDIOPATA SUBMETIDO À TERAPIA INFUSIONAL POR CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)

Letícia Barboza da Silva¹
Gabriela Stoduto Ferreira¹
Alexandre Vogas Sanches¹
Renata Flavia Abreu da Silva²

INTRODUÇÃO: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) caracterizam o atual perfil de morbimortalidade no Brasil, evidenciando a necessidade de cuidados específicos que proporcionem ao paciente uma assistência de qualidade, sobretudo no âmbito da Enfermagem. Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por boa parte dos óbitos entre homens e mulheres no Brasil, correspondendo cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos. Entre elas, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica, a doença isquêmica cardíaca, a insuficiência cardíaca congestiva, a doença cerebrovascular e a valvulopatia, que é o foco deste estudo. Quando alguma dessas valvas cardíacas não se fecha ou se abre de maneira inadequada, o fluxo sanguíneo é afetado. Quando as valvas não se fecham por completo, o sangue reflui através da valva em um processo chamado de regurgitação. Já quando as valvas não se abrem por completo o fluxo de sangue é reduzido, caracterizando a estenose valvar. A causa mais frequente de valvulopatia é a Febre Reumática, uma doença auto-imune desencadeada por uma infecção bacteriana em que após o processo infeccioso, o organismo começa a produzir auto-anticorpos que reagem contra o tecido das válvulas cardíacas. Outras causas frequentes de valvulopatias são as cardiopatias congênitas, as endocardites e as miocardiopatias. Os distúrbios mais comuns são: Prolapso da valva mitral, Regurgitação mitral, Estenose mitral, Regurgitação aórtica e Estenose aórtica. O tratamento das valvulopatias pode ser clínico e/ou cirúrgico, visando o restabelecimento da capacidade funcional cardíaca e a eliminação dos sintomas, para que assim o indivíduo retorne à suas atividades cotidianas. A cirurgia cardíaca substitutiva é indicada, quando a probabilidade de vida útil do paciente é maior com o tratamento cirúrgico do que com o tratamento clínico. Neste tipo de cirurgia, a valva cardíaca afetada é substituída por outra artificial que pode ser de origem biológica ou mecânica. Por se tratar de um procedimento invasivo, algumas complicações podem ocorrer no período tardio da cirurgia, bem como a aparecimento de bactérias patogênicas, sendo necessária a infusão de antibioticoterapia. Desse modo, o enfermeiro deverá utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para prestar um cuidado eficiente e organizado ao paciente, tendo como base a implementação do processo de enfermagem, o qual é composto por etapas previamente estabelecidas: Investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Durante a realização das atividades teórico-práticas para atender aos objetivos da disciplina Atenção à Saúde do Adulto e Idoso, pôde-se vivenciar o cuidado ao paciente cardiopata em pós-operatório tardio o qual, necessitava de antibioticoterapia prolongada. Diante disso, foi solicitada pela equipe médica o início da terapia infusional por meio do PICC (Cateter Central de Inserção Periférica) à equipe de enfermagem, ficando a cargo do Enfermeiro a realização da inserção deste tipo de cateter, conforme protocolo institucional. Desta forma, pareceu-nos oportuno elaborar uma SAE baseada na situação descrita, já que encontramos literatura escassa sobre o uso deste tipo de tecnologia para terapia infusional em adultos cardiopatas. **OBJETIVO:** Implementar a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) ao cliente cardiopata submetido a terapia infusional por PICC. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:**

¹ Acadêmicos de Enfermagem, 6º período. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. letybarboza@hotmail.com
² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem e Biociências. Programa de Pós-graduação da UNIRIO. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO



Trabalho 152

Estudo de caso, com abordagem qualitativa, conforme roteiro instrucional elaborado e proposto por Galdeano, Rossi e Zago (2003), iniciando-se com a seguinte questão norteadora: Como se estabelece a SAE ao paciente cardiopata em terapia infusional com cateter central de inserção periférica? A situação descrita foi: paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca para substituição valvar e com sepse de foco indeterminado necessitando de antibioticoterapia prolongada, sendo indicado o uso do cateter central de inserção periférica para instituir a terapia infusional. A fundamentação teórica para coleta de dados baseou-se na Teoria de Watson e para a implementação do Processo de Enfermagem foi utilizada a taxonomia II NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*, NIC – *Nursing Intervention Classification* e NOC – *Nursing Outcomes Classification*, respectivamente. **RESULTADOS:** A partir da criteriosa investigação realizada com a situação supracitada, foi construído um quadro contendo os seguintes termos: Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem, Resultados Esperados e Avaliação. Salienta-se que foram identificados alguns Diagnósticos de Enfermagem dispostos por prioridade, a saber: Risco de infecção relacionada a procedimentos invasivos; Risco de traumatismo vascular relacionado ao tipo de cateter, calibre do cateter, tipo de solução, taxa de infusão e tempo de inserção do cateter; Risco de integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos e uso de fármacos. Conforto prejudicado relacionado à presença de PICC em membro superior direito (MSD) evidenciado por padrão de sono perturbado, incapacidade de relaxar. Mobilidade no leito prejudicada relacionada à limitação ambiental por equipamento terapêutico evidenciado por limitação da capacidade de virar de um lado para o outro no leito. As intervenções, resultados e avaliação foram descritos conforme a sua associação com os diagnósticos encontrados. **CONCLUSÃO:** Neste estudo, verificou-se a importância da utilização de terapia infusional por Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) em um paciente cardiopata em pós-operatório tardio de substituição valvar, submetido a um longo período de antibioticoterapia. Como apresentado, a utilização do PICC traz inúmeros benefícios à recuperação do paciente, principalmente relacionado ao menor número de punções e, conseqüentemente, diminuição do estresse, da dor, dos riscos de flebite, da perda de acesso periférico, do menor risco de infecções, entre outros. **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A partir da implementação da SAE em um paciente cardiopata em terapia infusional com cateter central de inserção periférica, concluiu-se que a assistência do profissional de enfermagem se tornou mais eficaz, proporcionando uma melhor qualidade no procedimento e no atendimento ao paciente durante todo o tempo da terapia. A identificação dos Diagnósticos de Enfermagem prioritários auxiliou na elaboração de um plano de cuidados voltado para o melhor conforto e prevenção de riscos, bem como na identificação de objetivos a serem alcançados no cuidado deste paciente. Diante disso, ressalta-se a relevância da contribuição desse estudo para que os profissionais de enfermagem possam aprofundar seus conhecimentos técnicos e científicos, buscando uma melhor assistência aos pacientes cardiopatas em terapia infusional por PICC, devido ao uso de antibioticoterapia prolongada.

DESCRITORES: Processos de enfermagem, cateteres, cardiologia.

EIXO TEMÁTICO: Assistência de Enfermagem

REFERÊNCIAS:

Acadêmicos de Enfermagem, 6º período. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. letybarboza@hotmail.com
Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem e Biociências. Programa de Pós-graduação da UNIRIO. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO



Trabalho 152

Galdeano LE, et al. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. Rev Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, Vol. 11, n.2, p. 199-206, 2003.

Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da assistência de enfermagem: Guia Prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Edmilson AS. Ambulatório de anticoagulação. Protocolo Hemonúcleo do Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, 2005.

Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. DE – Diagnósticos de enfermagem, 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

Watson J. Nursing: human science and human care: A theory of nursing. East Norwalk CT: Appleton Century Grofts, 1985.



Trabalho 153

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DA PNEUMONIA EM UNIDADE HOSPITALAR PEDIÁTRICA

Monica Fernandes Magela¹, Deiziene Viana da Silva¹, Francisca Elisângela Teixeira Lima², Livia Maria Damasceno dos Santos¹, Samyla Citó Pedrosa¹

As Infecções Respiratórias Agudas (IRA) são uma causa comum de morbidade na faixa etária pediátrica, sendo a pneumonia uma das formas mais graves (1). A pneumonia é comum ocorrendo com maior frequência entre lactentes e no início da infância. Os tipos de pneumonia incluem a pneumonia lobular, broncopneumonia e pneumonia intersticial, podendo ser causada por vírus, bactérias e fungos. Devido à dificuldade do pronto diagnóstico etiológico das pneumonias, o tratamento instituído inicialmente é empírico. A primeira decisão a ser tomada é quanto à necessidade de hospitalização. As crianças que apresentarem pneumonia grave ou muito grave deverão receber assistência hospitalar e terapêutica antimicrobiana iniciada por via venosa (1). A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) direciona o cuidado ao indivíduo através de embasamento científico e por meio de etapas que vão desde a coleta de informações, elaboração de diagnósticos, prescrição e avaliação de enfermagem (2). O trabalho tem como objetivo descrever a SAE a uma criança que apresenta pneumonia. O estudo é do tipo estudo de caso realizado em um centro de atendimento em emergência pediátrica (Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá – CROA) no município de Fortaleza - CE. Realizado com uma criança, escolhida de forma aleatória que se encontrava na unidade de internamento do referido hospital com diagnóstico de pneumonia. Os dados foram coletados em dois dias por meio da SAE que incluiu anamnese com a mãe, exame físico, leitura de prontuário, e exame laboratorial, além das observações do examinador. Para análise e interpretação dos dados coletados foram utilizados a NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, possíveis intervenções e intervenções realizadas e os possíveis resultados. O estudo respeitou os aspectos éticos, sendo preservado o sigilo e anonimato dos integrantes, segundo a resolução 196/96. Os resultados encontrados foram: histórico S.O.R, 3 anos, feminino, natural e procedente de Fortaleza. A mãe relata que a criança nasceu pré-termo com 1310g e permaneceu em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Após alta iniciou consultas de puericultura em um centro especializado e acompanhamento nutricional. Ela é ciente do atraso no crescimento e no desenvolvimento da criança e manifesta satisfação com o acompanhamento que a filha recebe. A criança está em sua quarta internação toda por pneumonia, não usa medicamentos em casa e não apresentou nenhum tipo de alergia até hoje. A mãe refere que a filha está sendo investigada para confirmação da síndrome da Seckel. Pais não fumantes e não alcoolistas. Esquema de vacinas atualizado. A criança foi alimentada com leite materno não exclusivo até 01 ano e 04 meses, hoje seu padrão alimentar é de seis refeições diárias apesar disso a mãe considera que a filha come pequenas quantidades e bebe pouca água < 1litro por dia. Suas eliminações intestinais diárias, porém as fezes são endurecidas, diurese amarela sem odor forte ou desconforto. A criança frequenta a escola e interage bem com outras crianças. Concilia bem sono ininterrupto por aproximadamente 10 horas noturnas. Apesar de sua dificuldade para falar aprende com facilidade. A mãe relata que para ela a criança não representa um problema em sua vida. Exame Físico Criança alerta, orientada, normocorada, hidratada, afebril 36,5°C, face síndrômica, verbaliza com dificuldade,

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade federal do Ceará

2 Professora efetiva da Universidade Federal do Ceará

Universidade Federal do Ceará

monica-magela@hotmail.com



Trabalho 153

mas compreende tudo que lhe for falado e/ou gesticulado, deambulando. Couro cabeludo íntegro, higienizado, cabelos distribuídos regularmente e bem organizados PC=47cm. Orelhas íntegras, implantação adequada, presença de sujidades no pavilhão, ausência de nódulos e de secreção. Olhos simétricos, esclerótica branca ausência de lesão e de secreção, pupilas arredondadas fotorreagentes e isocóricas. Nariz atípico, pois apresenta "pregas" nas narinas, presença de secreção. Boca com lábios rosados, hidratados, mucosa oral íntegra, tonsilas visualizadas, ausência de foco inflamatório, arcada dentária incompleta faltam os segundos incisivos superiores e inferiores e quatro molares dois superiores e dois inferiores. Pescoço com ampla movimentação linfonodos não palpáveis. Tórax simétrico, plano, PT=46cm, movimento respiratório boa expansibilidade anterior e posterior, ritmo regular, FR 13rpm, frêmito tátil presente, a percussão na área pulmonar, AP presença de ruídos adventícios, AC ritmo irregular bulhas alternas entre normofonéticas e hipofonéticas. Abdome plano, íntegro, indolor a palpação, RHA +, a percussão som timpânico. MMII com força motora preservada. Exames laboratoriais hemoglobina 11,5g/dl, hematócrito 35%, leucócitos 23,9/mm³, neutrófilos 69/mm³ e linfócitos 15,7/mm³. O tratamento iniciado desde o primeiro dia de internação inclui antimicrobiano (ceftriaxona) mesmo sem a confirmação do diagnóstico corroborando com essa prática (3), 2001 em seu estudo revela que a escolha da terapêutica antimicrobiana é essencialmente empírica, baseando-se em dados clínicos e epidemiológicos, uma vez que a propedêutica etiológica é demorada e de baixo rendimento, não se justificando o inerente retardo na instituição da terapêutica. Os principais diagnósticos encontrados foram risco de infecção relacionada à administração de medicamentos IM, disposição para paternidade ou maternidade melhorada relacionada a apoio emocional ao filho, presença de expectativas realistas com relação ao filho e evidência de vínculo, nutrição desequilibrada: Menos que as necessidades corporais relacionada a fatores biológicos caracterizado por relato de ingestão inadequada de alimentos menos que a porção diária recomendada, risco de intolerância à atividades relacionado à presença de problemas cardíacos, risco de constipação relacionado à ingestão insuficiente de líquidos. As intervenções de enfermagem realizadas foram orientar quanto à higiene adequada e não ficar manuseando o local de administração, fazer rodízio do local, parabenizar os pais pelo apoio e dedicação ao filho e incentivar que continue dessa forma, oferecer alimentos mais atrativos para criança sem deixar de acrescentar elementos essenciais da dieta, orientar a mãe a procurar um serviço especializado para avaliação do real problema da criança, orientar a mãe a oferecer mais líquido à criança de preferência sucos escolhidos pela criança. Os resultados esperados são não surgimento de abscesso nos locais de punção, encontrar pais e filho juntos e em harmonia, criança com apetite melhorado e ganho de peso, confirmação de diagnóstico e eliminações intestinais diárias sem desconforto e consistentes. O presente estudo representa uma evolução na enfermagem, pois nos sentimos mais habilitadas para realizar nossas atividades de forma autônoma associando a teoria na prática. Ter a oportunidade de aplicar a sistematização da assistência de enfermagem é outro fator relevante do estudo, pois dessa forma podemos desenvolver cuidados com base científica garantindo uma assistência de qualidade.

Descritores Assistência de Enfermagem, Enfermagem, Diagnóstico de enfermagem

Eixo 2: Assistência de Enfermagem

Referências

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade federal do Ceará

2 Professora efetiva da Universidade Federal do Ceará

Universidade Federal do Ceará

monica-magela@hotmail.com



Trabalho 153

1. Carvalho CMN, MarquesHeloísa HS. Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para antibioticoterapia em crianças e adolescentes com pneumonia comunitária. Rev Panam Salud Publica. 2004;15(6):380-87.
2. Monteiro FPM, Silva VM, Lopes MVO, Araujo TL. Conduas de enfermagem para o cuidado à criança com infecção respiratória: validação de um guia Acta Paul Enferm 2007;20(4):458-63.
3. Corrêa RA, Lopes RM, Oliveira LMG, Campos FTAF, Reis MAS, Rocha MOC. Estudo de casos hospitalizados por pneumonia comunitária no período de um ano. Jornal de Pneumologia 27(5) – set-out de 2001.

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade federal do Ceará

2 Professora efetiva da Universidade Federal do Ceará

Universidade Federal do ceará

monica-magela@hotmail.com



Trabalho 154

EFETIVIDADE DE INTERVENÇÕES NIC NA MELHORA DE RESULTADOS NOC DE INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante¹, Camila Takáo Lopes², Camila de Souza Carneiro³, Vinicius Batista Santos⁴, Alba Lucia Bottura Leite de Barros⁵

Introdução: A educação em saúde por enfermeiros pode melhorar o autocuidado entre indivíduos com insuficiência cardíaca (IC)⁽¹⁾. Um Ambulatório de Educação em Saúde (AES) foi criado com foco na educação de indivíduos com IC após alta hospitalar, com consultas de enfermagem presenciais e telefônicas, utilizando diagnósticos NANDA-I⁽²⁾, resultados NOC⁽³⁾ e intervenções NIC⁽⁴⁾. **Objetivo:** Avaliar a efetividade das intervenções NIC. **Ensino:** Processo de doença e Educação em Saúde para indivíduos com IC com o diagnóstico Autocontrole ineficaz da saúde. **Métodos:** Estudo retrospectivo, com análise de registros de indivíduos atendidos no AES entre 2010 e 2012. Foi analisado o status de 7 indicadores NOC Autocontrole da doença cardíaca e 5 indicadores NOC Comportamento de adesão de cada consulta. A análise da diferença entre os resultados após 6 consultas foi feita pelos testes não-paramétricos de Friedman e ANOVA para medidas repetidas, com nível de significância=5%. O projeto foi aprovado pelo CEP institucional. **Resultados:** Comparados a todas as consultas subseqüentes, os escores NOC da primeira e segunda consultas melhoraram significativamente (p mínimo<0,0001; p máximo=0,0023). O escore da 3ª consulta melhorou significativamente na 4ª (p=0,0313), a partir da qual atingiu-se um platô até a 6ª. **Implicações para a enfermagem:** Duas NIC, em resposta a um diagnóstico NANDA-I, associaram-se à melhora de dois NOC. O uso das classificações possibilitou a avaliação da efetividade das ações de enfermagem.

Descritores: Autocuidado; Educação; Processos de enfermagem
Eixo temático: Assistência de enfermagem

1. Krumholz HM et al. J American Coll Cardiol. 2002; 39(1):83-9.
2. Herdman TH, ed. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
3. Moorhead, S. et al, ed. Nursing outcomes classification: Measurement of health outcomes (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier, 2013.
4. Bulechek G et al, ed. Classificação das intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

¹ Enfermeira mestre. Doutoranda da Universidade Federal de São Paulo. Enfermeira da UTI II do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. enf_agueda@yahoo.com.br

² Enfermeira mestre. Doutoranda da Universidade Federal de São Paulo. Enfermeira da UTI adulto do Hospital Universitário da USP.

³ Enfermeira mestre. Doutoranda da Universidade Federal de São Paulo. Enfermeira supervisora do Hospital São Paulo.

⁴ Enfermeiro mestrando da Universidade Federal de São Paulo. Encarregado do setor de Cardiologia do Hospital São Paulo.

⁵ Enfermeira doutora. Professora titular da Universidade Federal de São Paulo.



Trabalho 155

EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE” EM PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA SOB ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DO SEGUIMENTO DE UM ANO

Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante¹
Camila Takáo Lopes²
Evelise Helena Fadini Reis Brunori³
Camila de Souza Carneiro⁴
Alba Lucia Bottura Leite de Barros⁵

Introdução. Doenças crônicas são definidas como agravos de longa duração, com persistente recorrência ou sem cura, lenta progressão e que quando não controlada pode comprometer significativamente a qualidade de vida. Cardiopatias, doenças respiratórias, diabetes e câncer são agravos crônicos mais comuns que acometem a população e repercutem como a principal causa de mortalidade. Entre o grupo das cardiopatias, a insuficiência cardíaca (IC) destaca-se por apresentar altas taxas de prevalência, tornando-se a principal causa de internação por doença cardiovascular no Brasil. Em 2012, segundo os dados estatísticos, pacientes com insuficiência cardíaca representaram um total de 27.544 óbitos e 21.087 internações no país. Estima-se ainda que os custos do tratamento ambulatorial e hospitalar da insuficiência cardíaca seja de 4 milhões de reais. Fatores como a falta de compreensão sobre a doença, adesão inadequada ao tratamento, acompanhamento irregular, incapacidade dos pacientes de identificar sinais e sintomas de descompensação e dificuldades de acesso a serviços de saúde pelo indivíduo estão relacionados à ausência de resultados positivos no controle e manejo da doença e conseqüentemente, à necessidade de hospitalização. Além disso, comportamentos de risco a saúde como tabagismo, sedentarismo, alcoolismo e hábitos alimentares incorretos, somados a fatores ambientais, genéticos e envelhecimento contribuem para a progressão da doença, a qual está também associada a não adesão do paciente ao tratamento. Em contrapartida, pacientes que apresentam conhecimentos prévios são mais aderentes ao tratamento e ao autocuidado optando por estilos de vida mais saudáveis, contribuindo para o controle da doença. Características como: dificuldades em seguir as prescrições medicamentosas, e restrições alimentares, hábitos de vida incoerentes às necessidades de saúde, comportamentos inadequados, desenvolvimento de complicações e exacerbação dos sintomas da doença são frequentemente observados nos pacientes e compõem as características definidoras do diagnóstico de enfermagem da NANDA-I “autocontrole ineficaz da saúde”, o qual apresenta entre os fatores relacionados ao surgimento do diagnóstico, déficits de apoio pessoal, déficit de conhecimento e impotência. Os diagnósticos de enfermagem, identificados a partir dos problemas observados no paciente, constituem-se o principal ponto de partida para a elaboração de intervenções e dos resultados a serem alcançados. O enfermeiro destaca-se no processo de educação à saúde, uma vez que busca a promoção da saúde, a prevenção de agravos e complicações. As intervenções

¹ Enfermeira mestre. Doutoranda da Universidade Federal de São Paulo. Enfermeira da UTI II do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. E-mail: enf_agueda@yahoo.com.br

² Enfermeira mestre. Doutoranda da Universidade Federal de São Paulo. Enfermeira da UTI adulto do Hospital Universitário da USP.

³ Enfermeira mestre. Chefe da UTI I do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

⁴ Enfermeira mestre. Doutoranda da Universidade Federal de São Paulo. Enfermeira supervisora do Hospital São Paulo.

⁵ Enfermeira doutora. Professora titular da Universidade Federal de São Paulo.



Trabalho 155

implementadas diante desse diagnóstico são em sua maioria, educação, ensino do processo de doença e fornecimento de informações sobre a doença, buscando instrumentalizar o indivíduo para o autocuidado. Estes dados reforçam a necessidade das várias abordagens empregadas no cuidado da pessoa com IC que modifiquem positivamente o comportamento de busca de saúde e o curso da doença. Além disso, aproxima o paciente do profissional de saúde durante o processo de ensino. A necessidade de intervenções de enfermagem direcionadas ao ensino do paciente revela-se essencial, a fim de que, juntos, paciente e enfermeiro, encontrem soluções dos problemas inerentes ao agravamento, oportunizando aprendizado que conduza ao autocontrole da doença. Portanto, acompanhar a pessoa com IC identificando a persistência ou melhora dos sintomas relacionados às atitudes de controle da doença possibilitará selecionar intervenções adequadas para o paciente e família e oferecerá indícios aos enfermeiros na evolução dos indivíduos com doenças crônicas e do empoderamento necessário para a manutenção da saúde.

Objetivos. Descrever a evolução do diagnóstico de enfermagem “autocontrole ineficaz da saúde” em pessoas com insuficiência cardíaca em acompanhamento no ambulatório de enfermagem de educação em saúde.

Metodologia. Estudo retrospectivo, longitudinal, desenvolvido no período de um ano, tendo como fonte de dados os prontuários dos 34 pacientes com IC atendidos em ambulatório de enfermagem de educação em saúde, o qual está vinculado ao grupo de pesquisa de Sistematização da Assistência de Enfermagem (GEPASAE) da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. As consultas ocorriam a cada dois meses sendo dirigidas por dois enfermeiros com título de mestres e especialistas em cardiologia. Ambos registravam as informações em um instrumento fundamentado nos domínios da Taxonomia II da NANDA-I e em comum acordo selecionavam as características definidoras identificadas no paciente após a consulta, que contemplava as fases do processo de enfermagem. As atividades das intervenções selecionadas eram implementadas a cada paciente, conforme a necessidade observada durante a execução da primeira etapa do processo de enfermagem. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIFESP, sendo aprovado. As medidas observadas em cada consulta foram descritas por frequências absoluta (n) e relativa (%). Testes não paramétricos de Friedman e Análise de Variância para medidas repetidas foram aplicados para avaliação das diferenças de presença das características definidoras entre as consultas. O nível de significância dos testes foi de 5%.

Resultados. Todos os pacientes atendidos no ambulatório de enfermagem tinham o diagnóstico de enfermagem “autocontrole ineficaz da saúde”. Dos 34 pacientes acompanhados no ambulatório, 14 concluíram as seis consultas e observou-se diferença estatisticamente significativa na presença das características definidoras desses pacientes durante a análise das seis consultas. Todas as características definidoras apresentaram frequência elevada durante a primeira consulta estando diminuídas nas consultas subsequentes. Na análise de comparação entre os pares de consultas, houve diferença estatisticamente significativa para todas as características definidoras do diagnóstico entre as consultas cinco e seis.

Conclusão. A partir da análise das características definidoras presentes em cada consulta, foi possível avaliar a melhora do paciente, relacionado ao autocontrole da saúde.

Implicações para Enfermagem: Uma vez que as intervenções estejam voltadas aos fatores relacionados, é possível que as características definidoras sejam minimizadas ou ainda, eliminadas, almejando a resolução completa deste diagnóstico. Acredita-se que a atividade de educação em saúde exercida pelo enfermeiro à pacientes crônicas é condição *sine qua non* para o controle da doença crônica. Revela-se ainda um importante instrumento de promoção à saúde e estímulo ao autocuidado pelo indivíduo. É fundamental considerar os aspectos sócio-culturais dos sujeitos visando educação transformadora e significativa, que vá ao encontro das necessidades e realidades do indivíduo. Estudos sobre as intervenções mais adequadas a esta população com o diagnóstico



Trabalho 155

“autocontrole ineficaz da saúde” podem ser desenvolvidas vislumbrando a realização de intervenções de enfermagem resolutivas e efetivas.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem. Enfermagem. Educação.
Eixo 2: Assistência de Enfermagem

Referências:

1. Aguilar MJ, Garcia PA, Gonzáles E, Pérez MC Padilla CA. A nursing educational intervention helped by One Touched UltraSmart improves monitoring and glyated haemoglobin levels in type I diabetic children. *JCN*. 2012; 21 (7-8): 1024-32.
2. Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaucha Enferm*. 2010;31(2):225-31.
3. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação. 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2012.
4. Rêgo MAB, Nakatani AYK, Bachion MM. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. *Rev Gaucha Enferm*. 2006; 27(1):60-70.
5. Rodríguez-Gazquez MA, Arredondo-Hoguim E, Herrera-Cortes R. Efetividade de um programa educativo em enfermagem no auto cuidado em pacientes com IC: ensaio clínico randomizado. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2012; 20(2):296-306.



Trabalho 156

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA MÉDICA MASCULINA

MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello¹

GRANDO, Josiane Dall'Agnol²

SILVA, Tatiana Gaffuri da³

DAL BELLO, Ivete Teresinha Redin⁴

INTRODUÇÃO: No cuidado, a disponibilidade da enfermeira na relação com o cliente é um fator fundamental para a conquista e consolidação de um vínculo sadio entre ambos. Nesse sentido a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é essencial. SAE não é algo novo, mas ainda não é amplamente usada como instrumento de organização da assistência. Muitos são os benefícios de um cuidar sistematizado. Porém, pode-se perceber que é muitas vezes assumida como uma obrigação burocrática ou apresentada como uma lista de rotinas a serem cumpridas. Isso reduz o cuidar em enfermagem aos fazeres diários (técnicas e rotinas) e à execução de atividades que buscam promover a resolução de sinais e sintomas do paciente e de problemas administrativos. Para sistematização da assistência, o processo de enfermagem (PE) é ferramenta essencial que orientará o levantamento de dados para chegar a um diagnóstico de enfermagem preciso, possibilitando melhor qualidade de assistência e nível mais elevado de satisfação do cliente e da equipe. Para Hermida (2004), o PE é uma forma organizada de cuidar do paciente, seguindo alguns passos previamente estabelecidos: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos resultados. É um método a ser seguido a fim de alcançar os objetivos desejados em relação à assistência de enfermagem, o qual se baseia num modelo assistencial e deve levar em conta a especialidade à que se dirige (cardiologia, pediatria, etc). O PE consolida-se na prática clínica da enfermagem e orienta o trabalho do enfermeiro para coletar dados, identificar as necessidades de cuidados, propor intervenções e avaliar os resultados dos cuidados que realiza. A documentação do PE é um instrumento útil para a avaliação do cuidado pelo gerenciamento das informações de enfermagem (FONTES; CRUZ, 2007). Além de orientar o enfermeiro na prática do cuidado, o PE possibilita identificar intercorrências, necessidades básicas afetadas, observar o cuidado que é oferecido ao cliente e propor intervenções com o objetivo de recuperação e reabilitação. A coleta de dados é considerada como a base fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois todo o planejamento do processo de assistência depende da objetividade, fidedignidade e abrangência com que os dados iniciais são coletados (VIRGÍNIO; NÓBREGA, 2004). Segundo Fontes e Cruz (2007), o diagnóstico de enfermagem requer que os enfermeiros tenham uma linguagem comum que favoreça o entendimento entre os seus pares sobre os fenômenos clínicos de interesse, norteando as decisões sobre o que fazer por eles. A implementação de uma classificação diagnóstica na prática clínica permite aos enfermeiros nomear com maior clareza os focos do cuidado pelos quais são responsáveis. Diagnóstico é “uma forma de expressar as necessidades de cuidados que identificamos naqueles de quem cuidamos” (BRAGA; CRUZ, 2003, p.241). Os diagnósticos de enfermagem são os focos clínicos da ciência de enfermagem, e a atividade diagnóstica aproxima as enfermeiras de seus clientes, possibilitando-lhes conhecer melhor suas respostas físicas e emocionais. Leon, Leite e Souto (2003, p.365) ressaltam que o diagnóstico de enfermagem é uma afirmativa que descreve um tipo específico de problema ou de resposta do cliente que o enfermeiro identifica, “[...] e contribui para a autonomia da enfermagem”. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo quantitativo desenvolvido no período de março a dezembro de 2009 e que teve o objetivo de conhecer os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em clientes com até 59 anos de idade hospitalizados na clínica médica masculina de um Hospital do meio-oeste de SC. Participaram do estudo 15 clientes com idade máxima de 59 anos, 11

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Chapecó SC. valeria.madureira@uffs.edu.br

2 Enfermeira. Especialista em UTI. Atua na Clínica de Oncologia Bernardi em Concórdia SC.

3 Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde Humana. Professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Chapecó SC.

4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do curso de Enfermagem da Universidade do Contestado (UnC), Concórdia SC.



Trabalho 156

meses e 29 dias, hospitalizados com diagnóstico médico de: insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, angina pectoris, doença bronco pulmonar obstrutiva crônica (DBPOC), pneumonia e/ou asma. A coleta de dados foi realizada através de um roteiro que reúne histórico de enfermagem e exame físico em um único instrumento. Os dados foram organizados reunindo-se as informações obtidas de cada paciente para cada um dos itens do roteiro. Depois, essas informações foram avaliadas usando-se a referência para diagnósticos de enfermagem e fatores relacionados da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2008). O projeto do estudo foi aprovado Cep sob o protocolo número UnC/CEP/697-09. **RESULTADOS:** Foram encontrados 50 diagnósticos de Enfermagem (DE), dos quais 20 se destacaram apresentando entre 15 e duas frequências. Esses DE incluem: Risco de infecção (15); dor aguda (12); troca de gases prejudicada (8); intolerância à atividade (7); manutenção ineficaz da saúde (6); padrão respiratório ineficaz (6); comportamento de busca da saúde (6); estilo de vida sedentário (6); risco de queda (4); deambulação prejudicada (4); risco de intolerância à atividade (3); insônia (3); mobilidade física prejudicada (3); controle eficaz do regime terapêutico (3); perfusão tissular ineficaz (3); dentição prejudicada (2); desobstrução ineficaz das vias aéreas (2); dor crônica (2) e ansiedade (2). A partir desses diagnósticos, optou-se por fazer um exercício de delineamento de possíveis intervenções de enfermagem cabíveis a cada um, as quais podem orientar um cuidado direcionado para a educação em saúde e mudanças no estilo de vida, visando a uma melhor qualidade de vida ao cliente, portador ou não de uma patologia crônica e/ou aguda. **CONCLUSÃO:** Com a análise dos dados colhidos no histórico de enfermagem e exame físico foi possível identificar os diagnósticos de enfermagem, a importância do cuidado, a necessidade de atenção dos clientes, a falta de esclarecimento sobre sua patologia e a dependência de um acompanhante. Os clientes participantes possuíam características distintas, porém as características definidoras e fatores relacionados de cada um eram semelhantes aos diagnósticos de enfermagem levantados. É possível validar o processo de enfermagem levando-se em conta tudo o que foi feito, como foi feito e os resultados esperados. Fazendo isso, o processo de enfermagem é colocado em prática e o cuidado será adequado. O levantamento de dados e dos diagnósticos de enfermagem compõe a base que permite definir o tipo de intervenções de enfermagem indicadas a cada situação. Porém, é necessário que a enfermeira seja capaz de identificar e definir clara e objetivamente os diagnósticos de enfermagem. **CONTRIBUIÇÕES:** A sistematização da assistência de enfermagem tem como objetivo a melhoria do cuidado e, no caso desse estudo, no ambiente hospitalar, visando à obtenção de melhores resultados para pacientes e equipe de enfermagem. Para que isso ocorra, é necessária que seja incorporada ao exercício cotidiano da enfermagem nesse ambiente. Acredita-se que este estudo contribui no sentido de desenvolver uma assistência de enfermagem mais cientificamente fundamentada no aceleração do processo de recuperação dos pacientes internados e na diminuição de riscos e custos durante o período de internação. Poderá também subsidiar o hospital na proposição, desenvolvimento e implantação de um sistema informatizado para registro do processo de enfermagem.

Palavras-chave: diagnóstico; enfermagem; homens.

REFERÊNCIAS

- Braga, CG, Cruz, DALM. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2003. 11(2):240-4, mar. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 10 jun. 2009.
- Fontes, CMB, Cruz, DALM. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. *Rev. Esc. Enferm.* 2007, 41(3): 395-402. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/08.pdf>> Acesso em: 16 de Nov. de 2008.
- Hermida, PMV. Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2004 nov/dez;57(6):733-7 Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo.php> >
- Leon, CGRMP, Leite, EMAM, Souto, CMRM. A utilização da classificação da CIPE e NANDA – uma experiência discente. *Enfermagem Brasil*. Nov./Dez. 2003:2(6).



Trabalho 156

North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Virgínio, NA, Nóbrega, MML. Validação de instrumento de coleta de dados de Enfermagem para clientes adultos hospitalizados. Rev. Bras. Enferm. Jan./fev. 2004. 57(1):53-6.

Leon, CGRMP, Leite, EMAM, Souto, CMRM. A utilização da classificação da CIPE e NANDA – uma experiência discente. Enfermagem Brasil. Nov./Dez. 2003. 2(6).



Trabalho 157

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES IDOSOS HOSPITALIZADOS NA CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY/UFPB

Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho¹

Ana Carolina Regis da Cunha²

Maria Miriam Lima da Nóbrega³

INTRODUÇÃO: Atualmente no Brasil em todo o mundo, estuda-se cada vez mais o processo de envelhecimento, tanto pelo fato de fazer parte da realidade humana, como também por haver um aumento da expectativa de vida proporcionada pelo avanço tecnológico, que gera consequentemente aumento no número de idosos. O envelhecimento traz algumas modificações que implicam em mudanças em várias esferas da vida dessas pessoas, necessitando de ajustes nas assistências de acordo com essas implicações¹. Dentre essas mudanças ocorridas nessa etapa da vida, podemos destacar o comprometimento da capacidade funcional, visto afetar significativamente tanto o próprio idoso quanto a família, a comunidade e os serviços de saúde, sendo o idoso apontado como principal usuário desses serviços, destacando-se a hospitalização. Apesar dessa necessidade observa-se que há uma deficiência em atender as necessidades dessa crescente população que cada vez mais precisa de um atendimento especializado e multiprofissional, podendo gerar uma redução da qualidade de vida desses idosos e consequentemente aumento no número de hospitalizações, necessitando, portanto, de uma assistência de enfermagem qualificada². Dessa forma, uma ferramenta capaz de auxiliar profundamente a assistência de enfermagem possibilitando maior eficácia é a Sistematização da Assistência de Enfermagem através do Processo de Enfermagem que compreende etapas com preenchimento do histórico de enfermagem, realização do exame físico, indicação dos diagnósticos de enfermagem, prescrição das intervenções necessárias para esses diagnósticos, evolução e avaliação da assistência prestada. A Sistematização da Assistência contribui para que o serviço prestado seja qualificado, visto promover o planejamento das ações de enfermagem, além de ser voltado às necessidades reais e potenciais de cada indivíduo, levando-se em consideração todos os aspectos envolvidos no contexto dessas pessoas³. Na etapa de seleção dos diagnósticos e intervenções a serem realizadas existem várias terminologias para atender a essas fases, sendo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)[®]⁵ a terminologia escolhida para realização do estudo. “A Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE)[®] é um sistema de linguagem de enfermagem unificado que contempla os fenômenos, intervenções e resultados de enfermagem como elementos primários de sua construção”⁴. **OBJETIVO:** O trabalho apresentado teve como objetivo a construção das principais afirmativas de diagnósticos de enfermagem para clientes idosos hospitalizados na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, tendo como base a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo, realizado no período de setembro a novembro de 2012. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados o histórico

1. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: linawac@yahoo.com.br.
2. Estudante. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: miriamnobrega@ccs.ufpb.br.



Trabalho 157

de enfermagem da Clínica Médica, que foi preenchido por meio de entrevista com o paciente, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo mesmo ou seu acompanhante, sendo garantido o sigilo dos dados pessoais antes da aplicação do instrumento, além da pesquisa aos prontuários. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 30 pacientes hospitalizados na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley no período de outubro a novembro, para fazer parte deste estudo, foram selecionados, 13 idosos compreendidos na faixa etária entre 60 e 82 anos, que apresentavam patologias diversas, sendo 8 do sexo masculino e 5 do sexo feminino. A coleta de dados foi realizada a partir da entrevista com o preenchimento do instrumento de histórico de enfermagem padronizado na instituição e da consulta aos prontuários, a partir de então foram identificados os principais indicadores das necessidades humanas básicas afetadas, e delas foram elencados os diagnósticos de enfermagem referentes ao cuidado aos idosos hospitalizados. Para atender aos objetivos desta pesquisa foi feito um refinamento dos dados e retirada das repetições. Denominou-se principais, os DE que apresentavam uma frequência média de 5 vezes, chegando-se ao total de seis afirmativas. Para a necessidade de sono e repouso foi detectado o DE sono e repouso prejudicado, que apareceu com uma frequência de 61%, a mudança de ambiente interfere na preservação desta função que tem uma grande importância reparadora e garante o equilíbrio físico e mental do indivíduo, para Atividade física/mecânica corporal/motilidade e locomoção, identificamos o DE Mobilidade física prejudicada, que não indica uma dependência total mas pode ser indicador importante para outros tipos de diagnósticos, para Comunicação, o DE Comunicação prejudicada, pode estar relacionada com transtornos psíquicos ou com problemas de enfrentamento, muito comuns na hospitalização, para Percepção dos órgãos dos sentidos, o DE Dor moderada, presente na maioria dos pacientes internados e ocorrem principalmente por procedimentos invasivos e terapêuticos, para oxigenação, foi identificado o DE Tosse produtiva, a restrição ao leito com diminuição das atividades contribuem fortemente para essa condição, para regulação vascular, o DE Pressão sanguínea elevada, presente em grande parte dos idosos podendo estar associada a outras patologias ou causada pela própria hospitalização. **CONCLUSÃO:** A redução da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida, proporcionadas pelos avanços tecnológicos trouxe o olhar do cuidado cada vez mais próximo aos idosos, demonstrado em estudos e pesquisas realizadas que representam a população que mais necessita e procura atendimento nos serviços de saúde, o que nos leva a entender que é necessário o desenvolvimento de estudos que busquem satisfazer as necessidades de cuidados dessa parcela, além de um maior comprometimento das gestões e órgãos públicos com seu bem-estar e qualidade de vida. A assistência de enfermagem prestada de forma sistematizada, abrangendo e respondendo a todas as fases do processo concede um maior entrosamento com a situação dos pacientes, assim como com suas necessidades reais e potenciais, sendo assim, uma maneira da enfermagem atender e obter resultados esperados e satisfatórios no cuidado ao idoso. Portanto, existe a urgência em se adotar esse processo nas instituições de saúde e por todos os profissionais enfermeiros, afim de se trabalhar para melhorar cada vez mais a saúde no Brasil. Além disso, vislumbramos a importância das terminologias de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, como ferramenta decisiva na prestação de assistência, visto possibilitar uma linguagem unificada e conter os cuidados de enfermagem referentes não apenas aos idosos, mas às pessoas em geral, às famílias e à comunidade, tanto no contexto institucional quanto não institucional. Ressalta-se também que para que a assistência seja de qualidade se faz necessário o uso do pensamento crítico e raciocínio diagnóstico, ferramentas indispensáveis para autonomia de cuidados da enfermagem.

1. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: linawac@yahoo.com.br.
2. Estudante. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: miriamnobrega@ccs.ufpb.br.



Trabalho 157

DESCRITORES: Envelhecimento, Idosos, Hospitalização, Diagnósticos de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem.

EIXO 2: Assistência de Enfermagem

REFERÊNCIAS:

1. Hein MA; Aragaki SS. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). *Ciência e Saúde Coletiva*, v.17, n.8, p.2141-2150, 2012.
2. Carreta MB; Bettinelli LA; Erdmann AL. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.64, n.5, p.958-962, set-out 2011
3. Manzoni SR; Rodrigues CC; Santos DS; Rossi LA; Carvalho EC. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.63, n.2, p.285-289, 2010.
4. Pimpão FD; Lunardifilho WD; Vaghetti HH; Lunardi VL. Percepção da Equipe de Enfermagem sobre seus registros: buscando a Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.405-410, jul.-set. 2010.
5. Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0*. São Paulo: Ed Algor; 2007

1. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: linawac@yahoo.com.br.
2. Estudante. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: miriamnobrega@ccs.ufpb.br.



Trabalho 158

DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO MODO FISIOLÓGICO ELIMINAÇÃO PARA PACIENTES EM REABILITAÇÃO FÍSICA

Leonardo Tadeu de Andrade¹
Danyelle Rodrigues Pelegrino de Souza²
Aline Rodrigues de Abreu Miranda³
Telma Ribeiro Garcia⁴
Tânia Couto Machado Chianca⁵

INTRODUÇÃO

A reabilitação física é um importante componente no processo saúde doença e no cuidado psicossocial de pessoas com deficiência. Essa ênfase ocorre devido ao aumento significativo no número de pessoas com doenças crônico-degenerativas e das que sobrevivem a lesões neurológicas, como acidente vascular encefálico, lesão medular e trauma cranioencefálico. Os pacientes em processo de reabilitação frequentemente apresentam alterações físicas, cognitivas e comportamentais, necessitando assim, de um processo de reabilitação cada vez mais complexo e diversificado. O processo de reabilitação auxilia o indivíduo a atingir uma aceitável qualidade de vida, com dignidade, autoestima e independência.

Um dos maiores problemas enfrentados pelo paciente e seus familiares diz respeito às disfunções miccionais e intestinais decorrentes das lesões neurológicas. Essas alterações têm maior relevância, quando repercute negativamente nos aspectos físicos, psicológicos, sexuais, ocupacionais e sociais, reduzindo assim, a qualidade de vida do paciente e determinando ainda mais a sua exclusão social.

Nesse cenário, é fundamental a utilização de um sistema de classificação dos elementos da prática profissional de enfermagem, que facilite a construção de diretrizes que descrevam padrões de cuidados utilizados em qualquer parte do mundo, o que possibilita uma documentação sistemática do enfermeiro, sustentando as decisões clínicas tomadas em relação às necessidades dos pacientes com disfunções miccionais e intestinais. Além disso, esse tipo de linguagem possibilita uma comunicação precisa entre os enfermeiros e os diversos profissionais da equipe de saúde.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos pacientes. Para facilitar a utilização da CIPE[®], o CIE está desenvolvendo subconjuntos de conceitos dessa classificação.

OBJETIVOS

¹ Doutorando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeiro da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, unidade Belo Horizonte, Brasil. *E-mail:* leonardotad@gmail.com

² Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeira da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, unidade Belo Horizonte, Brasil. *E-mail:* danyellepelegrinoenf@gmail.com

³ Enfermeira da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, unidade Belo Horizonte, Brasil. *E-mail:* chmmiranda@oi.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Co-diretora do Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE[®] do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, Brasil. *E-mail:* telmagarciapb@gmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. *E-mail:* taniachianca@gmail.com



Trabalho 158

Este estudo é um recorte do projeto “Construção e Validação de um Subconjunto de Conceitos CIPE® para a Reabilitação Física Motora” e tem os objetivos de compor e organizar, com base no banco de termos construído e no modelo de sete eixos da CIPE® Versão 3.0, enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o modo fisiológico - eliminação - para paciente em processo de reabilitação física motora.

METODOLOGIA

Este estudo é um recorte do projeto “Construção e Validação do Subconjunto CIPE® para a Reabilitação Física Motora”. Para a realização do estudo, foi utilizado o método descritivo e exploratório, com o objetivo de compor enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as disfunções miccionais e intestinais. O estudo foi desenvolvido na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, unidade de Belo Horizonte - MG. Esta pesquisa segue as normas estabelecidas na Resolução 196/96 para pesquisas envolvendo seres humanos.

Para atendimento ao objetivo da pesquisa, o estudo seguiu as orientações da CIE para a elaboração dos subconjuntos. Para a construção dos enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foram realizados os seguintes passos: 1) criação dos enunciados tendo como base o banco de termos da reabilitação construído no ano de 2012 e a CIPE® versão 3.0. O referencial utilizado foi a norma ISO 18.104:2003. 2) A literatura foi revisada a fim de estabelecer as definições pertinentes aos enunciados e para identificar evidências clínicas de cada afirmativa na área da reabilitação física motora.

Segundo a CIE, não há um modelo teórico ou conceptual específico para a organização dos diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem num subconjunto de conceitos CIPE®. A apresentação dos enunciados CIPE® (diagnósticos, resultados e intervenções) pode variar para diferentes subconjuntos de conceitos e é determinada pelos enfermeiros que os elaboram. Assim, optou-se na presente proposta por organizar os diagnósticos, resultados e intervenções de acordo com o Modelo de Adaptação de Roy, modelo adotado na instituição em estudo (JANSEN, 2007; ICN, 2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do catálogo CIPE® proporciona um meio seguro e sistemático para os enfermeiros que trabalham com a reabilitação física motora, proporcionando ao paciente uma assistência de qualidade. A partir do banco de dados e da CIPE® versão 3.0, foram construídos 200 enunciados, sendo distribuídos da seguinte forma: 48 enunciados diagnósticos/resultados, sendo 32 referentes a eliminação vesical e 16 a eliminação intestinal; 152 enunciados intervenções de enfermagem, sendo 91 referentes à eliminação vesical, 61 a eliminação intestinal e, 8 intervenções em comum.

As disfunções miccionais e intestinais são as principais causas do isolamento social e um determinante na piora da qualidade de vida. Portanto, a identificação correta da necessidade do paciente permite um tratamento mais eficaz. Neste ponto o uso dos Subconjuntos CIPE facilita a prática dos enfermeiros, já que esse instrumento possibilita o acesso rápido aos enunciados, favorecendo dessa forma a assistência prestada ao paciente sob seus cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Trabalho 158

A assistência de Enfermagem em reabilitação tem como objetivos proporcionar o máximo de independência possível ao indivíduo, levando em consideração suas habilidades e potencialidades, promovendo e incentivando o autocuidado através de educação e treinamento de situações, preparando a pessoa com deficiência física para uma vida social e familiar de melhor qualidade.

A validação do Subconjunto CIPE® para a reabilitação física será feita seguindo as orientações metodológicas do CIE para o desenvolvimento de catálogo CIPE®. Dois processos de validação serão precedidos um com os especialistas para refinamento do subconjunto, quando as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem serão testadas com a realização de estudos de casos clínicos na área. Esses estudos serão desenvolvidos utilizando o processo de enfermagem nas suas fases de coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, tendo como fundamentação teórica a Teoria de Adaptação de Roy.

Após a realização dos estudos clínicos, ou seja, da validação e teste do Catálogo CIPE® para reabilitação física-motora, será elaborado um guia instrucional para sua utilização na prática profissional. O contato com o CIE será mantido durante todo o processo a fim de compartilhar a elaboração de catálogos em outros lugares do mundo.

Palavras-chave: Processos de Enfermagem; Terminologia; Enfermagem em Reabilitação.

Área Temática: Assistência de Enfermagem

REFERÊNCIAS

1. Andrade, LT; Araújo, EG; Andrade, KRP, Soares, DM, Chianca, TCM. Papel da enfermagem na reabilitação física. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 nov-dez; 63(6): 1056-60.
2. Andrade LT, Araújo EG, Andrade KRP, Souza DRP, Garcia TR, Chianca TCM. Disreflexia autonômica e intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2013, 47 (1): 93-100.
3. Souza, DRP. Identificação e validação de termos de linguagem especial de enfermagem em reabilitação física motora de pacientes adultos. 2012. 181 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.



Trabalho 159



PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE PARAPLÉGICO ACOMETIDO POR FERIDAS: ESTUDO DE CASO CLÍNICO.

Luciano Ramos de Lima¹

Lucas Lobato de Souza²

Luís Carlos Beda do Nascimento³

¹ Mestre em enfermagem pela Universidade Federal de Goiânia. Docente assistente da Universidade de Brasília. Email: ramosll@unb.br

² Graduando do 7º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. Email: lukaslobato@hotmail.com

³ Graduando do 7º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. Email: luizkarlosbeda@hotmail.com

RESUMO EXPANDIDO

Introdução: A paraplegia ocorre por conta de uma lesão nas vias nervosas da medula espinal torácica, lombar ou da raiz sacra, comumente entre T1 e L1, ocasionando a perda do movimento e da sensação nos dois membros inferiores e, às vezes, de parte do tórax dependendo do nível da lesão. Além disso, o controle dos intestinos e da bexiga também pode ser afetado (PARKER, 2007). Geralmente a paraplegia sobrevêm após traumas como quedas e acidentes de trânsito, lesões e ferimentos por arma de fogo, mas também pode ser consequência de tumores, esclerose múltipla, infecções e abscessos da medula espinal e transtornos congênitos como a espinha bífida (Brunner&Sundarth, 2008). Indivíduos paralisados restritos a uma cadeira de rodas ou a um leito requerem cuidados de enfermagem e de outros profissionais da saúde para reduzir as complicações potenciais da imobilidade, que vão desde a espasticidade até infecções e septicemia. Ressalta-se o quão essencial é o trabalho psicossocial, que auxilia o paciente no enfrentamento eficaz da terapêutica adotada, evitando sentimentos depressivos e de inutilidade etc (PARKER, 2007). Outro grande problema que afeta a vida dos paraplégicos é a presença de úlceras de pressão e outros tipos de feridas, pois estes pacientes geralmente passam bastante tempo em cadeira de rodas tendo como fatores contribuintes: a perda sensorial permanente nas áreas de pressão, imobilidade, redução da proteção da pele e quadro de saúde deficiente, devido aos possíveis edemas, anemia e desnutrição (HESS, 2002). Com isso, há redução na circulação periférica do sangue em áreas sob pressão acarretando em má perfusão tecidual e, conseqüentemente, abertura de feridas (GUYTON, 2000). **Objetivo:** Relatar a sistematização da assistência de enfermagem de um paciente paraplégico acamado acometido por escara, úlceras de pressão e úlcera de decúbito. **Método:** Pesquisa do tipo estudo de caso, desenvolvida na clínica médica de um hospital público de Brasília-DF, no mês de dezembro de 2012. Este estudo



Trabalho 159

foi autorizado pelo paciente, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os princípios da Resolução nº 196/96, no que se refere a pesquisas com seres humanos (BRASIL,1996). Para desenvolver o estudo de caso, aplicou-se o processo de enfermagem, nas seguintes etapas: levantamento de dados; elaboração de diagnósticos de enfermagem; elaboração do planejamento de enfermagem; elaboração de intervenções e de resultados esperados com a assistência. O levantamento de dados foi realizado por meio de anamnese, exame físico, observação e consulta ao prontuário eletrônico do paciente. Os dados coletados foram analisados e em seguida foi realizada a construção dos diagnósticos de enfermagem utilizando a taxonomia da NANDA. Por fim, foram elaborados as intervenções de enfermagem e os resultados esperados **Resultados:** Entre os diagnósticos de enfermagem encontrados estão: deambulação prejudicada, mobilidade no leito prejudicada, percepção sensorial cinestésica/tátil/visual perturbada, integridade da pele prejudicada, integridade tissular prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada risco de disfunção neurovascular periférica, dor aguda, eliminação urinária prejudicada, risco de infecção, déficit no autocuidado, risco de quedas e disfunção sexual (DOENGENS, 2009). Cerca de 95% das UP são evitáveis, pelo que se torna imprescindível utilizar todos os meios disponíveis para realizar uma eficaz prevenção e tratamento das UP já estabelecidas. As orientações relacionadas aos cuidados e prevenção de úlceras por pressão são essenciais para o bom prognóstico do paciente com paraplegia, uma vez que a falta de percepção e sensibilidade o impossibilitam de sentir a degeneração tissular que possa vir a acometê-lo. Entre as principais orientações, cita-se: a mudança de decúbito a cada duas horas, lençóis secos e esticados, colchões articulados, isso para os indivíduos acamados; cadeirantes devem se atentar às quedas, condições da cadeira de rodas, etc; orientações em comum referem-se à nutrição adequada, hidratação da pele, entre outros (RIBEIRO, 1999 apud LOURO et. al., 2007). A implementação de um plano de cuidados visa que o paciente apresente alguma forma de mobilidade, mantenha a pele intacta e sadia, obtenha controle intestinal, obtenha controle vesical e ausência de ITU, relate redução de queixas álgicas, reduza o risco de quedas, compreenda sua expressão sexual, apresente ausência de complicações, evidencie disposição melhorada para enfrentamento do agravo, entre outros. **Conclusão:** O estudo dos agravos citados e o planejamento da assistência de enfermagem elaborados para este caso clínico, não se aplicam somente ao paciente em questão, mas podem contribuir também para o cuidado a outros paciente que se encontram em situações semelhantes. Vale ressaltar também a dificuldade com a atuação do enfermeiro na ausência de um protocolo de cuidados eficaz o suficiente para o cuidado do paciente portador de úlceras por pressão, levando o profissional à avaliação subjetiva e o planejamento do cuidado focado somente na cicatrização da úlcera e não na prevenção da reabertura e do surgimento de outras mais.

Descritores: úlcera de pressão, feridas, paraplegia, sistematização da assistência de enfermagem.

Referências:



Trabalho 159

- ARAÚJO, T.M. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev. Bras. Enferm.** 2011, vol.64, n.4, pp. 671-676.
- BLANES, L.; DUARTE, I.S.; CALIL, J.A.; FERREIRA, L.M. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2004, vol.50, n.2, pp. 182-187.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.** Resolução 196 de 1996. Informes Epidemiológico do SUS, v.5, n.2, abr./jun. 1996. Suplemento 3. p.14-41.
- BRUNNER & SUNDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, vol. 2. 2008
- CALIL, J. A. et al. Aplicação clínica do retalho fásquio-cutâneo da região posterior da coxa em V-Y. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2001, vol.47, n.4, pp. 311-319.
- CAMPOS, S.F. et al. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. **Rev. Nutr.** 2010, vol.23, n.5, pp. 703-714.
- CHAYAMITI, E.M.P.C.; CALIRI, M.H.L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. *Acta paul. enferm.* 2010, vol.23, n.1, pp. 29-34.
- DEALEY, C. **Cuidando de feridas.** São Paulo: Atheneu; 2008.
- Diretrizes para a Prevenção de Úlceras de Pressão – European Pressure Ulcer Advisory Panel. Disponível em: <http://www.epuap.org>. Acessado em 15 de Dezembro de 2012, às 21h41min.
- DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F.; MURR, A.C. **Diagnósticos de enfermagem: intervenções, prioridades e fundamentos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- FERREIRA, M.C.; TUMA JUNIOR, P.; CARVALHO, V.F.; KAMAMOTO, F. Complexwounds. **Clinics.** 2006, vol.61, n.6, pp. 571-578.
- GUYTON, A.C. **Fisiologia Humana e Mecanismo das Doenças.** Revinter, 6ª edição, Rio de Janeiro, 2000.
- HESS, C.T. **Tratamento de Feridas e Úlceras.** Reichann& Affonso, 4ª edição, Rio de Janeiro, 2002.
- INTERNACIONAL, NANDA – **Diagnósticos de enfermagem da NANDA 2007-2008.** Porto Alegre, Artmed, 2008.
- LIMA, A. C. B; GUERRA, D.M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciênc. Saúde Coletiva.** 2011, vol.16, n.1, pp. 267-277.
- LOURO, M; FERREIRA, M.; POVOA, P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** 2007, vol.19, n.3, pp. 337-341.
- MORO, A. et al. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2007, vol.53, n.4, pp. 300-304.
- PARKER, S. **O livro do corpo humano: um guia ilustrado de sua estrutura, funções e disfunções.** São Paulo, Ciranda Cultural, 2007: p. 127 e 142.



Trabalho 159

ROGENSKI, N. M. B; SANTOS, V.L.C.G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2005, vol.13, n.4, pp. 474-480.

Eixo temático do trabalho: Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Modalidade de apresentação: Pôster



Trabalho 160

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO

Giovanna Rosario Soanno Marchioriⁱ, Valdecyr Herdy Alvesⁱⁱ; Diego Pereira Rodriguesⁱⁱⁱ; Gislaíne Aparecida Batiston^{iv}; Michelli Lacerda Emiliano^v

RESUMO

INTRODUÇÃO: Durante o período teórico-prático na formação acadêmica, há uma grande ênfase sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é uma atividade privativa do enfermeiro. Deve ser realizada em todas as instituições de saúde e registrada no prontuário do cliente de acordo com a legislação vigente. É um método de aplicação do cuidado fundamentado cientificamente pelas Teorias da Enfermagem e praticado com uma visão holística do enfermeiro no contexto de sua atuação². A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge em 1994 como instrumento de inversão do curativismo ou de um modelo centrado nos agravos para um modelo de caráter subjetivo que visa à prevenção de doenças e promoção da saúde na atenção primária. Isso devido realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978, quando se colocou em destaque o novo conceito de saúde de “ausência de doenças para estado de completo bem estar físico, mental e social”. Na mesma Conferência foram debatidas as desigualdades entre os povos e lançada como meta mundial saúde para todos até o ano 2000 através dos cuidados primários de saúde³. Na ESF a participação do enfermeiro na equipe multiprofissional é imprescindível. Entre as ações desenvolvidas com maior frequência pelo enfermeiro na assistência numa Unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) pode-se destacar: consulta de enfermagem, visitas domiciliares, educação em saúde, prescrição de medicamentos e solicitação de exames complementares conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS). Uma vez identificada a importância da SAE como ferramenta para o enfermeiro na ESF, não apenas pelo embasamento científico e reconhecimento de sua atuação, mas especialmente pela conquista da autonomia do mesmo e pela organização proporcionada ao processo de trabalho e atendimento. A relevância deste estudo encontrou-se no conhecimento individual e do contexto familiar proporcionando uma assistência direcionada às reais necessidades do indivíduo e da família. **OBJETIVO:** Utilizar a SAE e os diagnósticos de enfermagem, segundo *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), numa família cadastrada em uma Unidade de ESF (região 02) municipal de Vila Velha/ES. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa usando a estratégia metodológica, um estudo de caso. O estudo foi realizado após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Cias Unimed, sob o protocolo n.º 071/2008. Desenvolvida por acadêmicas de enfermagem do 8º período do curso de graduação e utilizou um instrumento de coleta de dados (impresso formulado de acordo com a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, de acordo com o perfil encontrado na família atendida), com aplicação da SAE, durante um período de dois meses, com realização de quatro consultas domiciliares quinzenais, agendadas previamente. **RESULTADOS:** Na primeira consulta de enfermagem foi realizada uma avaliação minuciosa do estado geral do cliente para levantar os dados subjetivos e objetivos e identificar os diagnósticos de enfermagem. Nesta etapa foram descritos em sua maioria diagnósticos de risco, além de problemas reais¹. Nas demais consultas ocorreu uma investigação focalizada, ou seja, direcionada segundo as necessidades do cliente. De acordo com o que e até quando desejávamos que o cliente alcançasse, procuramos desenvolver metas para solução dos problemas prioritários na primeira consulta



Trabalho 160

de enfermagem. Na segunda consulta foram mantidos os diagnósticos de enfermagem e as metas, devido mudanças pouco expressivas. Nesta visita foi elaborado um planejamento juntamente com o cliente de acordo com suas condições de alcance e desenvolvimento das metas. Na terceira consulta de enfermagem observou-se o cumprimento parcial da meta “A cliente agendará uma consulta com o ginecologista, oftalmologista e cardiologista semestralmente”, pois a cliente consultou-se apenas com o oftalmologista e ginecologista. O diagnóstico “Disposição para aumento do autocuidado caracterizado por expressar desejo de aumentar a responsabilidade do autocuidado”; deixa de existir devido alteração significativa no nível glicêmico (172mg/dL) identificado durante o histórico que fornece subsídio para o desenvolvimento dos diagnósticos. Assim, surge diagnósticos relacionados a esta nova situação: “Insuficiência do adulto para melhorar o seu estado de saúde, caracterizado por déficit no autocuidado” e “Nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais, relacionada à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas caracterizadas por padrão alimentar disfuncional”, demonstrando ser uma etapa dinâmica que ocorre a cada contato com cliente. Durante a última consulta observou-se o retorno do diagnóstico de bem estar “Disposição para aumento do auto-cuidado, caracterizado por expressar desejo de aumentar a responsabilidade do autocuidado”, demonstrando o alcance da meta “a cliente manterá os níveis glicêmicos entre 99mg/dL e 110mg/dL, durante todo o período de pesquisa”, por aderir ao plano de cuidados. Isso caracteriza uma coleta de dados precisa e correta, pois o plano de cuidado foi efetivo. Surge diagnóstico relacionado ao problema real, “Volume de líquidos deficientes relacionados a mecanismos reguladores caracterizado por pele seca” e foram alcançadas as metas “A cliente aceitará a substituição alimentar em 1 semana; “A cliente manterá os níveis glicêmicos entre 99mg/dL e 110mg/dL, durante todo o período de pesquisa” e “A cliente agendará uma consulta com o ginecologista, oftalmologista e cardiologista semestralmente”. Mesmo com um período de estudo de dois meses e realização de apenas quatro consultas de enfermagem domiciliares, pode-se observar obtenção de resultados significativos através do alcance de metas. Isto prova que é possível conseguir vantagens com a aplicação da SAE a curto prazo. **CONCLUSÃO:** A utilização da SAE por acadêmicas na ESF permitiu concluir que, mesmo sendo este um grande desafio por exigir habilidade profissional, pode minimizar ou eliminar diagnósticos de enfermagem e alcançar metas estabelecidas. Isto só foi possível porque a SAE funcionou como uma ferramenta que organizou e direcionou o trabalho de forma científica caracterizando o enfermeiro profissional. Além disso, o uso dos diagnósticos de enfermagem propiciaram raciocínio sobre os possíveis riscos a que a família estava exposta e como atuar sobre eles, fornecendo a base correta para intervenções eficazes. A Teoria de Orem como base para o desenvolvimento da SAE direcionou a pesquisa para o incentivo e orientação do autocuidado propiciando o cumprimento de metas, melhoria da qualidade de vida e retomada da autonomia dentro das possibilidades de cada indivíduo. **IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** Necessidade de enfermeiros que assumam a responsabilidade da SAE, uma atividade privativa e legalizada, e que acreditem num sistema que é capaz de proporcionar benefícios aos clientes, valorizar o Enfermeiro e nortear a assistência na ESF.

DESCRITORES: Saúde da família; Processos de enfermagem; Assistência de Enfermagem.

EIXO 2: Assistência de Enfermagem

Referencias Bibliográficas:

1. NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação. Porto Alegre: Artmed, 2006. 312 p.



Trabalho 160

2. Tannure, MC; Gonçalves, AMP. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008;
3. União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 23 fev de 2009.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em <http://www.novo.portalcofen.gov.br> Acesso em: 24 de maio 2013.



Trabalho 160

ⁱ Enfermeira, Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Estácio de Vitória. Professora da Faculdade Novo Milênio do Estado do Espírito Santo. Membro do Grupo de Pesquisa – Maternidade: saúde da mulher e da criança da Universidade Federal Fluminense (UFF). Email: giovanna_marchiori@yahoo.com

ⁱⁱ Enfermeiro, Doutor, Professor Titular do Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Presidente da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras-Nacional.

ⁱⁱⁱ Enfermeiro, Mestrando em Ciências do Cuidado da Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF).

^{iv} Enfermeira, Especialista em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário São Camilo . Gestora em clínica privada.

^v Enfermeira, Coordenadora do Centro Cirúrgico de clínica privada.



Trabalho 161

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A PACIENTES
SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA DE QUADRIL**

Camila Evangelista Xavier Carnib¹
Sâmara Pinto Costa²
Santana de Maria Alves de Sousa³
Letícia P. Rolim⁴
Rosilda Silva Dias⁵

Introdução: O Processo de Enfermagem é uma forma de sistematizar a assistência ao paciente seguindo um método para atingir seus propósitos. Na prática clínica da enfermagem, orienta o trabalho do enfermeiro para coletar dados, identifica as necessidades de cuidados, propõe intervenções e avalia os resultados dos cuidados que realiza¹. A artroplastia de quadril é uma cirurgia de reconstituição da articulação pela substituição por prótese com finalidade de restaurar a função articular e melhorar o quadro algico². Tendo em vista a complexidade deste procedimento o objetivo deste estudo foi Sistematizar a Assistência de Enfermagem para pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia de artroplastia de quadril visto que a Assistência de Enfermagem deve evitar e monitorar complicações específicas a artroplastia de quadril, bem como aquelas associadas a qualquer pré e pós-operatório. **Descrição Metodológica:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso realizado na clínica ortopédica do Hospital Universitário da UFMA, nos meses de maio e junho de 2010. O estudo foi desenvolvido baseando-se na relação da Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)³ para diagnóstico, Nursing Outcomes Classification (NOC)⁴ para resultados alcançados e na Nursing Intervention Classification (NIC)¹ para intervenções. Para coleta de dados aplicou-se individualmente o histórico de enfermagem do Hospital Universitário em estudo, contendo os seguintes itens: identificação, percepções e expectativas, necessidades humanas básicas e situação de risco, para posterior identificação dos diagnósticos de enfermagem. Na avaliação ortopédica utilizou-se um instrumento, baseado no exame ortopédico realizado pela Unidade de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)², serviço de referência nacional em ortopedia. Os diagnósticos levantados pelo histórico de enfermagem foram modificados ou corroborados mediante realização das evoluções diárias, analisadas com o auxílio do instrumento de elaboração de diagnósticos. Os diagnósticos, intervenções e resultados foram descritos em quadros. Quanto aos aspectos éticos o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Colegiado do Curso de Residência em Enfermagem e posteriormente à Comissão Científica

1 Enfermeira, Especialista em Enfermagem Traumato- Ortopédica, Mestranda do Programa de Saúde Coletiva da UFMA. Enfermeira da SEMUS de São Luís – MA, Profª. Substituta do Departamento de Enfermagem da UFMA.

2 Enfermeira, Especialista em Enfermagem Traumato- Ortopédica, Mestranda do Programa de Saúde Coletiva da UFMA. Enfermeira do HUUFMA.

3 Enfermeira, Profª. Dra. Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFMA, Docente do Mestrado Acadêmico de Enfermagem da UFMA. Coord. do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto - GEPSA.

4 Enfermeira, Profª. Dra. Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFMA, Docente do Mestrado Acadêmico de Enfermagem da UFMA.

5 Enfermeira, Profª. Dra. Assistente do Departamento de Enfermagem da UFMA, membro do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde do Adulto – GEPSA.



Trabalho 161

do HUUFMA e após sua aprovação, foi direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário – UFMA para análise quanto à questão ética que envolve pesquisa com seres humanos, objetivando a concordância com que determina a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O mesmo foi aprovado conforme processo nº 005841/2009-50.

Resultados: Dos pacientes submetidos à artroplastia do quadril, no total de 08, a maioria era do sexo feminino (75%), tinham idade acima de 65 anos (75%), todos apresentavam doenças de base, a especificar: hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença renal, onde a hipertensão arterial caracterizou-se como maioria (62%). Foram identificados um total de 33 diagnósticos, sendo 18 diagnósticos no pré-operatório e 15 no pós-operatório. Dentre os diagnósticos de enfermagem dos pacientes em pré-operatório, 12 apareceram em mais da metade dos pacientes, são eles: déficit do autocuidado para banho/ higiene, déficit do autocuidado para higiene íntima, déficit do autocuidado para vestir-se e arrumar-se, mobilidade no leito prejudicada, risco de quedas, dor aguda, risco de infecção, integridade da pele prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada, mobilidade física prejudicada, capacidade de transferência prejudicada e risco de constipação. No pós-operatório foram listados 15 diagnósticos sendo que 13 destes estiveram presentes em todos os pacientes, são eles: déficit do autocuidado para banho/ higiene, déficit do autocuidado para higiene íntima, déficit do autocuidado para vestir-se e arrumar-se, mobilidade no leito prejudicada, risco de quedas, dor aguda, risco de infecção, integridade da pele prejudicada, mobilidade física prejudicada, capacidade de transferência prejudicada, risco de constipação e deambulação prejudicada. Após identificação dos diagnósticos foram estimados os resultados, as intervenções de enfermagem e ações para os diagnósticos que tiveram frequência igual e maior que 50%. As intervenções mais frequentes foram posicionamento, banho, assistência no autocuidado: banho e higiene, vestir; assistência no autocuidado: vestir-se/arrumar-se, controle de infecção, proteção contra infecção, controle de pressão sobre áreas do corpo, prevenção de úlcera por pressão, cuidados com local de incisão, supervisão da pele, cuidados com lesões, controle do ambiente, terapia com exercícios: mobilidade articular, controle da dor. **Conclusão:** A artroplastia do quadril é considerado um procedimento seguro e eficaz para o tratamento das afecções do quadril. Assistir um paciente, especialmente aquele que será submetido a artroplastia do quadril exige fundamentação, pois o cuidado a eles dispensados são imprescindíveis para o sucesso de tal procedimento. Com o intuito de garantir uma assistência que suprisse as necessidades de cuidados desses pacientes é que nos dispomos neste estudo a Sistematizar a Assistência de Enfermagem para pacientes submetidos a artroplastia do quadril identificando os diagnósticos segundo a Taxonomia II da NANDA e traçando intervenções conforme a NIC. Os diagnósticos levantados expressam particularidades impostas pela patologia, estando quase que em sua totalidade relacionados com a idade avançada, dificuldade de deambulação e mobilidade prejudicada, características essas que desencadeiam novos diagnósticos. Os resultados assemelharam-se no pré e no pós-operatório, sendo que no pós-operatório tardio espera-se o alcance gradual dos mesmos até

1 Enfermeira, Especialista em Enfermagem Traumato- Ortopédica, Mestranda do Programa de Saúde Coletiva da UFMA. Enfermeira da SEMUS de São Luís – MA, Profª. Substituta do Departamento de Enfermagem da UFMA.

2 Enfermeira, Especialista em Enfermagem Traumato- Ortopédica, Mestranda do Programa de Saúde Coletiva da UFMA. Enfermeira do HUUFMA.

3 Enfermeira, Profª. Dra. Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFMA, Docente do Mestrado Acadêmico de Enfermagem da UFMA. Coord. do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto - GEPSA.

4 Enfermeira, Profª. Dra. Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFMA, Docente do Mestrado Acadêmico de Enfermagem da UFMA.

5 Enfermeira, Profª. Dra. Assistente do Departamento de Enfermagem da UFMA, membro do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde do Adulto – GEPSA.



Trabalho 161

adquirirem independência da enfermagem. Para obtermos os resultados traçamos intervenções, sendo que as mais frequentes foram: Supervisão da pele, controle do ambiente, controle da dor, controle de pressão sobre as áreas do corpo, posicionamento, prevenção de ulcera por pressão. Utilizar o processo desta forma foi desafiador já que a utilização desses conhecimentos interferem na qualidade da assistência. **Implicações para Enfermagem:** Diante dos resultados e análise dos dados apresentados acredita-se na importância da sistematização da assistência de enfermagem baseada no sistema NANDA/NIC/NOC junto aos pacientes submetidos à artroplastia do quadril, com o intuito de padronizar o cuidado de enfermagem. Corroborando assim para reabilitação da capacidade física desses pacientes, além das orientações para garantir o sucesso do procedimento. **Referências:** 1. Dochterman JM, Bulechek GM. Visão Geral da classificação das intervenções de enfermagem (NIC). In: _____. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 2. Tashiro MTO, Murayama SPG. Assistência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia. Atheneu: São Paulo, 2005. 3. North Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2009/2011. Tradução: Regina Machado Garcez. Artmed: Porto Alegre, 2009. 4. Johnson M, et al. Linguagens e aplicações. In: _____. Ligações entre NANDA, NOC e NIC. 2 ed.: Porto Alegre: Artmed, 2009.

Descritores em saúde: Enfermagem ortopédica, classificação da assistência de enfermagem, artroplastia do quadril.

EIXO 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1 Enfermeira, Especialista em Enfermagem Traumato- Ortopédica, Mestranda do Programa de Saúde Coletiva da UFMA. Enfermeira da SEMUS de São Luís – MA, Profª. Substituta do Departamento de Enfermagem da UFMA.

2 Enfermeira, Especialista em Enfermagem Traumato- Ortopédica, Mestranda do Programa de Saúde Coletiva da UFMA. Enfermeira do HUUFMA.

3 Enfermeira, Profª. Dra. Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFMA, Docente do Mestrado Acadêmico de Enfermagem da UFMA. Coord. do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto - GEPSA.

4 Enfermeira, Profª. Dra. Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFMA, Docente do Mestrado Acadêmico de Enfermagem da UFMA.

5 Enfermeira, Profª. Dra. Assistente do Departamento de Enfermagem da UFMA, membro do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde do Adulto – GEPSA.



Trabalho 162

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE TRANSPLANTE RENAL

JULIANA MARQUES ROLIM¹

ÉRICA EMANOELA PORTO PEREIRA¹

MARIA LUCIA HOLANDA LOPES²

JOYCE SANTOS LAGES³

ROSILDA SILVA DIAS⁴

Introdução: no Brasil estima-se que a doença renal afete cerca de 10 milhões de brasileiros adultos, desses 80 mil apresentam falência funcional renal e necessitam de transplante¹. É um procedimento cirúrgico que consiste na transferência de um órgão ou tecido de um indivíduo para outro, a fim de compensar ou substituir uma função perdida. Logo, no transplante de rim implanta-se um rim sadio em um indivíduo portador de doença renal crônica². **Objetivo:** identificar os principais diagnósticos e propor as intervenções de enfermagem segundo a classificação da North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) classificação da Nursing Interventions Classification (NIC) no pós-operatório de pacientes submetidos ao transplante renal. **Descrição metodológica:** estudo descritivo e transversal em prontuários de pacientes submetidos ao transplante renal no período de março 2009 a março de 2010, em um hospital universitário em São Luis-MA. Fez-se o levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem segundo sistema de classificação da North American Nursing Diagnoses Association (NANDA)³ no pós-operatório de pacientes submetidos ao transplante renal, a partir dos quais, foram relacionadas às principais prescrições de enfermagem cuja base foi a classificação da Nursing Interventions Classification (NIC)⁴ correspondente a cada diagnóstico. A amostra do estudo foi constituída de 50 pacientes que se submeteram ao transplante de rim de doadores vivos e falecidos, no período do estudo. A coleta de dados foi orientada por uma ficha de dados para caracterização sócio demográfica: sexo, idade, data do transplante, tipo de doador e o histórico e os registros de enfermagem usados na instituição formaram a base de dados referentes aos possíveis diagnósticos de enfermagem com as características definidoras e fatores relacionados e fatores de risco. A lista de diagnósticos foi formulada conforme a Taxonomia II da NANDA³, com espaço para outros diagnósticos de cada paciente. Os dados foram agrupados para a determinação das prescrições de enfermagem. **Resultados:** foram estabelecidos 26 diagnósticos de enfermagem dos quais 09 foram presentes em todos os pacientes pesquisados (100%), quais sejam: risco de infecção, volume de líquido

1. Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Clínico Cirúrgica área de concentração Nefrologia HUUFMA.

2 Enfermeira Docente mestre do Departamento de Enfermagem da UFMA

3 Enfermeira Mestre do HUUFMA

4 Enfermeira Docente Doutora do HUUFMA e do Departamento de Enfermagem da UFMA



Trabalho 162

desequilibrado, deambulação prejudicada, padrão de sono prejudicado e dor aguda. As principais intervenções de enfermagem para os diagnósticos são: controle de sinais vitais, controle de líquidos e eletrólitos, controle de peso diário, monitorar a incisão cirúrgica, prevenir infecção e quedas.

Conclusão: nos pacientes transplantados os diagnósticos de enfermagem são risco de infecção, volume de líquido desequilibrado, deambulação prejudicada, padrão de sono prejudicado e dor aguda e as principais intervenções de enfermagem são controle de sinais vitais, controle de líquidos e eletrólitos, controle de peso diário, monitorar a incisão cirúrgica, prevenir infecção e quedas. O estudo contribuiu na continuidade da implantação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de transplante renal do hospital universitário. **Implicações para enfermagem:** o cuidado de enfermagem sistematizado é uma necessidade da profissão que garante um agir seguro, pois a competência de estabelecer os diagnósticos e as intervenções fundamentadas em evidências clínicas, implicam em resolutividade para o paciente/cliente e os serviços de saúde com afirmação da prática socialmente delegada, que as instituições de saúde devem estimular e garantir. **Referencias** 1.Lugon, JR. Doença renal crônica no Brasil: um problema de saúde publica. Jornal brasileiro de nefrologia. Brasília: v.31, p. 1-5, mar, 2009. 2.Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Manual de transplante renal. São Paulo, 2004. p. 6. 3. Dochterman JM, Bulechek GM. Visão Geral da classificação das intervenções de enfermagem (NIC). In:_____. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 4. North Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2009/2011. Tradução: Regina Machado Garcez. Artmed: Porto Alegre, 2009.

Descritores: transplante renal, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem

- 1.Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Clínico Cirúrgica área de concentração Nefrologia HUUFMA.
- 2 Enfermeira Docente mestre do Departamento de Enfermagem da UFMA
- 3 Enfermeira Mestre do HUUFMA
- 4 Enfermeira Docente Doutora do HUUFMA e do Departamento de Enfermagem da UFMA



Trabalho 163

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO DE TRANSPLANTE RENAL, UM ESTUDO DE CASO

Tamires Nowaczky Wielens¹
Marlei Cristiane Zanella¹
Priscila Escobar Benetti²
Eniva Miladi Fernandes Stumm³
Eliane Raquel Rieth Benetti⁴

Introdução: os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos que proporcionam as bases para as intervenções de enfermagem e alcance de resultados de responsabilidade dos enfermeiros. **Objetivo:** descrever os diagnósticos de enfermagem de um paciente (receptor) no perioperatório de transplante renal com doador vivo relacionado. **Descrição Metodológica:** estudo de caso realizado com um paciente renal crônico submetido a transplante renal com doador vivo relacionado, assistido durante o componente curricular Prática de Enfermagem em Saúde do Adulto II, do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. **Resultados:** principais diagnósticos identificados no pré-operatório - nutrição desequilibrada, risco de glicemia instável, risco de motilidade gastrointestinal disfuncional, risco de distúrbios da identidade pessoal, risco de baixa autoestima situacional e disposição para enfrentamento melhorado; no transoperatório - risco de choque, de integridade da pele prejudicada, de lesão por posicionamento perioperatório, de desequilíbrio na temperatura corporal, de sangramento e de infecção; no pós-operatório - náusea, risco de quedas, de infecção, de perfusão renal ineficaz, de desequilíbrio eletrolítico e sangramento, disposição para melhora do autocuidado, para processos familiares melhorados e resiliência melhorada. **Conclusão:** identificar os diagnósticos de enfermagem deste paciente qualificou a assistência de enfermagem prestada pelos acadêmicos, pois proporcionou intervenções individualizadas e avaliação dos resultados obtidos. **Contribuições para a enfermagem:** considera-se que este estudo possa contribuir para o planejamento e a implementação dos cuidados de enfermagem a essa clientela, visando a resolução dos problemas identificados e sua melhor qualidade de vida.

Referências:

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem: Definições e Classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.
Silva MSJ, Teixeira JB, Nóbrega MFB, Carvalho SMA. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais de um hospital de ensino. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(2):309-17.

Descritores: Diagnósticos de Enfermagem; Transplante de rim; Assistência de enfermagem.
Eixo Temático - Eixo 2: Assistência de Enfermagem

¹ Graduanda em Enfermagem. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Graduanda em Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: priscila.escobar@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.



Trabalho 164

Pet-Saúde na Identificação do Diagnóstico de Enfermagem visando a adesão de Mulheres ao exame Papanicolau em uma Estratégia Saúde da Família

Autores: Livia de Oliveira Teixeira 1, Cristina Gonçalves Hansel 1, Cláudia Carvalho Respeita da Motta 1, Rayan Rezende 2, Miriam Heidemann 3

Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2010), as neoplasias serão as maiores causas de morte mundialmente. Espera-se que a mortalidade por câncer no mundo aumente em 45% entre 2007 a 2030 passando de 7.900.000 para 11.500.000 mortes, isso devido ao crescimento e envelhecimento populacional que vem ocorrendo mundialmente. Essas transformações ocorridas no campo da saúde, também foram observadas na área da saúde da mulher, que passou a ser tema de política de saúde no Brasil a partir da década de 90, com a criação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) em 1994, que prevê por meio de seus princípios e diretrizes uma nova e diferenciada abordagem a saúde da mulher baseado no conceito “Atenção Integral”. O Pacto pela Saúde de 2009 ratifica com objetivo a ampliação da oferta do exame preventivo do câncer de colo de útero de forma que a cobertura do exame alcance 80% da população-alvo de 25 a 59 anos de mulheres (SSDC-RJ, 2009). Parte-se do princípio que a SAE contribui para organizar o cuidado, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem e, dessa forma, dando visibilidade à contribuição da Enfermagem no âmbito da atenção à saúde, em qualquer ambiente onde a prática profissional ocorra, seja em instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, ou em serviços ambulatoriais, escolas, associações comunitárias, fábricas, domicílios, entre outros (MALUCELLI, et al., 2010). **Objetivos:** Caracterizar o perfil das mulheres de 25 anos ou mais residentes nas áreas adscritas de uma Estratégia Saúde da Família; Apontar o percentual de adesão e não adesão dessas mulheres ao exame Papanicolaou e descrever o Diagnóstico de Enfermagem identificado para promoção a saúde e adesão dessas mulheres ao exame Papanicolaou na referida unidade em estudo. **Metodologia:** Estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa, dividido em duas de etapas de coleta de dados. A amostra foi constituída pelo número de mulheres com idade igual ou maior de 25 anos, cadastradas que possuem prontuários no mês de Agosto de 2010, na Unidade Saúde da Família (USF) Nova Cascatinha (NC) situada em Petrópolis, selecionada para o Projeto de Educação pelo Trabalho para a Saúde 2010/2011 – PET-SAÚDE II da Faculdade de Medicina de Petrópolis/ Faculdade Arthur Sá Earp Neto em parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis - RJ. Os



Trabalho 164

critérios para inclusão dos sujeitos foram: mulheres maiores de 25 anos, que residem na área adscritas da ESF NC, cadastradas e que possuem prontuários na unidade e que aceitaram a participar do estudo. Para atingir os objetivos propostos a pesquisa foi dividida em duas etapas com diferentes proporções: a primeira etapa de consulta documental (prontuários) para caracterização dos sujeitos e para identificação do percentual de mulheres que realizaram e que não realizaram o exame Papanicolaou no ano de 2009. A segunda etapa de coleta de dados foi constituída pelo percentual de mulheres que não realizaram o exame Papanicolaou no ano de 2009, onde elas responderam os motivos para a não adesão ao exame. O instrumento utilizado foi um contendo questões fechadas. Em observância a Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil. A coleta de dados teve início após autorização por escrito do responsável legal da Unidade de Saúde da Família em estudo e após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Petrópolis. Os dados foram organizados e digitados em uma planilha do Excel® e posteriormente analisados com estatística simples. Resultados: Os dados revelaram que a faixa etária das mulheres investigadas variou de 25 a 79 anos, sendo que a adesão ao exame Papanicolaou também variou de acordo com a idade sendo que a faixa etária que teve a menor adesão foi a de 40 a 49 anos. Com relação ao estado civil 44, 8% das mulheres são solteiras, 35,7% casadas e 19,5% são viúvas. Analisando os dados referentes adesão ao exame Papanicolaou na Estratégia Saúde da Família (ESF) NC no período de coleta de dados, em julho de 2010 havia uma população de 829 (100%) mulheres com idade entre 25 a 59 anos, sendo que 642 (77,44%) mulheres possuíam cadastro / ficha “A” no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Do total de mulheres das cinco micro áreas que possuíam cadastro no SIAB 460 (71,65%) não haviam aderido ao exame Papanicolaou, de acordo com o fechamento das informações do mês de julho do ano 2010. Os motivos que levaram essas mulheres a não realização do exame Papanicolaou no ano de 2010 foram diversos sendo que das 460 mulheres apenas 173 mulheres responderam o item, porque tivemos ao decorrer do estudo incompatibilidade de horário e outras mudaram da área. Quando questionadas sobre a não adesão da coleta do Preventivo na USF (motivo da não adesão), em primeiro lugar alegaram dificuldade de conciliar o horário da coleta com o trabalho; em segundo lugar *empataram os motivos de Vergonha e constrangimento quando o profissional de saúde é do sexo masculino*; em terceiro lugar dor ao realizar o exame; quarto lugar timidez; quinto lugar dificuldade de agendamento; sexto lugar medo de realizar o exame; sétimo lugar medo



Trabalho 164

do resultado; oitavo lugar empatou os motivos possui plano de saúde e histerectomizada; em nono lugar empataram os motivos falta de tempo (filhos e afazeres domésticos), falta de vínculo com o profissional da USF e constrangimento em relação à exposição do seu corpo; em décimo lugar não ter companheiro e em décimo primeiro lugar marido não deixa se o profissional for do sexo masculino. 32 mulheres alegaram outros motivos. Nenhuma mulher referiu o motivo: religião não permite. A partir deste perfil levantamos o seguinte diagnóstico de enfermagem (NANDA 2009-2011) Domínio 1: Promoção de Saúde: Autocontrole ineficaz da saúde associado escolhas na vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde e falha em agir para reduzir fatores de risco relacionado barreiras percebidas. Intervenção (NIC): Melhorar na educação em saúde; Utilizar uma comunicação adequada e clara; Utilizar linguagem simples; Determinar a experiência do paciente em relação a promoção, proteção, prevenção de doenças, atendimento e manutenção de saúde por meio do sistema do atendimento em saúde; Oferecer ensino ou aconselhamento individualizado sempre que possível; Disponibilizar materiais escritos de fácil compreensão; Resultados esperados (NOC): Comportamento de adesão e de busca de saúde. Conclusão: Com a aplicação das intervenções esperamos que melhore a adesão ao exame Papanicolau e a qualidade dos grupos de educação em saúde e as orientações individuais.

Referências:

MalucelliI. A; Otemaier K. R.; Bonnet.; , Cubas, Garcia Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 629-36. Scielo.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Sistema de Informação Geográfica e Epidemiológica (SIG-EPE)**. **Boletim Epidemiol.**, 2010. Disponível em: www.who.int/research/es. Acesso em Julho, 2010.

SMS –PETRÓPOLIS - Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis. **Plano de Metas 2010-2014**. Documento municipal. Petrópolis, 2010. p.7-8.

- 1- Enfermeira. Professora do curso de Enfermagem da Faculdade Arthur Sá Earp Neto.
- 2- Acadêmico de Enfermagem
- 3- Doutora, Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Arthur Sá Earp Neto.



11º SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E RESPONSABILIDADE SOCIAL NOS CAMPOS DE PRÁTICA PROFISSIONAL

01 A 03 DE AGOSTO DE 2013
CAMPUS DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PUCPR - CURITIBA/PR 

Trabalho 164



Trabalho 165

O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ACOMPANHADOS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA: ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO E SOCIO DEMOGRÁFICO

Giraldes, Marques Juliana¹; Scofano, Bruna dos Santos²; Rocha, Bruna Lins ³; Alexandrino, Shardelle Araújo⁴; Cavalcanti, Ana Carla Dantas⁵

Introdução: A insuficiência Cardíaca se caracteriza como uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento¹. Em consequência se verifica um grande número de internações e reinternações, ambas atribuídas a não adesão ao tratamento farmacológico e medidas não farmacológicas. Nos estados Unidos da América (EUA), a insuficiência cardíaca (IC) representa cerca de 5.700.000, com incidência de 550 mil por ano e mortalidade de 300 mil por ano, representado uma em cada oito mortes de cidadãos norte americanos². No Brasil, entre agosto de 2010 a agosto de 2011, houveram 280 mil internações devidas à IC, estando à região sudeste em primeiro lugar com 120 mil diagnósticos³. Alguns estudos tem demonstrado que pacientes com insuficiência cardíaca crônica acompanhados em ambulatório apresentam maior prevalência dos seguintes diagnósticos de enfermagem: ansiedade, intolerância a atividade, fadiga, disfunção sexual, conhecimento deficiente e tristeza crônica⁴. O diagnóstico de enfermagem Intolerância a Atividade é definido pela NANDA – I como: “energia fisiológica e psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas”⁵. Esse estudo justifica-se primeiramente pelo fato da insuficiência cardíaca apresentar-se como uma doença de alto impacto epidemiológico na atualidade e pelo diagnóstico de enfermagem Intolerância à Atividade aparecer com bastante frequência neste grupo de pacientes. Além disso a pesquisa trará benefícios para a assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca crônica durante as consultas de enfermagem. Objetivo: Traçar o perfil clínico e sócio demográfico de pacientes atendidos em clínica especializada de Insuficiência Cardíaca no Município de Niterói com diagnóstico de Intolerância a Atividade. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, tendo como sujeitos pacientes atendidos em clínica de insuficiência cardíaca especializada, localizada no município de Niterói, RJ, no período de 2006 a 2010. A amostra total de pacientes atendidos em consultas de enfermagem consiste em 236, os quais 106 apresentaram o diagnóstico de enfermagem Intolerância a Atividade após avaliação criteriosa por enfermeiros capacitados. Foram considerados como critérios de exclusão do estudo instrumentos preenchidos de forma incompleta, pacientes com barreiras cognitivas e neurológicas e pacientes com menos de três consultas de acompanhamento. Dos 106 pacientes com diagnóstico de enfermagem Intolerância a Atividade, foram excluídos 64 pacientes, reduzindo desta maneira a amostra final em 42 pacientes. Os dados coletados durante a consulta de enfermagem foram organizados e analisados estatisticamente de forma descritiva através do programa Excel, calculando a média de desvio padrão das seguintes variáveis utilizadas no estudo: sexo, idade, frequência cardíaca e frequência respiratória, sintomas de dispneia aos esforços e fadiga, classe funcional de NYHA, pressões arteriais sistólica e diastólica. Resultados: A maioria dos pacientes são do sexo masculino com n=24 e ±57%, já o sexo feminino apresentou n=18 e ±43%. Os pacientes apresentaram idade entre 34 a 82 anos com média de 59 anos e desvio padrão ± 12. Com relação a Frequência Cardíaca obteve-se uma média de 70 e desvio padrão ± 12, a frequência respiratória apresentou média de 19 e desvio padrão de ± 3. Verificou-se que 41 pacientes

¹Graduanda de Enfermagem da EEAAC. Email: july.uff@hotmail.com

^{2,3,4}Graduandas de Enfermagem da EEAAC

⁵Enfermeira Doutora. Professora Titular da EEAAC/UFF



Trabalho 165

apresentaram o sintoma de dispneia aos esforços com uma frequência de $\pm 98\%$ e 28 obtiveram o sintoma de fadiga com frequência de $\pm 67\%$. Prevaleram no estudo pacientes que apresentaram classe funcional de NYHA II com $n=33$ e $\pm 78\%$ e III com $n=09$ e $\pm 22\%$. A pressão arterial sistólica obteve média de ± 138 e desvio padrão de ± 27 e a pressão arterial diastólica média de ± 69 e desvio padrão de ± 14 . Conclusão: os dados demonstraram que o diagnóstico de enfermagem intolerância a atividade é representativo em pacientes com insuficiência cardíaca, onde a maioria dos sujeitos da pesquisa é do sexo o que está de acordo com estudos relacionados a Insuficiência cardíaca. Em relação aos dados clínicos mais relevantes são fadiga, dispneia aos esforços, NYHA II que estão diretamente relacionados com o diagnóstico de Enfermagem Intolerância a Atividade. O estudo contribui para melhor compreensão de sinais que indicam o diagnóstico em estudo bem como o manejo desses pacientes de forma a melhorar a qualidade de vida dos mesmos. Considerações de Enfermagem: O diagnóstico de enfermagem garante ao Enfermeiro a construção de um raciocínio crítico-reflexivo em sua prática, autonomia, segurança ao decidir sobre as melhores intervenções de enfermagem e aprimoramento de suas técnicas. Desenvolver a capacidade de diagnosticar implica em estudos e pesquisas que visem à qualidade de uma assistência de enfermagem ao cliente na busca de integrar ações de enfermagem ao seu tratamento. O diagnóstico realizado pela equipe de enfermagem é uma ferramenta que permite ao profissional aplicar de forma eficaz e segura medidas que promovam tanto a qualidade de vida, como também atuação no processo de cura e melhoria do estado de saúde. Pesquisas que possuem como base o diagnóstico em enfermagem promovem a solidificação e aprimoramento da profissão, pois nos dias atuais, ser enfermeiro vai além de técnicas e protocolos. O enfermeiro deve buscar o aperfeiçoamento clínico independente do âmbito organizacional que estiver atuando, afinal, promover a saúde requer conhecimentos específicos, para garantir ao cliente uma assistência de qualidade, desprovida de erros e com total segurança.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem (D009733);

Insuficiência Cardíaca (D006333);

Enfermagem (D009729).

Eixo 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Referências:

1 BOCCHI, Edimar Alcides et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. *III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica*. Arq. Bral. Cardiol. 2009; 93 (1 supl. 1): 1-71. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n1s1/abc93_1s1.pdf

2. LLOYD, J. et al. *Heart disesse and stroke statistics-2009 update: a report from the American Heart Association Statistics committee and stroke statistics subcommittee circulation*. 2009. Disponível em: www.mc.uky.edu/cvrc/PDF%20documents/e2.full.pdf.

3. DATASUS, 2011. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>.

4. CAVALCANTI, Ana Carla Dantas; CORREIA, Dayse Mary da Silva; QUELUCI, Gisella Carvalho. *A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca*. Revista Eletrônica de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, 2009, p. 194-199. Disponível

¹Graduanda de Enfermagem da EEAAC. Email: july.uff@hotmail.com

^{2,3,4}Graduandas de Enfermagem da EEAAC

⁵Enfermeira Doutora. Professora Titular da EEAAC/UFF



Trabalho 165

em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xi>

s

&

[src=googl
e&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=553940&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xi&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=553940&indexSearch=ID)

5. NANDA-I. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação*, 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010, 452p.

¹Graduanda de Enfermagem da EEAAC. Email: july.uff@hotmail.com

^{2,3,4}Graduandas de Enfermagem da EEAAC

⁵Enfermeira Doutora. Professora Titular da EEAAC/UFF



Trabalho 166

UTILIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PEDIATRIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Shardelle Araújo Alexandrino¹

Bruna da Silva Machado²

Juliana Marques Giraldes²

Raí Moreira Rocha²

Liliane Faria da Silva³

Introdução: O curso de graduação em Enfermagem se estrutura em dois ciclos: o básico, no qual são estudadas matérias competentes a área biomédica geral e o profissional, com disciplinas teórico-práticas que colocam o acadêmico dentro da realidade da profissão, demonstrando as principais técnicas e procedimentos realizados em âmbito hospitalar ou ambulatorial. O ensino teórico-prático é o momento em que o graduando faz a articulação de todas as matérias já estudadas a fim de proporcionar, integralmente, a assistência necessária ao paciente. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico, com base nela pode-se identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Porém, as demandas atuais requerem seu aprimoramento, sendo necessária a adoção de sistemas de classificação para descrever e padronizar as situações do exercício profissional. Dentre estes sistemas, temos a Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE) que é um sistema de informação que classifica os fenômenos, as ações e os resultados de enfermagem, o que permite a descrição e a caracterização de sua prática, estabelece uma linguagem única que descreva a prática de enfermagem a fim de otimizar a comunicação entre os enfermeiros e destes com os demais profissionais; propicia dados mais fidedignos para a pesquisa, assistência, gerenciamento e ensino em enfermagem e descreve as necessidades dos indivíduos, as intervenções e os resultados advindos das ações de enfermagem.² A celulite é um tipo de Infecção de tecidos moles, que atinge a derme e o subcutâneo, caracterizados por inflamação aguda, difusa, edematosa, supurativa e disseminada, associados a sintomas sistêmicos como mal estar, febre e calafrios. Os agentes etiológicos mais comuns na celulite são o *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus* do grupo A, entretanto, ocasionalmente, outras bactérias podem ser implicadas, como: *Haemophilus influenzae*, bacilo gram-negativos e ainda, fungos como *Cryptococcus neoformans*. A celulite tem uma incidência estimada de 10 a 100 casos por 100.000 habitantes/ano onde o sexo feminino é o mais atingido e afecta sobretudo os adultos entre os 40 e 60 anos. Tem seu predomínio nos membros inferiores (85%), sendo a localização facial menos comum (10%). No que diz respeito ao diagnóstico, este é feito mediante a coleta do aspirado, seja do fragmento da borda da lesão primária, ou

1 Relatora. Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF E-mail: shardelle@gmail.com

2 Acadêmicos de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF.

3 Profª Drª do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF



Trabalho 166

ainda do sangue. É realizado a coloração por Gram de esfregaços do exsudato, do secreção purulenta, do líquido ou aspirado da bolha ou da lesão, evidenciando o tipo de bactérias. O exame dermatológico auxilia na exclusão de dermatoses inflamatórias não infecciosas e a ressonância magnética auxilia no diagnóstico da celulite infecciosa aguda e grave, diferenciando entre piomiosite, fascite necrotizante e celulite infecciosa com ou sem abscesso. Já o exame radiográfico das áreas envolvidas pode identificar a presença de gás nos tecidos moles e o comprometimento difuso desses tecidos. Durante o ensino teórico-prático da disciplina Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente II realizado no período de 3 de abril a 15 de maio de 2013 no setor de Pediatria de um Hospital Universitário ao assistirmos uma criança com celulite vimos a importância de associarmos o conhecimento teórico sobre sistematização de enfermagem ao cuidado à criança. Sendo assim o presente trabalho tem como **Objetivo:** Descrever a assistência de enfermagem realizada pelos acadêmicos ao paciente pediátrico portador de Celulite Infecciosa utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). **Descrição metodológica:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa na forma de relato de experiência elaborado pelos acadêmicos do 7º período tendo como cenário o setor de Pediatria de um Hospital Universitário localizado no Rio de Janeiro. A Assistência prestada se baseia na coleta de dados objetivos e subjetivos do paciente mediante histórico de Enfermagem e exame físico que servem de base para o levantamento dos diagnósticos e elaboração do plano assistencial. Ressalta-se que houve pesquisa no prontuário para complementar os dados. **Resultados:** foram levantados os seguintes diagnósticos: Infecção atual devido a alterações na série branca, sugerindo como intervenções: administrar o medicamento prescrito, avaliar exames e identificar complicações de infecção obtendo como resultado, infecção melhorada. Como segundo diagnóstico, foi encontrado: Ansiedade atual devido processo de hospitalização, saída do ambiente tradicional e quebra do convívio social, sugerindo como intervenções conversar com paciente, proporcionar confiança e realizar técnica de relaxamento, obtendo como resultado, Ansiedade melhorada. O terceiro diagnóstico encontrado foi: integridade da pele comprometida devido a presença de lesões e dreno no membro inferior esquerdo, sugerindo como intervenção realizar Curativo de Ferida, obtendo como resultado integridade da pele melhorada. Como último diagnóstico levantado temos: Risco de infecção aumentado devido a presença de acesso venoso e dreno no membro inferior esquerdo, sugerindo como intervenção avaliar sinais de infecção e lavar as mãos respeitando a técnica de assepsia, obtendo como resultado, risco de infecção diminuído. **Conclusão:** Com a conclusão das atividades desenvolvidas no ensino teórico-prático entendemos melhor a proposta da sistematização da assistência de enfermagem uma vez que foi possível articular os conhecimentos adquiridos do processo de enfermagem com a patologia apresentada pela criança. Os diagnósticos estabelecidos e as intervenções promovidas pelo profissional geram resultados que possibilitam uma assistência de enfermagem mais organizada que busca atender o paciente de forma integral. Também se tornou evidenciado a necessidade de que os profissionais obtenham o conhecimento científico e pensamento crítico. **Implicações/contribuições para a enfermagem:** O presente estudo contribuiu para o melhor entendimento sobre os assuntos abordados, acrescentando positivamente em nossa formação como futuros enfermeiros, estimulando o raciocínio crítico quanto aos problemas apresentados e a importância da elaboração de um plano assistencial de enfermagem preciso, visando à recuperação do paciente. **Referências:** 1- Truppel TCI et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm. 2009;62(2):221- 7. 2- Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE Beta 2. São Paulo: CENFOBS/UNIFESP; 2003. 3- SOUZA CS. Infecções de tecidos moles – Erisipela. Celulite. Síndromes infecciosas mediadas por toxinas. **Medicina**, 2003;36:351-356.



Trabalho 166

Descritores: Celulite, Enfermagem Pediátrica, Cuidados de Enfermagem

EIXO 2- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



Trabalho 167

DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM EM CLÍNICA MÉDICA FEMININA

Braga, Luciene Muniz¹
Correia, Marisa Dibbern Lopes²
Perrone, Ana Carolina Amaral³
Teixeira, Barbara de Sá Menezes⁴
Araujo, Jhonathan Lucas⁴

A assistência de enfermagem deve ser organizada e implementada na prática clínica de acordo com a metodologia do processo de enfermagem, o qual propõe a utilização de etapas que serão operacionalizadas simultaneamente, na maioria das vezes, com vistas à identificação dos fenômenos de enfermagem. A identificação de diagnósticos de enfermagem deve ser pautada em um marco teórico, o qual caracteriza o foco de atenção do enfermeiro¹. O processo de avaliação deve ser uma constante no trabalho do profissional enfermeiro. Essa avaliação pressupõe a necessidade de utilização de uma terminologia científica, que possibilite a mensuração e comparação posterior dos dados. A presente investigação teve o **objetivo** de descrever os quatro diagnósticos de enfermagem, com seus resultados, mais prevalentes em mulheres internadas em unidade de clínica médica. Estudo descritivo realizado em unidade de clínica médica feminina de um hospital da Zona da Mata Mineira no período de março a junho de 2013. A análise estatística foi realizada no *software* Stata 9.1, utilizando-se porcentagem e medidas de tendência central (média). A investigação atendeu a todas as recomendações legais e éticas para pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Viçosa (UFV) sob registro número 161/2011. A pesquisa com interface em extensão está em desenvolvimento desde 2011 na instituição hospitalar e objetiva, entre outros, a implantação das etapas do processo de enfermagem. Inicialmente foi escolhida a teoria que guiaria o trabalho do enfermeiro: teoria de Dorothea E. Orem. Posteriormente, os enfermeiros da Instituição, os professores e os discentes do curso de graduação em enfermagem da UFV integrantes da pesquisa, construíram dois instrumentos de coleta de dados, um para registro do histórico de enfermagem (anamnese e exame físico) à admissão e o outro para o registro diário, pautados na Teoria escolhida. Com a implementação destes instrumentos foi possível, pela utilização do raciocínio clínico, a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), baseados na Taxonomia da NANDA-I (2012-2014)² e dos Resultados baseados na Taxonomia da Nursing Outcomes Classification (NOC)³. Dessa forma, a enfermaria feminina da instituição foi escolhida como piloto do projeto. Foram avaliadas 36 mulheres internadas na clínica médica, no período de coleta de dados, com idade entre 18 e 86 anos e média de 56,05 anos ($\pm 17,54$ anos) e mediana de 60 anos. De acordo com a Classificação dos Sistemas de Enfermagem proposta pela teoria de Dorothea E. Orem, as pacientes encontravam-se: 11% (n=4) no

¹ Enfermeira. Mestre. Professora Assistente II do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa-MG

² Enfermeira. Mestre. Professora Assistente II do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa-MG. marisa.lopes@ufv.br

³ Enfermeira. Professora Temporária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa-MG.

⁴ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa-MG.



Trabalho 167

Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório, 47% (n=17) no Sistema Parcialmente Compensatório e 42% (n=15) no Apoio-Educação, mostrando que na sua grande maioria, as pacientes possuem capacidade de autocuidado preservado ou necessitam de algum apoio da Enfermagem. Somente 11% delas eram completamente dependentes da Enfermagem para realizar o seu autocuidado. As pacientes apresentaram até seis DE, com média de 2,84 DE ($\pm 1,23$). Em estudo com pacientes internados em clínica médica de hospital universitário⁴, os DE variaram de 1 a 10 com média de 4,8 ($\pm 4,0$), o que demonstra que nossos achados são compatíveis com o porte da nossa instituição e as características de nossa clientela. Os títulos de DE mais prevalentes foram: Risco de Infecção (n=27; 75%), Dor Aguda (n=13; 36,1%), Constipação (n=6; 16,6%) e Risco de Quedas (n=4; 11%). Observamos que os DE mais prevalentes estiveram relacionados em três domínios diferentes: segurança e proteção; conforto e; eliminação e troca. No estudo citado anteriormente⁴, também o DE de Dor Aguda apareceu com um dos três mais prevalentes e o domínio segurança e proteção continha os quatro dos cinco DE mais prevalentes na população estudada. Em outro estudo⁵ que avaliou mulheres em unidade de clínica médico-cirúrgica, os DE mais prevalentes foram Risco de Infecção, Dor e Constipação, nesta ordem, mas o Risco de Quedas não apareceu nos resultados. Em nosso estudo, as causas mais prevalentes (fatores relacionados) para o título do DE Risco de Infecção foram: procedimentos invasivos (n=26); defesas primárias inadequadas (n=3) e defesas secundárias inadequadas (n=2). O DE Dor Aguda foi relacionado com a única causa constante na Taxonomia: agentes lesivos (n=13). Para o título Constipação foram descritos os seguintes fatores relacionados: hábitos de evacuação irregulares (n=2); ingestão insuficiente de fibras (n=2); atividade física insuficiente (n=2); sais de ferro (n=1); mudança recente de ambiente (n=1); ingestão insuficiente de líquidos (n=1) e tensão emocional (n=1). Já o DE Risco de Quedas estava relacionado à idade acima de 65 anos (n=3), mobilidade física prejudicada (n=2) e dificuldades auditivas, imobilidade física e uso de dispositivos auxiliares (n=1 em cada). O DE Dor Aguda foi evidenciado por relato verbal de dor (n=13); posição para evitar a dor (n=1); evidência observada de dor (n=1); mudança no apetite (n=1). O DE Constipação foi caracterizado por: frequência diminuída (n=4); fezes duras e formadas (n=3); dor à evacuação (n=2); abdome distendido (n=1); ruídos intestinais hipoativos (n=1). Para avaliação da assistência de enfermagem após a admissão das pacientes faz-se necessária a utilização de indicadores que possam mensurar as intervenções de enfermagem¹. Por isso foram utilizados os resultados propostos pela Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)³, os quais possibilitaram uma relação com os DE da NANDA-I². Para o DE Risco de infecção os resultados encontrados foram: Controle de riscos: processo infeccioso (n=24); gravidade da infecção (n=2) e autocuidado de ostomia (n=1). Para o DE Dor Aguda foram: controle da dor (n=11); nível de dor (n=3); e estado de conforto físico (n=1). Na avaliação do DE Constipação utilizamos exclusivamente o resultado eliminação intestinal (n=6). E para o DE de Risco de Quedas o único indicador foi o comportamento de prevenção de quedas (n=4). **Conclusão:** Pudemos perceber que muitos são os artigos relacionados ao perfil de DE em variadas populações de pacientes internados, porém não encontramos evidências de relação entre DE e resultados esperados, segundo a NOC. A conexão entre DE e resultados permite o planejamento da assistência de enfermagem e indica o nível de conhecimento que o enfermeiro da unidade necessita possuir para cuidar daquela população específica. A investigação possibilitou: 1) conhecer os problemas de enfermagem mais prevalentes na



Trabalho 167

unidade de clínica médica da referida instituição; 2) planejar a assistência de enfermagem fundamentada em evidências científicas; 3) a validação clínica do instrumento de coleta de dados; 4) aos acadêmicos de enfermagem envolvidos no projeto exercitar o raciocínio clínico e implementar as etapas do processo de enfermagem; 5) fornecer subsídios para iniciarmos a construção de um instrumento específico para registro dos diagnósticos e resultados de enfermagem; 6) fornecer diretrizes para futuras capacitações dos enfermeiros da unidade. Ressalta-se que o projeto de pesquisa/extensão se encontra em andamento. Agradecemos ao Programa Institucional de Bolsas de Extensão Universitária (PIBEX/UFV).

Descritores: Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Assistência de enfermagem.

Eixo 2: Assistência de Enfermagem

Referências

1. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem – Guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
2. Nanda International. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.
3. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
4. Fontes CMB, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(3):395-402.
5. Volpato MP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica. Acta Paul Enferm 2007; 20(2):119-124.



Trabalho 168

ESTRUTURAÇÃO DA ABORDAGEM DE ENFERMAGEM DURANTE PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO

Krempser, Paula¹
Arreguy-Sena, Cristina²
Silva, Marcelo Alves³
Martins, Nathália Alvarenga⁴
Braga, Luciene Muniz⁵

A sistematização da assistência de enfermagem é recomendada para que ocorra em todos os ambientes em que o cuidado de enfermagem se faça necessário. Consiste numa estratégia capaz de estruturar o cuidado em bases científicas a partir de referenciais teóricos/filosóficos/conceituais a ponto de possibilitar a identificação de diagnósticos de competência da categoria profissional dos enfermeiros¹. Ao analisar as formas como cada pessoa vivencia o procedimento endoscópico à luz da inserção do profissional enfermeiro junto à equipe de saúde e de enfermagem é possível identificar um locus de atuação profissional e propor a estruturação de uma abordagem de enfermagem à luz de referenciais da categoria baseado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A abordagem endoscópica, na medida em que constitui numa conduta terapêutica que tem aumentado sua ocorrência nas abordagens diagnósticas e terapêuticas², fez emergir um cenário propício à atuação do enfermeiro, na medida em que nestes momentos as pessoas exprimem como elas se sentem frente a este procedimento, quais suas inseguranças, incertezas e necessidades antes, durante e depois do procedimento a ser realizado. O enfermeiro ao desenvolver atividades laborais busca, no perfil dos usuários, compreender quais são suas necessidades e traduzi-las em demandas de cuidado. Quando abordam os usuários sobre suas necessidades, a documentação das condições de saúde e dos diagnósticos de enfermagem possibilitam o compartilhamento destas informações com outros profissionais assegurando a continuidade do cuidado. A tomada de decisão clínica a partir dos parâmetros contidos nos possíveis diagnósticos identificados, quando pactuadas com os indivíduos cuidados permite a estruturação de uma interação com maiores chances de adesão para as recomendações terapêuticas¹. Se por um lado o surgimento de inovações tecnológicas traduzidas pelo aumento de abordagens endoscópicas requereu que os profissionais médicos desenvolvessem habilidades técnicas fundamentais ao êxito do procedimento, por outro caberá ao Enfermeiro e sua equipe atender as demandas emocionais, relacional, de conhecimento/informação e segurança. Dispondo de informações sobre como as pessoas se sentem, se comportam ou percebem o procedimento endoscópico, é possível ao enfermeiro identificar as necessidades de cuidado e traçar abordagens terapêuticas capaz de favorecer o enfrentamento dos usuários diante de tais procedimentos. São respostas emitidas que podem ser traduzidas como necessidades ou demandas de origens variadas (emocionais, físicas, relacional, cognitiva, segurança, dentre outras). A estruturação de impressos (coleta de dados, diagnósticos,

¹ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFJF.

² Enfermeira, Doutora e Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da UFJF.

²³ Enfermeira, Doutor e Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UFJF.

⁴ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFJF.

³⁵ Enfermeira, Mestra e Professora da Universidade Federal de Viçosa. Telefone:03186513362 E-mail luciene.muniz@ufv.br

⁴

⁵



Trabalho 168

2

intervenções e resultados de enfermagem) com abordagens objetivas, registros rápidos e linguagem padronizada (taxonomias) quando aplicadas as pessoas submetidas ao tratamento/diagnóstico endoscópico, além de nortear a atuação profissional a partir das especificidades emergentes é capaz de subsidiar o processo de tomada de decisão para o cuidado a ser provido. Diante do exposto caberá ao profissional de enfermagem criar ferramentas com especificidades capazes de abordar as pessoas com indicações para abordagens endoscópicas, sendo o objeto deste trabalho a construção destes impressos a partir de referenciais teóricos, filosóficos, conceituais, legais e taxonômicos para subsidiar o processo de enfermagem em pessoas que realizarão procedimentos endoscópicos para fins terapêuticos ou diagnósticos. A realização da presente investigação foi alicerçada nas seguintes argumentações: 1) a necessidade de utilizar modelos da categoria para nortear a abordagem terapêutica das pessoas em tratamento/diagnóstico endoscópico; 2) a SAE e o processo de enfermagem constituem em estratégias recomendadas para nortear a atuação profissional segundo o conselho da categoria; 3) a utilização das taxonomias da NANDA I (*North American Nursing Diagnosis Association*)³, da NIC (*Nursing Intervention Classification*)⁴ e da NOC (*Nursing Outcome Classification*)⁵ constituem em estratégias de padronização da linguagem¹ para exprimir os diagnósticos de enfermagem (problemas de competência profissional do enfermeiro), as intervenções de enfermagem (lista de possíveis intervenções alicerçadas no conhecimento (inter)nacional para atuação do enfermeiro) e os resultados de enfermagem (critérios e escalas capazes de mensurarem o impacto terapêutico das intervenções prescritas) e 4) a existência de um roteiro fundamentado num modelo teórico filosófico de enfermagem possibilita resgatar a abordagem centrado no usuário num contexto técnico em que a atuação médica é hegemônica. O objetivo do presente trabalho é descrever a construção de impressos para subsidiar a abordagem de pessoas em tratamentos endoscópicos na perspectiva do cuidado de enfermagem. Trata-se de um relato de experiência sobre a construção e estruturação de impressos destinados à abordagem de pessoas em tratamento endoscópico a partir de referencial teórico, metodológicos, conceitual e filosóficos de enfermagem foi realizado na disciplina “Bases Filosóficas de enfermagem” do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. A pesquisa utilizou do referencial teórico filosófico de Betty Neuman e taxonômicos para diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (taxonomias NANDA Internacional, NIC e NOC, respectivamente) para atendimento a pessoas submetidas à endoscopia digestiva. Foram construídos dois impressos, sendo um para orientar a coleta do histórico de saúde de pacientes em tratamentos endoscópicos capaz de captar os estressores para diversas situações e o outro impresso que se estrutura em três eixos: o primeiro contendo os possíveis diagnósticos de enfermagem, o segundo as possíveis intervenções e o terceiro que dispõe de indicadores para avaliar a resposta dos usuários às intervenções realizadas. A compatibilização dos diagnósticos, intervenções e dos resultados num mesmo impresso deveu-se ao fato de reduzir o número de papéis e favorecer a visualização de encadeamento entre as etapas, facilitando assim o processo de aprendizagem através de uma visualização rápida e ampla para identificar os presentes na pessoa cuidada. O impresso de resultados dispõe de indicadores para avaliar o quanto o processo de adaptação aos estressores, segundo o referencial teórico, alcançou um desfecho favorável do ponto de vista de ensinar o processo de cuidar em enfermagem de forma efetiva e de qualidade. O impresso subsidia a tomada de decisão consciente da pessoa juntamente com o enfermeiro e assegura, simultaneamente, as condições de desequilíbrio destes estressores necessárias para um potencial máximo de bem estar da pessoa durante o processo de endoscopia. Concluímos que a aplicação da teoria atrelada à sistematização da assistência de enfermagem constitui-se em subsídio para o ensino do processo de cuidar em enfermagem de pessoas submetidas a procedimentos endoscópicos, alicerçado em saber científico próprio e conceitos e valores



Trabalho 168

3

específicos num contexto multidisciplinar, favorecendo a formação de estratégias educativas capazes de auxiliar discentes de graduação do curso de enfermagem a apreender a realização do próprio trabalho, gerando impactos positivos para a sociedade e para o campo de ensino da enfermagem. O instrumento mostrou-se capaz de exprimir as necessidades de cuidado que emergem entre as pessoas em tratamento endoscópico do ponto de vista da abordagem do cuidado de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Teoria de enfermagem. Endoscopia.

Eixo 2: Assistência de Enfermagem

Referências

- 1 - Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Enferm. 2009; 13(1):188-193.
- 2 - Selhorst ISB. Protocolo de acolhimento para usuários submetidos a endoscopia digestiva alta e seus acompanhantes. [Dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
- 3- Nanda International. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- 4- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
- 5- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.



Trabalho 169

RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: UM ESTUDO PRELIMINAR

Evelise Helena Fadini Reis Brunori¹
Agueda M^a Ruiz Zimmer Cavalcante ¹
Camila Takáo Lopes²
Harriet Bárbara Maruxo³
Andrea Braz Vendramini e Silva³

Introdução. A cirurgia cardíaca é um procedimento complexo que leva a importantes repercussões orgânicas, alterando mecanismos fisiológicos e levando a um estado crítico pós-operatório que implica a necessidade de cuidados intensivos, com o objetivo de estabelecer uma boa recuperação dos pacientes. No período pós-operatório, a gravidade desses pacientes diminui ao longo do tempo e, em média, a alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ocorre no segundo dia de pós-operatório (PO). São várias as complicações que podem advir da cirurgia cardíaca, sendo a maioria pulmonar (31,02%), seguida pelas complicações cardíacas (15,78%) e neurológicas (13,9%). Foi demonstrado anteriormente que as complicações pós-operatórias que aumentam o tempo de permanência dos pacientes na UTI são a instabilidade hemodinâmica secundária a hipertensão arterial, arritmias e infarto agudo do miocárdio perioperatório; baixo débito cardíaco; insuficiência cardíaca; insuficiência mitral aguda; ventilação mecânica prolongada secundária a congestão pulmonar e agravada por doença pulmonar obstrutiva crônica prévia; pneumonia; mediastinite e deiscência de sutura do esterno; insuficiência renal; trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar; acidente vascular encefálico; crises convulsivas. O maior tempo de permanência em UTI, além de implicar em maior custo financeiro, é um fardo emocional para o paciente e sua família. A identificação das causas de prolongamento da estadia hospitalar, bem como o conhecimento das características individuais destes pacientes, é imprescindível para que possam ser planejadas e implementadas medidas terapêuticas que possibilitem ao paciente retomar suas atividades cotidianas. Uma vez que a equipe de enfermagem está junto ao paciente em tempo integral, o enfermeiro está em posição privilegiada para identificar e lidar com as causas, sinais e sintomas dos pacientes nessa situação clínica. O método de trabalho do Processo de Enfermagem permite que esse profissional sistematize as condições necessárias ao cuidado e assegure resultados custo-efetivos, de alta qualidade e apropriados. Nesse método, os diagnósticos de enfermagem subsidiam a proposta de intervenções de responsabilidade do enfermeiro quanto aos problemas de saúde detectados, visando aos melhores resultados. O diagnóstico de enfermagem (DE) Recuperação cirúrgica retardada foi aprovado pela NANDA-I em 1998 e revisado em 2006. Atualmente, está alocado na Taxonomia II no Domínio Segurança e Proteção, Classe Lesão física e define-se 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”. No caso de pacientes em PO de cirurgia cardíaca, a definição do DE adequa-se àqueles que, devido a qualquer complicação, permanecem em UTI por mais de 48 horas. Considerando que a inclusão do DE na taxonomia NANDA-I deu-se há 14 anos, a produção científica sobre o mesmo é incipiente. Além disso, não foram encontrados estudos evidenciando a prevalência do DE no PO de cirurgia cardíaca. Portanto, espera-se que a identificação das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico “recuperação cirúrgica retardada” em pessoas no pós-operatório de cirurgia cardíaca poderá oferecer subsídios para a elaboração do plano de cuidados

1 RN, MsN, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo-SP, Brasil.

2 RN, MsC, HU- Hospital Universitário da USP, São Paulo-SP, Brasil.

3 RN, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo-SP, Brasil.



Trabalho 169

voltados a essa clientela, capacitar a equipe instrumentando-a conforme as vulnerabilidades observadas na população e ainda, prevenir complicações advindas do período de internação prolongado, as quais podem ser identificadas como fatores preditores no desenvolvimento de outros diagnósticos de enfermagem. **Objetivo.** Identificar as principais complicações que levam ao surgimento do diagnóstico de enfermagem da NANDA-I “Recuperação cirúrgica retardada” e identificar os fatores relacionados e características definidoras mais prevalentes nos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca e com o diagnóstico de enfermagem “Recuperação cirúrgica retardada”. **Metodologia.** Trata-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa, realizado em um hospital de grande porte de referência em cardiologia no município de São Paulo/SP. Os dados foram coletados no período de março a junho de 2013, do prontuário dos pacientes que não recebiam alta da Unidade de Terapia Intensiva no 3º dia de pós-operatório. O instrumento utilizado foi validado em pesquisa anterior para o mesmo diagnóstico. O estudo foi submetido a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição hospitalar sendo aprovado. O termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado aos familiares, participando do estudo apenas os pacientes cujo familiar responsável tenha assinado concordando com a participação. **Resultados.** Dez pacientes fizeram parte da amostra. A idade dos pacientes variou de 60 a 80 anos, sendo a média de idade de 70 anos. Desses, 60% eram do sexo masculino, 90% eram hipertensos e 50% realizaram procedimento combinado (revascularização do miocárdio e troca de válvula), 30% realizaram apenas revascularização do miocárdio e 20% troca de válvula. O tempo de circulação extracorpórea (CEC) variou de 70 a 170 minutos, sendo a média de 105 minutos. Permaneceram em ventilação mecânica no momento da coleta de dados 70% dos pacientes, 50% apresentam hipertemia e 40% apresentaram creatinina $\geq 1,5\text{mg/dl}^3$ sendo este fator de risco para a necessidade de procedimento dialítico. As principais complicações foram: congestão pulmonar (70%), choque séptico (10%) e choque cardiogênico (20%). As características definidoras “dificuldade para movimentar-se”, “percepção de que é necessário mais tempo para a recuperação” e “precisa de ajuda para completar o autocuidado” foram consideradas adequadas aos pacientes, bem como os fatores relacionados “procedimento cirúrgico extenso” e “procedimento cirúrgico prolongado”. **Conclusão:** Acredita-se que um dos fatores que aumenta a presença do diagnóstico “recuperação cirúrgica retardada” seja a idade dos pacientes, o qual está concomitantemente associado às doenças e hábitos pré-existentes como doenças pulmonares, obesidade, diabetes, hipertensão, tabagismo e mau estado nutricional. Além disso, a complexidade do procedimento, bem como a existência de procedimentos anteriores, como reparo ou trocas valvares prévias podem ser fatores preditores para o aparecimento do diagnóstico em estudo. Outro fato importante observado foi a presença de hipertemia, sugerindo a presença de infecção, o que corrobora dados existentes na literatura sobre a susceptibilidade à infecção em idosos e a resposta lenta do sistema imunológico. **Implicações para a Enfermagem.** Embora o envelhecimento não seja um fator relacionado à presença do diagnóstico de enfermagem “Recuperação cirúrgica retardada”, este fator pode estar intimamente associado com o tempo de permanência do paciente na UTI, bem como as complicações adquiridas no pós-operatório. Outros estudos são necessários para identificar ainda os fatores pré-existentes para o desenvolvimento do diagnóstico o que é útil no planejamento dos cuidados e na prevenção de possíveis complicações e novos diagnósticos de enfermagem.

Descritores: Cirurgia torácica. Diagnóstico de enfermagem. Cardiologia.

Eixo temático 2: assistência de enfermagem

Referências

1. Braille DM, Gomes WJ. Evolution of cardiovascular surgery. The Brazilian saga. Arq Bras



Trabalho 169

Cardiol. 2010;94(2):151–2.

2. Laizo A, Delgado FEF, Rocha GM. Complications that increase the time of Hospitalization at ICU of patients submitted to cardiac surgery. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2010;25(2):166–71.

3. Delphino TM, Pereira SK, Neves CR, Silvestrini C, Santana RF. Construção do instrumento de validação do diagnóstico de enfermagem “Recuperação cirúrgica retardada”. Anais do 10º Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem. Brasília; 2010. page 493–4. Herdman TH, editor. *NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2012-2014.* Oxford: Wiley-Blackwell; 2012. 533p.

5. Carvalho MRM, Silva NAS, Oliveira GMM, Klein CH. Complications and hospital length of stay in coronary artery bypass graft surgery in public hospitals in Rio de Janeiro. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2011;23(3):312–20



Trabalho 170

DIAGNÓSTICOS NANDA E INTERVENÇÕES NIC PARA UMA CRIANÇA EM TERAPIA INTENSIVA

Evelise Helena Fadini Reis Brunori¹, Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante², Camila Takáo Lopes³, Andréa Braz Vendramini Silva⁴, Andréa Cotait Ayoub⁵

Introdução: Raramente depara-se com a complexidade das respostas de crianças dependentes de oxigenação extracorpórea por membrana (ECMO) e óxido nítrico (NO). O uso de linguagens padronizadas de diagnósticos (DE) e intervenções de enfermagem (IE) auxilia o raciocínio clínico e a tomada de decisão. **Objetivo:** Identificar DE NANDA⁽¹⁾ e IE NIC⁽²⁾ para uma criança dependente de ECMO e NO. **Métodos:** Estudo de caso com revisão de prontuário. DE e IE identificados por três enfermeiras especialistas em Cardiologia, duas mestres, com experiência com classificações e UTI pediátrica. **Resultados:** Criança de 6 meses submetida a correção de cardiopatia congênita em Setembro de 2012. No intraoperatório, canuladas aorta e cava superior para ECMO e associado NO à ventilação mecânica (VM) devido a baixo débito cardíaco e hipertensão pulmonar. Esternotomia mantida aberta. No pós-operatório imediato, sedação contínua; VM assistido-controlada; instabilidade hemodinâmica, drogas vasoativas via cateter central; edema generalizado; hepatomegalia; pulsos filiformes com tempo de enchimento capilar 3-4 seg; oligúria; sangramento excessivo pelos drenos torácicos; acidose metabólica. No 1º pós-operatório, foi drenado derrame pericárdico. T: 34,5-38,3°C; FC: 93-156bpm; PAM: 42-119mmHg; FR:28-50rpm. Coagulograma alterado. Os DE priorizados foram *Débito cardíaco diminuído*, *Ventilação espontânea prejudicada*, *Risco de sangramento* e *Risco de infecção*. As IE propostas foram *Controle do choque: cardiogênico*, *Cuidados circulatórios: equipamento de suporte circulatório mecânico*, *Regulação hemodinâmica*, *Monitoração respiratória*, *Controle da ventilação mecânica: invasiva*, *Precauções contra* **Contribuições para a enfermagem:** A proposta de IE para os DE prioritários foi otimizada pelo uso das terminologias padronizadas. Todos os DE foram sustentados por indicadores; todas as intervenções foram cientificamente sustentadas.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Vocabulário controlado

Eixo: Assistência de enfermagem

Referências

1. Herdman TH, ed. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
2. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C, ed. Classificação das intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

¹Enfermeira mestre. Chefe da UTI I do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. evelisehelen@uol.com.br.

² Enfermeira mestre. Doutoranda da Universidade Federal de São Paulo. Enfermeira da UTI II do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

³ Enfermeira mestre. Doutoranda da Universidade Federal de São Paulo. Enfermeira da UTI adulto do Hospital Universitário da USP.

⁴ Enfermeira chefe da UTI II do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

⁵ Enfermeira doutora. Diretora da Divisão de Enfermagem do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.



Trabalho 171

ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POR ENFERMEIROS BRASILEIROS

Rodrigo Soares Sampaio¹
Iraci dos Santos²

Introdução: uma das etapas fundamentais do processo de enfermagem representa a capacidade de raciocínio clínico para identificação das respostas individuais e coletivas aos processos de saúde/doença: o diagnóstico de enfermagem.¹ Como ferramentas de apoio à ação diagnóstica de enfermagem, foram criados diversos sistemas de classificação para uniformização da nomenclatura atribuída a determinados problemas aos quais a enfermagem é competente para resolver. Dentre os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem existentes, destaca-se o da *NANDA International* (NANDA-I), criado em 1986, e aprimorado para a estrutura taxonômica multiaxial em 1998, atualmente na segunda versão, com 206 diagnósticos listados, distribuídos em 47 classes de 13 domínios.² No Brasil, desde a década de 1990 é possível identificar a implantação desses sistemas na prática assistencial ao passo que se iniciou a abordagem desta temática nos programas de pós-graduação e a criação de grupos de pesquisa voltados para discussão do assunto, com predomínio do uso do sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Para tanto, fomentou-se, no cenário mundial, a realização de estudos de validação dos diagnósticos de enfermagem incluídos nesses sistemas de classificação, para verificar a aplicabilidade dessas terminologias e seus componentes constituintes (apresentação gráfico-textual, elementos fundamentadores, validade clínica, etc.) nas diferentes áreas de cuidado em diversas regiões geográficas. Assim, é possível analisar o grau de sensibilidade desses termos em contextos clínicos, sociais, culturais e econômicos diferentes, conferindo a universalização desses sistemas de classificação. **Objetivo:** analisar as evidências produzidas pelos estudos de validação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I realizados por enfermeiros brasileiros. **Materiais e métodos:** revisão integrativa de literatura³, com a seguinte questão norteadora: quais são as evidências resultantes dos estudos de validação de diagnósticos de enfermagem no contexto da prática clínica da enfermagem brasileira? A coleta de artigos realizou-se em abril de 2013, através dos descritores *validation studies* e *nursing diagnosis*, associados ao operador booleano *and*, com retorno de 1288 produções na busca inicial; aplicados os critérios de inclusão/exclusão (artigos produzidos por enfermeiros brasileiros, disponíveis na íntegra, publicados entre os anos de 2003 e 2013, em português, inglês e/ou espanhol, em periódicos nacionais e internacionais; excluí-se os editoriais, estudos reflexivos, teóricos e de revisão de literatura, relatos de experiência, estudos de caso, anais de eventos, além de teses e dissertações) foram incluídos 13 artigos disponíveis na SciELO, 09 na PubMed, 02 na LILACS e 01 na CUIDEN[®], com um total de 25 produções. As pesquisas foram classificadas de acordo com a força de evidência⁴ e os dados extraídos sofreram análise temático-categorial⁵. **Resultados:** as pesquisas foram classificadas de acordo com a finalidade do método de validação empregado. Os 03 estudos de validação conceitual apropriaram-se do Modelo de Hoskins (validação por especialistas e análise de conceito) e do Modelo de Validação de Conteúdo de Fehring para análise dos diagnósticos Risco de débito cardíaco diminuído, Comunicação verbal prejudicada e Proteção ineficaz, com abordagem das definições, características definidoras e fatores relacionados. Os 11 estudos de validação de conteúdo apropriaram-se do Modelo de Validação de Conteúdo de Fehring, sendo 01 com uso da técnica Delphi para análise dos diagnósticos Fadiga, Risco de débito cardíaco diminuído,

¹ Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: rodsoasam@gmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista de Produtividade em Pesquisa CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa Concepções Teóricas para o Cuidar em Saúde e Enfermagem.



Trabalho 171

Memória prejudicada, Débito cardíaco prejudicado, Angústia espiritual, Risco para trauma vascular, Troca de gases prejudicada, Ansiedade, Conhecimento deficiente e Medo, predominando a abordagem das características definidoras e fatores de risco/relacionados. Outros 11 estudos de validação clínica apropriaram-se do Modelo de Validação Clínica de Fehring, apenas 01 o Modelo de Hoskins e outro não indicou o uso de modelos de validação, para análise dos diagnósticos Integridade tissular prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Dor de parto, Risco de aspiração, Dor aguda, Intolerância à atividade, Volume de líquidos excessivo, Medo, Ansiedade, Espiritualidade prejudicada, Disfunção sexual, Padrões de sexualidade ineficazes, Troca de gases prejudicada, Desobstrução ineficaz de vias aéreas, Padrão respiratório ineficaz e Amamentação ineficaz, predominando a abordagem das características definidoras. Com exceção de um estudo de validação conceitual, todos foram classificados em nível 6 de força de evidência. **Considerações finais:** observou-se que os métodos de validação de diagnósticos de enfermagem mais empregados no Brasil são o de Fehring e Hoskins e os elementos comumente validados foram as características definidoras e os fatores de risco/relacionados. A baixa ocorrência de estudos de validação conceitual pode estar relacionada ao fato que esta é uma das etapas para construção de novos diagnósticos de enfermagem, atividade que vem ganhando força na última década no país. Sugere-se a realização de estudos de efetividade clínica e de acurácia diagnóstica para complementação do conhecimento construído na temática dos diagnósticos de enfermagem por enfermeiros brasileiros. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** acredita-se que a realização desta revisão, contribuiu para a construção de conhecimentos na temática do cuidado sistematizado e para a qualificação do processo clínico de cuidar. Ele representa um retrato dos estudos de validação de diagnósticos realizados por enfermeiros brasileiros. Espera-se contribuir para a consideração de outras propostas de ensino e pesquisa, como os estudos de efetividade clínica e acurácia diagnóstica e a ampliação dos estudos de validação de diagnósticos de enfermagem.

Palavras-chave: Estudos de validação. Diagnóstico de enfermagem/classificação. Processos de enfermagem/classificação.

Eixo temático: Pesquisa em enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Sampaio RS, Santos I, Amantéa ML, Nunes AS. The nursing interventions classification in the clinical practice of brazilian nurses. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(1):120-6.
2. Herdman TH, Krogh G. A taxonomia II da NANDA International 2012-2014. In: NANDA International. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014.* Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 91-106.
3. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
4. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editors. *Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005. p. 3-24.
5. Oliveira DC. Theme/category-based content analysis: a proposal for sistematization. *Rev*



11º SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E RESPONSABILIDADE SOCIAL NOS CAMPOS DE PRÁTICA PROFISSIONAL

01 A 03 DE AGOSTO DE 2013
CAMPUS DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PUCPR - CURITIBA/PR 

Trabalho 171

Enferm UERJ. 2008;16(4):569-76.



Trabalho 172

FACILIDADES ENCONTRADAS NA REALIZAÇÃO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA

Márcia Danieli Schmitt¹
Edlamar Kátia Adamy²

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um instrumento de trabalho do enfermeiro, que visa direcionar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente. Caracteriza-se como uma atividade exclusiva do enfermeiro, regida pela resolução do COFEN 358/2009, que dispõe sobre a implementação da SAE em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado de enfermagem, de caráter obrigatório¹. A SAE tem por objetivo direcionar o cuidado prestado ao paciente, das ações a serem feitas pela equipe de enfermagem. Processo dinâmico que exige do profissional conhecimento técnico e científico, é uma ferramenta que apoia o trabalho da enfermagem, pois organiza, planeja, executa e avalia o cuidado prestado². De acordo com a mesma resolução, a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) que é composto pelas seguintes etapas: coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem¹. A coleta de dados é compreendida pela anamnese e exame físico e integram a primeira etapa do PE, tornando-se essencial para a assistência. A anamnese pode ser definida como a primeira parte do processo, possibilita ao profissional detectar os problemas, definir o diagnóstico, planejar e implantar as intervenções de enfermagem²⁻³. O exame físico compreende a avaliação completa do paciente, englobando os aspectos físicos e psicológicos, objetivando levantar informações relevantes que auxiliem na assistência prestada pela enfermagem⁴. Essa etapa é valiosa para o planejamento do cuidado de enfermagem, por investigar através dos sinais e sintomas qualquer anormalidade que o paciente pode vir a apresentar que altere seu processo de saúde e doença².

Objetivo: Analisar as facilidades encontradas pelos enfermeiros dos Centros Integrados de Saúde (CISC) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), na realização da anamnese e exame físico. **Descrição metodológica:** Estudo de natureza qualitativa, caráter exploratório e descritivo, utilizando-se da Análise de Conteúdo Temática⁵, realizado por meio de 28 entrevistas com enfermeiros que atuam nos CISC e UBS do município de Chapecó/SC, norteado por um roteiro de questões semiestruturadas. Os dados coletados serão mantidos em total sigilo e privacidade, preservado o nome dos participantes da pesquisa, identificados individualmente pelas iniciais E1, E2, E3, sucessivamente. Os enfermeiros assinaram do termo de consentimento livre e esclarecido, a pesquisa foi aprovada pela SMS de Chapecó e respeita os preceitos éticos da resolução 196/96, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UDESC sob número 124.167. **Resultados:** Os 28 enfermeiros entrevistados são do sexo feminino, a idade variou entre 25 e 65 anos, com prevalência entre 35 a 44 anos. Todos contratados por curso público, com tempo de serviço entre oito meses e 19 anos. Concluíram a graduação em enfermagem entre dois a 34 anos. Destes, 25 enfermeiras possuem especialização e três não possuem. Dentre as facilidades apontadas estão relacionadas à: estrutura física/materiais; relacionamento entre profissionais e pacientes; processo de trabalho do enfermeiro e prontuário eletrônico/registros de enfermagem. **Estrutura física e materiais:** Dos entrevistados, sete relataram satisfação com o apoio logístico e espaço físico oferecido. Materiais de apoio como maca, aparelho de verificação de pressão arterial, estetoscópio, termômetro, otoscópio, luva, materiais de coleta de preventivo, balança, régua foram citados

¹Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Chapecó (SC).

²Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente da UDESC. Chapecó (SC). Email: edlamar.adamy@udesc.br



Trabalho 172

como suficiente e adequados. **Relacionamento com o paciente:** O ato de realizar a anamnese e exame físico possibilita uma aproximação do profissional com o paciente e permite conhecer a população da área de atuação. O tempo em que atuam na enfermagem e na unidade são possibilidades do paciente conhecer o enfermeiro e este conhecer a população. Essa troca estabelece vínculo de confiança e credibilidade no atendimento prestado, tornando mais natural a realização da anamnese e do exame físico. Os pacientes comunicativos, que chegam preparados para a realização do exame, ou que buscam a solução de seus problemas, são mais receptivos e tem maior aceitabilidade da assistência prestada pelo enfermeiro. **Processo de trabalho do enfermeiro:** A rotina de trabalho e a experiência profissional são apontadas como facilitadores. Os agendamentos, a elaboração de um cronograma de atendimento e organização de grupos facilita o processo de trabalho do enfermeiro. A disponibilidade dos instrumentos de coleta de dados, norteados por um roteiro recomendado pelo Ministério da Saúde, facilitam a realização da anamnese e exame físico. No entanto, há necessidade da elaboração e aprimoramento destes para todos os segmentos da atenção a saúde. **Prontuário eletrônico/registo de enfermagem:** O prontuário eletrônico é um sistema onde se registra os atendimentos realizados, as informações contidas norteiam outros sistemas de informações do Sistema Único de Saúde. O prontuário eletrônico possibilita o acesso à história regressa do paciente, visualizando os atendimentos prestados pelos profissionais e os atendimentos recebidos nas unidades de saúde, permitindo o acompanhamento do paciente. O prontuário eletrônico é disponibilizado a todas as unidades de saúde desde o ano de 2010. Neste, existem espaços distintos para o preenchimento da anamnese e do exame físico, porém preenchem-se as informações em um único espaço, para facilitar a visualização e consulta às informações. Houve uma adaptação da ferramenta utilizada para os registros e este proporcionou visibilidade ao trabalho realizado pela equipe de enfermagem. **Educação permanente:** Ter conhecimento básico e suficiente facilitam a realização da anamnese e exame físico. Manter um programa de educação permanente permite aprofundar esse conhecimento, melhorando o atendimento à população. **Conclusão:** A SAE facilita o trabalho da equipe de enfermagem, pois permite diagnosticar, prescrever e suprir as necessidades de cuidado dos indivíduos. Ressalta-se a importância da primeira etapa do PE, que deve ser precisamente realizada, pois norteia a conduta dos profissionais nas próximas etapas da assistência. O PE torna o cuidado prestado pela equipe de enfermagem mais científica, garantindo uma assistência de excelência. Sugere-se implementar os registros no prontuário eletrônico de forma completa, e implantar a informatização da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem na Saúde Coletiva (CIPESC) pois permitirá a efetivação da SAE nos CISC e UBS. Conclui-se que este estudo possibilitou a visualização dos espaços já conquistados pelos enfermeiros na prática profissional, bem como, refletir sobre as lacunas existentes para a efetivação de uma assistência de enfermagem sistematizada, ponderando sobre os subsídios necessários para vencer os obstáculos.

Referências: 1) Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 358/2009, de 15 de outubro de 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. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384> > Acesso em: 22 abril 2012. 2) Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.64,n.2, p.355-358, mar-abr, 2011. 3) Amarante ST, Posso MBS. A utilização da avaliação física na sistematização da assistência de enfermagem. Avaliação física em enfermagem. Barueri, SP, Malone, 2012. P.1– 22. 4) Barros

¹Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

²Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente da UDESC. Chapecó (SC). Email: edlamar.adamy@udesc.br



Trabalho 172

ALB e col. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre/RS: Artmed, 2010. P.117-131. **5)** Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27.ed. Petrópolis: Vozes, 2008. P.108.

Descritores: Processos de enfermagem. Anamnese. Exame físico.

Eixo III: Pesquisa em Enfermagem.

¹Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Chapecó (SC).

²Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente da UDESC. Chapecó (SC). Email: edlamar.adamy@udesc.br



Trabalho 173

FREQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL A PACIENTES COM LESÕES.

Jessica Cândido¹
Bruna de Paula Silva²
Fernanda Soares Pessanha³
Rosimere Ferreira Santana⁴
Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira⁵

Introdução: É crescente o interesse no tratamento para resolução das lesões por parte dos enfermeiros e também dos gestores de clínicas, hospitais e centros de reabilitação. O cuidado ao paciente com feridas, quaisquer que sejam suas etiologias, é um ramo de atuação específica da enfermagem e requer intervenções fundamentadas em evidências científicas. Dentro desse contexto, torna-se importante o enfermeiro realizar a sistematização da assistência de enfermagem a pacientes com feridas, contribuindo assim para uma assistência qualificada, facilitando a recuperação do paciente.⁽¹⁾ O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional⁽²⁾, organizando-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem⁽²⁾. Este estudo terá como objeto o diagnóstico de enfermagem que pode ser definido como um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/ processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária.⁽³⁾ Trata-se de uma análise parcial de dados coletados numa pesquisa para elaboração de trabalho de conclusão de curso.

Objetivo: identificar diagnósticos de enfermagem mais frequentemente observados nos pacientes com lesões segundo a taxonomia NANDA-I. **Descrição metodológica:** Estudo retrospectivo e observacional, com abordagem quantitativa, que empregará o mapeamento cruzado (cross-mapping) como ferramenta metodológica. O cenário do estudo foi Ambulatório de Reparo de Feridas, do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), da Universidade Federal Fluminense (UFF – Niterói, RJ, Brasil). A população alvo deste estudo é formada pelos pacientes portadores de lesões de qualquer etiologia, de ambos os sexos, que foram acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2012. O total de pacientes atendidos nesse período foi de 191 pessoas. A coleta de dados foi feita através da pesquisa documental por análise dos prontuários. A determinação da amostra ocorreu de forma aleatória simples a partir dos critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, apresentar lesão cutânea com ou sem sinais infecciosos, ter comparecido ao Ambulatório de Reparo de Feridas em pelo menos cinco consultas de enfermagem durante o

1 Acadêmica de Enfermagem do 8º período de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil).

2 Acadêmica de Enfermagem do 9º período de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil)

3 Bolsista de Iniciação Científica CNPq. Acadêmica de Enfermagem do 9º período de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil).

4 Relatora. Pós-Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil). E-mail: rosifesa@gmail.com

5 Pós-Doutora em Enfermagem. Pesquisadora CNPq. Professora titular da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil).



Trabalho 173

ano de 2012, com disponibilidade de pesquisa pela Seção de Arquivo Médico e Estatístico do hospital. Foram critérios de exclusão: a ausência de registros significativos ou a não disponibilidade do prontuário. Através desses critérios, adquiriu-se uma amostra de 81 prontuários. O levantamento dos termos ocorreu através de um formulário para coleta de dados, preenchido diretamente em computador pessoal, em que foram transcritas as cinco evoluções de enfermagem mais recentes relativas ao atendimento no Ambulatório. Para análise dos dados, foram extraídos os termos que denotassem problemas de enfermagem. Esses termos foram cruzados com a taxonomia NANDA-I e a partir deste cruzamento foi contabilizada a frequência de aparecimento dos diagnósticos de enfermagem por estatística descritiva simples. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina – UFF com número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 13452713.3.0000.5243. **Resultados:** Através da avaliação dos prontuários e cruzamento dos termos relacionados a problemas com os diagnósticos da NANDA-I encontrou-se um total de 23 diagnósticos de enfermagem distribuídos em 9 domínios. Domínio 1 – Promoção da Saúde: Autocontrole ineficaz de saúde (1,23%); Domínio 2 – Nutrição: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (1,23%), Risco de Glicemia Instável (9,88%), Volume de líquidos deficiente (32,09%) e Volume de líquidos excessivo (20,99%); Domínio 4 – Atividade/repouso: Disposição para sono melhorado (1,23%), Padrão de sono prejudicado (1,23%), Deambulação prejudicada (45,68%), Mobilidade física prejudicada (8,64%), Perfusão tissular periférica ineficaz (13,58%), Déficit no autocuidado para banho (1,23%); Domínio 5 – Percepção/cognição: Confusão aguda (3,70%), Confusão crônica (1,23%), Memória prejudicada (1,23%); Domínio 9 - Enfrentamento/tolerância ao estresse: Ansiedade (6,17%); Domínio 10 – Princípios da vida: Falta de adesão (9,88%); Domínio 11 – Segurança/proteção: Integridade da pele prejudicada (85,18%), Risco de Integridade da pele prejudicada (11,11%), Integridade tissular prejudicada (14,81%), Contaminação (7,41%), Risco de resposta alérgica (14,81%); Domínio 12 – Conforto: Dor aguda (12,34%), Dor crônica (27,16%). **Conclusão:** Observa-se a predominância de diagnósticos de enfermagem relacionadas aos domínios 2, 4, 11 e 12, evidenciando que esses pacientes necessitam de maiores intervenções relacionadas à nutrição, atividade, repouso, segurança, proteção e repouso. A partir da avaliação dos registros de enfermagem encontrados nos prontuários, observa-se a necessidade de padronização da linguagem e de dispor de instrumento que permita a ascensão acurada dos diagnósticos/fenômenos formulados pelos enfermeiros que poderá trazer benefícios de estudos clínicos de enfermagem como também a implantação da SAE. Na realidade brasileira, ainda são poucas as experiências na aplicação destas classificações, sejam de diagnósticos, intervenções ou resultados, embora existam muitos registros de enfermagem com linguagem não padronizada⁽⁴⁾. De uma unidade para outra, dentro do próprio hospital, pode-se denominar eventos semelhantes com palavras diferentes, o uso das palavras varia de região para região. Por isto, a nomenclatura científica se torna tão necessária a prática de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem contribui para a continuidade da assistência de enfermagem, por facilitar a troca de informação através de uma linguagem padronizada. Reforça-se a ideia de que o diagnóstico de enfermagem é um método que proporciona a enfermagem uma linguagem própria e padronizada a fim de comunicar suas ações. **Contribuições para a enfermagem:** As atribuições de enfermagem para o cuidado do paciente, dentro do processo de enfermagem, quando planejadas a partir de uma linguagem padronizada, permitem avaliar melhor a eficácia dos cuidados prestados, reorganizar a assistência e averiguar os resultados alcançados.⁽⁵⁾ Do diagnóstico depende a adequação das intervenções escolhidas e, portanto, a qualidade da assistência de enfermagem, destacando-se também a importância de introduzir padronizações e avanços na linguagem.

Descritores: Processos de enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Pele.



Trabalho 173

Eixo temático 3: Pesquisa em Enfermagem

Referências:

- 1 CUNHA, N.A. Araújo da. Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas Crônicas. Disponível em : www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf. Acesso em: 30/03/2012.
- 2 BRASIL. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.
- 3 NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação. 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- 4 NONINO, F. O. L.; NAPOLEÃO, A. A.; CARVALHO, E. C.; FILHO, J. F. P. A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa de enfermagem: uma revisão da literatura. Ver. Bras. Enferm. 2008.
- 5 DOCHTERMAN, J. M. e BULECHEK, G. M. Classificação das intervenções de enfermagem NIC. Tradução Regina Machado Garcez – 4. ed – Porto Alegre: Artmed, 2008.



Trabalho 174

DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM NA FAMÍLIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Rafaela Carolini de Oliveira Távora, Viviane Martins da Silva, Ana Ruth Macedo Monteiro.

INTRODUÇÃO: A família, em sua diversidade de constituintes e vínculos, continua sendo considerada como um referencial para muitos indivíduos em sociedade. É provável que por essa variabilidade também sejam diversas as definições que a comportam, de acordo com a realidade vivenciada por cada família. O papel da família no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico é crescente na atualidade. Para Hockenberry (2006, p.31), família “é o que a pessoa considera que seja”, baseado nos laços desenvolvidos entre indivíduos. Sabe-se que são diversas as estratégias adotadas pela família para o enfrentamento de situações que dificultam o lidar cotidiano com esse indivíduo, em especial quando se trata de uma criança ou adolescente. A família, não raramente, sentindo-se responsável pelo sofrimento psíquico da criança ou do adolescente, e envergonhada, devido aos estigmas que acompanham o sofrimento psíquico, demonstra dificuldade em assumir que um membro precisa de atendimento em saúde mental, adiando, assim, a procura pelo atendimento. Frente aos sentimentos gerados com a presença de uma pessoa em sofrimento psíquico em domicílio e das dificuldades enfrentadas cotidianamente por estar em maior proximidade com esses, é relevante que o profissional de saúde componha estudos com esse enfoque. No trabalho em enfermagem em saúde mental faz-se importante associar diferentes conhecimentos para se acompanhar de forma sistematizada as crianças e adolescentes acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial Infância-juvenil (CAPSi). Para esse intuito, a utilização do diagnóstico de enfermagem voltado às famílias é extremamente adequado para acréscimo de conhecimento nessa área. Acredita-se que as famílias de crianças e adolescentes acompanhados no CAPSi possuem enfrentamento familiar comprometido ou mesmo processos familiares disfuncionais. O diagnóstico Processos familiares disfuncionais tem por definição: "As funções psicossociais, espirituais e fisiológicas da unidade familiar estão cronicamente desorganizadas, levando ao conflito, a negação do problema, à resistência, à mudanças, à resolução ineficaz de problemas e uma série de crises auto perpetuadas". O diagnóstico Enfrentamento familiar comprometido é definido: "uma pessoa fundamental, usualmente apoiadora (membro da família, pessoa significante ou amigo íntimo), oferece apoio, conforto, assistência ou encorajamento insuficiente, ineficaz ou comprometido, que pode ser necessário ao cliente para administrar ou controlar as tarefas adaptativas relacionadas ao seu desafio em saúde."³ **OBJETIVO:** Identificar a frequência de ocorrência dos diagnósticos de enfermagem: Processos familiares disfuncionais e Enfrentamento familiar comprometido. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo realizado com 15 famílias de crianças e adolescentes que participavam de atividades de grupos familiares no CAPSi. Para a abordagem a família, utilizou-se o Modelo Calgary de Avaliação da Família com questionamentos circulares e elaboração de genograma e ecomapa junto a famílias². O genograma, utilizado para o melhor entendimento do sistema familiar, revela os seus componentes, em graus de parentesco por filiação. Já o ecomapa trata do núcleo familiar e daqueles que estabelecem relações de diferentes intensidades com seus membros. Ambos podendo ser complementados no decorrer da entrevista com o contato familiar com a

1 Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde - UECE. Doutoranda em Enfermagem -UFC. rafatavora@yahoo.com.br

2 Enfermeira. Psicramatista. Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Graduação em Enfermagem- UECE. Membro do GRUPEESS.

3 Enfermeira. Professora Adjunta III- Universidade Federal do Ceará - UFC



Trabalho 174

enfermeira. Entrevistou-se 15 depoentes, considerados como pessoas significantes para o contexto de cada família, o que tornou possível as inferências em relação aos citados diagnósticos de enfermagem. As entrevistas e genogramas foram transcritos para identificação das características definidoras que compunham os diagnósticos e de seus fatores relacionados. RESULTADOS: Todos os entrevistados foram do sexo feminino, sendo mães ou avós maternas e apenas uma paterna. As famílias apresentaram-se com alterações em diversos campos, como abandono de emprego e afastamento social. Alguns sentimentos também foram encontrados como angústia e medo. O diagnóstico Processos familiares disfuncionais foi encontrado em todas as famílias. As características definidoras mais comuns foram: Deteriorização dos relacionamentos familiares (11), Distúrbios do desempenho escolar em crianças (9), Capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem entre si visando ao crescimento e ao amadurecimento mútuos (8), Papeis familiares interrompidos (7), função de papel alterada (6). Os fatores relacionados encontrados foram: Falta de habilidade para resolver problemas (8), Habilidades de enfrentamento inadequadas (6) e História familiar de resistência ao tratamento (6). Para a inferência do diagnóstico Enfrentamento familiar comprometido, considerou-se a presença do diagnóstico Processos familiares disfuncionais. Quatro famílias apresentaram o diagnóstico de enfermagem Enfrentamento familiar comprometido. As características definidoras mais encontradas nestas famílias foram: Pessoa significante afasta-se do cliente (3), Pessoa significante tenta comportamentos assistenciais, com resultados insatisfatórios (3) e Pessoa significante relata preocupação com a reação pessoal (p.ex. medo, pesar, culpa, ansiedade) à necessidade do cliente (3). Como fatores relacionados ao diagnóstico Enfrentamento familiar comprometido mais frequentes, encontraram-se: Situações coexistentes que afetam a pessoa significante (4), Doença prolongada que exaure a capacidade de apoio da pessoa significante (2), Exaustão da capacidade de apoio de pessoas significativas (2) e Preocupação temporária de pessoa significante (2). CONCLUSÃO: As características definidoras mais presentes apontam para modificações estressantes no contexto interno da família, alterando papéis e deteriorando os relacionamentos entre os membros. Observou-se que as crianças apresentam déficit em seu rendimento escolar e que várias famílias têm baixa capacidade para unir-se em prol de condutas necessárias a criança ou adolescente em sofrimento psíquico. As entrevistadas referiram afastamento da criança ou adolescente em acompanhamento no CAPSi e dificuldade de comunicação com o mesmo. Acrescenta-se a ansiedade vivida pela pessoa significante do atendimento às necessidades da criança ou adolescente em sofrimento psíquico e a exaustão vivenciada pela família devido ao longo período de acompanhamento em saúde. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Apropriando-se dos diagnósticos de enfermagem relacionados à família, esse profissional pode intervir de maneira sistematizada na família e obter resultados satisfatórios na melhoria do sistema familiar. O diagnóstico de enfermagem entendido como tecnologia que viabiliza o pensamento crítico do profissional, de forma a colaborar com julgamentos clínicos, os quais irão contribuir para a enfermagem traçar o plano de cuidados com vistas a resultados de enfermagem intervindo diretamente na família de criança e adolescente em sofrimento psíquico. REFERÊNCIAS: (1) Hockenberry MJ. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. (2) Wright, L. M., 1944.- Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família/ Lorraine M. Wright, Maureen Leahey; [tradução de Silva M. Spada]. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002. (3) NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

1 Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde - UECE. Doutoranda em Enfermagem -UFC. rafatavora@yahoo.com.br

2 Enfermeira. Psicramatista. Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Graduação em Enfermagem- UECE. Membro do GRUPEESS.

3 Enfermeira. Professora Adjunta III- Universidade Federal do Ceará - UFC



Trabalho 174

Descritores: Diagnóstico, Enfermagem, Saúde mental.

Eixo 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM

- 1 Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde - UECE. Doutoranda em Enfermagem -UFC. rafatavora@yahoo.com.br
- 2 Enfermeira. Psicrmatista. Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Graduação em Enfermagem- UECE. Membro do GRUPEESS.
- 3 Enfermeira. Professora Adjunta III- Universidade Federal do Ceará - UFC



Trabalho 175

PERSPECTIVAS DE FUTURO DE FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO À LUZ DA FENOMENOLOGIA SOCIAL*

Rafaela Carolini de Oliveira Távora¹, Ana Ruth Macedo Monteiro², Sâmya Aguiar Lobo³, Liane Araújo Teixeira⁴, Renata Saraiva Martins da Silva⁵.

Resumo:

INTRODUÇÃO: Com a Reforma Psiquiátrica a família foi reconhecida como elemento fundamental para a assistência em saúde mental, considerando que o indivíduo em sofrimento psíquico insere-se no seu ambiente familiar e, conseqüentemente, em sociedade. O trabalho em saúde mental com crianças e adolescentes tem se expandido com o acompanhamento da família em sua totalidade nas atividades inseridas no Centro de Atenção psicossocial-CAPS. **REFERENCIAL METODOLÓGICO:** Nesse contexto, para que a enfermagem possa efetuar os cuidados necessários aos indivíduos inseridos no sistema familiar é essencial que ele conheça o “mundo da vida” de seus componentes. Essas informações mostram como o mundo social é preestruturado para o indivíduo⁽¹⁾, principalmente inserido em seu sistema familiar. Assim, pode-se propor estratégia assistencial para as famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. O *mundo da vida* faz-se imerso em atitudes naturais de cada indivíduo e de um em relação aos outros e a ele mesmo, sendo, portanto, nosso mundo chamado de intersubjetivo. Nele, os *predecessores*, aqueles que viveram antes, apreenderam experiências que foram passadas geração a geração, até se chegar ao denominado *conhecimento à mão*, funcionando como um código de referência. Assim, estudando as atitudes do homem dentro do *mundo da vida*, Schutz refere que qualquer decisão a ser tomada dependerá em grande parte do *conhecimento a mão* individual, o qual se acumula com o passar dos anos a partir de situações vivenciadas cotidianamente, além de histórias contadas ao indivíduo que lhe servem como aprendizado⁽²⁾. Portanto, frente ao trabalho com o ser humano imerso em seu *mundo da vida* o homem opera em suas atitudes naturais de acordo com os seus *motivos a fim de* e *motivos por que* em relação a algum objetivo⁽²⁾. Schutz relaciona os *motivos a fim de*, também chamados de *motivos para*, àqueles direcionados ao futuro, a situações que haverão de vir, uma espécie de planejamento, que se situa no âmbito do pré-imaginado que dará origem a uma ação futura⁽²⁾. **OBJETIVO:** Averiguar as expectativas do sistema familiar em relação ao sofrimento psíquico da criança e do adolescente. A coleta deu-se no Centro de Atenção Psicossocial Infância juvenil (CAPSi) da Secretaria Executiva da Regional IV (SER IV), da cidade de Fortaleza, Ceará, nos meses de junho e julho de 2011. Para coleta de dados obteve-se parecer positivo para a sua realização sob processo 11043612-1 conforme o comitê de ética

* Esse artigo é parte de dissertação: Cuidado clínico de enfermagem à família de criança e adolescente em sofrimento psíquico. Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde - CMACCLIS, Universidade Estadual do Ceará – UECE, Fortaleza- Ce, 2011.

1 Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde-UECE. Doutoranda em Enfermagem -UFC. rafatavora@yahoo.com.br

2 Enfermeira. Psicramatista. Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Graduação em Enfermagem- UECE. Membro do GRUPEESS.

3 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem - UFC

4 Enfermeira. Mestranda em Cuidados Clínicos - UECE

5 Enfermeira. Mestranda em Cuidados Clínicos - UECE



Trabalho 175

2

em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Aplicou-se a entrevista semi estruturada a familiares que participavam de grupo de famílias do citado CAPSi há no mínimo dois meses, e cujas crianças e adolescentes a eles vinculados tivessem pelo menos três meses de acompanhamento no CAPSi. RESULTADOS: Categorizando depoimentos colhidos com os participantes dos grupos de famílias de um CAPSi, chegou-se às categorias: Futuro de sucesso, Angústias em relação ao futuro e Expectativas quanto ao resultado do acompanhamento em saúde mental. Dessa forma, a experiência vivenciada pelas famílias denota sua *situação biográfica* e compõe o seu *mundo da vida cotidiano*. Nesse contexto, as famílias expressam que para o indivíduo ter um futuro de sucesso lhes é importante que essas crianças e adolescentes obtenham êxito nos estudos e que conduzam sua vida com retidão. Tal situação tem profunda ligação a *situação biográfica* do grupo, que assimilou de seus *antecessores* os preceitos para não fracassar na vida. Assim, foi cultivado virtudes como valores importantes para o contexto social em que essas famílias vivem. As entrevistadas consideram qualidades a ser seguidas: a honestidade, a responsabilidade, o caráter, as quais possibilitam, que inseridos no mundo social, se caminhe de *cabeça erguida* diante das adversidades da vida. Não obstante esse conjunto de boas expectativas pelo futuro primoroso, tão desejado por essas famílias, persiste, em alguns momentos a dúvida quanto as possibilidades de sua crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Utilizando-se de seu *estoque de conhecimento à mão*, as familiares entrevistadas exprimem em seus depoimentos que conhecem histórias de pessoas em sofrimento psíquico que tem dificuldade de conseguir e manter empregos, formar família, relacionar-se com amigos ou serem independentes de seus familiares. CONCLUSÕES: As entrevistadas consideram qualidades que se deseja seguir: a honestidade, a responsabilidade, o caráter, as quais possibilitam, que inseridos no mundo social, se caminhe de *cabeça erguida* diante das adversidades da vida. O anseio de que a felicidade seja alcançada pelos seus descendentes, devido ao seu *estoque de conhecimento à mão*, estimula a família na constante busca por elementos que são formadores desse sentimento. Emergem nas famílias dúvidas, inseguranças e temores em relação ao futuro dessas crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Deseja-se que essas crianças possam ser no futuro independentes, aptas a exercer suas atividades de vida diária. As entrevistadas revelam o temor por não poder oferecer carinho e proteção para sempre, pois consideram a finitude, como consequência natural à vida. Ainda algumas famílias são tomadas pela desesperança no tratamento, pois em seu *estoque de conhecimento à mão*, acumulou-se algum tempo de tratamento ineficaz, ou com pouca melhora dos sintomas. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: percebe-se que a enfermagem pode intervir diretamente nas famílias buscando assistir em suas necessidades de cuidado, suprimindo de forma satisfatória atender os anseios desses indivíduos. Com esses resultados, percebe-se que, no trabalho com essa clientela, é importante esclarecer sobre o curso do tratamento, suas respostas sobre a saúde mental da criança ou adolescente e a velocidade em que esses resultados podem ser visualizados. Ressalta-se a ênfase ao fato de que cada indivíduo reage de forma diferenciada ao tratamento e que o mesmo deve ser direcionado as necessidades singulares da criança ou adolescente. Almeja-se que esse estudo venha a contribuir com o cuidado em saúde mental, não só a criança e adolescente atendido no CAPSi, mas também a sua família em totalidade, inserindo-a no cuidado. É importante que os enfermeiros, em seu cuidado clínico a essa clientela, possam refletir sobre as expectativas que as famílias têm em relação ao cuidado em saúde mental a fim de associar as suas intervenções aos resultados desejados por aqueles que recebem a assistência. REFERÊNCIAS: (1) Hockenberry MJ. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. (2) Wagner, HR. Fenomenologia e Relações Sociais. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

Descritores: Família, Saúde mental, Enfermagem.

Eixo temático 2: Assistência de enfermagem



Trabalho 176

AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DO RESULTADO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL

Marcos Barragan da Silva¹, Miriam de Abreu Almeida², Bruna Paulsen Panato³, Mariana Palma da Silva³, Ana Paula de Oliveira Siqueira⁴

INTRODUÇÃO: Atualmente, são realizadas um milhão de cirurgias de Artroplastia Total de Quadril (ATQ) por ano em todo o mundo⁽¹⁾. Devido ao aumento da expectativa de vida da população, espera-se que a artroplastia se torne ainda mais frequente nas próximas décadas. Conforme levantamento recente do IBGE, a população com 65 anos ou mais aumentará em pelo menos 3,7 vezes até 2050⁽²⁾. Com a evolução dos tratamentos, bem como o aperfeiçoamento da técnica cirúrgica, dos implantes e das superfícies de atrito, que proporciona menor desgaste, ampliou-se o número e o perfil de pacientes que podem se beneficiar dela. Inicialmente, sua recomendação estava restrita a pacientes idosos e com demanda funcional menor. Mesmo assim, sabe-se que essa cirurgia pode causar complicações locais e sistêmicas no período perioperatório. Outro fator preocupante para a equipe de saúde é o tempo anestésico. Estas considerações são importantes para o cuidado no momento de recuperação do paciente, em que os enfermeiros avaliam os resultados alcançados, principalmente em relação às necessidades de cuidados de higiene e conforto, posicionamento do membro inferior afetado, eliminações urinárias e intestinais, manutenção de drenos de sucção, e a mobilidade prejudicada⁽³⁾. Com base nestas características, o enfermeiro pode estabelecer o diagnóstico de enfermagem (DE) Mobilidade Física Prejudicada (MFP), dada a amplitude limitada de movimentos, trauma e dor no membro inferior afetado. Grande parte dos cuidados pós-operatórios, imprescindíveis ao sucesso do procedimento cirúrgico, são de responsabilidade do enfermeiro e estão direcionados à mobilização correta do paciente e seu ensino. Várias intervenções são realizadas, porém a avaliação de resultados ainda é uma prática pouco explorada na enfermagem. Neste sentido, está sendo desenvolvida a Classificação de Resultados Enfermagem (NOC), que é uma terminologia usada no Processo de Enfermagem (PE) para medir, por meio dos Resultados de Enfermagem (RE), estados de saúde, comportamentos, reações e sentimentos dos pacientes, cuidador/familiar ou comunitário, e possibilita ao enfermeiro avaliar os efeitos das intervenções de enfermagem na prática clínica⁽⁴⁾. A utilização de sistemas de classificação reconhecidos, como de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, colaboram para a adoção de linguagens uniformizadas que podem ajudar a conferir visibilidade ao trabalho dos enfermeiros⁽⁵⁾. Diante das evidências apresentadas e da escassez de investigações que avaliem a classificação de resultados de enfermagem no contexto da prática clínica com pacientes submetidos à ATQ, delineou-se o presente estudo. **OBJETIVO:** Verificar a aplicabilidade clínica do Resultado de Enfermagem NOC *Mobilidade* em pacientes com o Diagnóstico de Enfermagem Mobilidade Física Prejudicada, submetidos à Artroplastia de Total Quadril. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de coorte prospectivo realizado em um hospital universitário do sul do Brasil. Os dados foram coletados de agosto a dezembro de 2012 e os sujeitos foram pacientes submetidos à ATQ, que atenderam aos seguintes critérios:

1 Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFRGS.

2 Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Associada na Escola de Enfermagem da UFRGS.

3 Acadêmicas de Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFRGS. Bolsistas de Iniciação Científica. bruna.enfufrgs@gmail.com

4 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFRGS.



Trabalho 176

ambos os sexos; idade ≥ 18 anos; presença do diagnóstico MFP registrado em prontuário, com respectivos cuidados prescritos pelo enfermeiro assistencial; e que permaneceram internados por pelo menos quatro dias. O instrumento de coleta de dados foi construído especialmente para esta pesquisa e continha o RE (0208) Mobilidade e o indicador clínico (020806) Andar, selecionado em consenso por enfermeiros com experiência em ortopedia. Este indicador foi avaliado pela escala likert de cinco pontos de Gravemente comprometido (1) a Não comprometido (5) e recebeu definição conceitual e operacional baseada na literatura ortopédica. Os pacientes foram avaliados por duplas de coletadoras previamente capacitadas, de forma simultânea, de maneira independente. Para comparar médias entre a primeira e última avaliação, foi utilizado o teste t-student para amostras pareadas. O nível de significância estatística utilizado foi de 5% ($p < 0,05$). Estudo aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa. **RESULTADOS:** Avaliaram-se 25 pacientes com o DE Mobilidade Física Prejudicada submetidos à ATQ. Desses, quatro desistiram de participar da pesquisa. Ao final, 21 pacientes foram incluídos. Eram predominantemente do sexo feminino (61,9%), brancos (76,1%), com idade média de 58,8 ($\pm 16,7$), e 15 (71,4%) submeteram-se a ATQ pela primeira vez. De todos os pacientes, 15 (71,4%) foram avaliados num período de quatro dias de seguimento. Todos os pacientes apresentaram a característica definidora *Mudanças na marcha*, sendo que a maioria apresentou *Amplitude limitada ao movimento* 19(90,4%), seguida de *Dificuldade para virar-se* 18(85,7%) e *Capacidade limitada para desempenhar as atividades motoras grossas* 18(85,7%). Em relação à média do Resultado de Enfermagem *Mobilidade*, observou-se que houve melhora nos escores diariamente, sendo eles: 1º Dia: $1,00 \pm 0,00$; 2º Dia: $1,40 \pm 1,06$; 3º Dia: $2,93 \pm 1,67$; 4º Dia: $3,47 \pm 1,36$. Na comparação entre o primeiro e último dia de avaliação, o Test t pareado, mostrou mudanças significativas nos escores desse RE ($P = < 0,001$). **CONCLUSÃO:** Os dados permitem concluir que a utilização da NOC na prática clínica neste cenário foi aplicável e capaz de demonstrar a melhora da Mobilidade desses pacientes. Estudos clínicos que testem as intervenções de enfermagem e que verifiquem os efeitos dessas sobre estes resultados podem confirmar esses achados. **IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM:** Para a assistência, mostra a evolução dos pacientes por meio de uma classificação padronizada, ligada aos diagnósticos da NANDA-I e às intervenções da NIC. A avaliação da evolução do paciente com o uso dessa taxonomia se faz importante, pois demonstrou ser uma ferramenta útil para o aprimoramento da assistência de enfermagem. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Avaliação de resultados (cuidados de saúde); Enfermagem ortopédica.

Eixo 3: PESQUISA DE ENFERMAGEM

REFERÊNCIAS

1. Widmer KH. Containment versus impingement: finding a compromise for cup replacement in total hip arthroplasty. *Int Orthop.* 2007;31(Suppl 1):S29-33.
2. Fellet AJ, Scotton AS. Osteoartrite. *Rev Bras Med.* 2006;63:135-142.
3. Kneale J, Davis P. *Orthopaedic and Trauma Nursing.* 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 2005.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC.* 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
5. Chianca TCM, Salgado PO, Albuquerque JP, Campos CC, Tannure MC, Ercole FF. Mapeamento de metas de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva por meio



Trabalho 176

da Classificação de Resultados de Enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem.2012;20(5): [10 telas].



Trabalho 177

CONSENSO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM NOC PARA PACIENTES ORTOPÉDICOS

Marcos Barragan da Silva¹, Miriam de Abreu Almeida², Bruna Paulsen Panato³, Mariana Palma da Silva³, Ana Paula de Oliveira Siqueira⁴

INTRODUÇÃO: A Artroplastia Total de Quadril (ATQ) é um procedimento cirúrgico amplamente utilizado para o tratamento de afecções da articulação coxofemoral, sejam elas degenerativas inflamatórias ou traumáticas^(1,2). No período pós-operatório, esses pacientes tornam-se dependentes da equipe enfermagem, devido à limitação para mobilizar-se e a restrição ao leito, visto que, não podem apoiar-se no chão, nem realizar exercício de adução com o membro operado pelo risco de luxação da prótese^(1,2). A avaliação dos resultados de enfermagem é uma das etapas do processo de enfermagem em que se avaliam os efeitos das intervenções de enfermagem no cuidado destes pacientes. A Classificação de Resultados Enfermagem (NOC) é uma terminologia usada no Processo de Enfermagem (PE) para medir, por meio dos Resultados de Enfermagem (RE), estados de saúde, comportamentos, reações e sentimentos dos pacientes, cuidador/familiar ou comunitário, e possibilita ao enfermeiro avaliar os efeitos das intervenções de enfermagem na prática clínica⁽³⁾. **OBJETIVO:** Selecionar os Resultados de Enfermagem NOC adequados para a avaliação do Diagnóstico de Enfermagem Mobilidade Física Prejudicada em pacientes submetidos a Artroplastia Total de Quadril (ATQ). **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo do tipo consenso de especialistas^(4,5), realizado durante os meses de julho e agosto de 2012, em um hospital universitário do sul do Brasil. Fizeram parte do estudo quatro enfermeiras com experiência em ortopedia, três bolsistas de iniciação científica treinadas, dois mestrandos em enfermagem com vivência no cuidado de pacientes submetidos à ATQ. Esta equipe foi formada por participantes de grupo de pesquisa com publicações na área de classificações de enfermagem NANDA-I/NIC/NOC. Esse grupo selecionou, em consenso, os resultados de Enfermagem, tendo por base a ligação proposta no Capítulo de Ligações NOC-NANDA-I em que se apresentavam oito RE sugeridos e 36 adicionais associados para o DE Mobilidade Física Prejudicada. Inicialmente o processo de seleção ocorreu mediante correio eletrônico, com envio de e-mails às três enfermeiras assistenciais com experiência com pacientes com ATQ e também por seis encontros presenciais. Elaborou-se um instrumento contendo os RE, a fim de serem avaliados pelo grupo, quanto a sua aplicabilidade clínica nos pacientes com o diagnóstico MFP em pós-operatório de ATQ no ambiente hospitalar. O instrumento continha três colunas. Na primeira foram listados os RE sugeridos e associados adicionais da NOC para MFP descritos com o título e sua definição. Na segunda foi registrado o número da página do livro da NOC onde se localizava esse RE para facilitar a busca aos indicadores e agilizar a avaliação. A última coluna continha a pergunta “Você recomenda este resultado para o DE Mobilidade Física Prejudicada em pacientes submetidos à ATQ?”, seguido das opções *recomendo* e *não recomendo* para as enfermeiras assinalarem com um x. Ao término, foi reservado um espaço para observações e sugestões. Para a análise foi utilizada estatística descritiva por somatório de frequências absolutas e relativas dos RE recomendados pelos enfermeiros. Utilizou-

¹ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFRGS.

² Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Associada na Escola de Enfermagem da UFRGS.

³ Acadêmicas de Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFRGS. Bolsistas de Iniciação Científica. bruna.enfufrgs@gmail.com

⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFRGS.



Trabalho 177

se um consenso de 100% para seleção dos RE. Destaca-se, também, a recomendação da NOC para que sejam escolhidos somente os resultados realmente relevantes no contexto assistencial onde serão empregados. Este estudo faz parte de um projeto maior aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (110601). **RESULTADOS:** Foram selecionados com 100% de consenso, os resultados (0203) Posicionamento do corpo: autoiniciado, e os indicadores (020302) Movimento de deitado a sentado, (020304) Movimento de sentado para em pé, (020305) Movimento de em pé para sentado, (020303) Movimento de sentado para deitado; o resultado (0208) Mobilidade e o indicador (020806) Andar; o resultado (2102) Nível de dor e o indicador (210201) Dor relatada; o resultado (1811) Conhecimento: atividade prescrita e os indicadores, (181104) Restrições à atividade, (181116) Estratégias para locomoção segura, (181112) Realização correta do exercício, (181120) Benefícios da atividade e do exercício, e finalmente, o resultado (1909) Comportamento de prevenção de quedas e os indicadores (190910) Usa calçado adequado para prevenir quedas, (190901) Uso correto de dispositivos auxiliares e (190902) Solicita auxílio físico para si. Após esta seleção, foram elaboradas as definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos e, realizou-se o retorno às três enfermeiras assistenciais que participaram do consenso para que apreciassem o instrumento e validassem o conteúdo e aparência do mesmo. Elas retornaram o instrumento com pequenas sugestões de layout e conteúdo. Além disso, este instrumento foi testado em quatro pacientes que participaram de um estudo piloto, sofrendo pequenas alterações ao final, o que facilitou a uniformização da avaliação clínica, e possibilitou a composição do instrumento de avaliação de resultados para o diagnóstico de enfermagem Mobilidade Física Prejudicada, em pacientes submetidos a Artroplastia Total de Quadril. **CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM:** Este estudo auxiliou no processo de seleção dos resultados que melhor expressassem a evolução dos pacientes com este diagnóstico. Além disso, aprofundou o conhecimento na avaliação do paciente por meio do estudo dessa classificação, o que pode influenciar positivamente no processo de cuidado. Este estudo obteve o consenso de 100% na construção do protocolo de avaliação de resultados, em que cinco Resultados e 16 indicadores clínicos foram considerados relevantes para a avaliação do diagnóstico de enfermagem Mobilidade Física Prejudicada. Acredita-se que esta avaliação possibilitará verificar os efeitos das intervenções de enfermagem no cuidado do paciente, de acordo com a mensuração das mudanças do estado dos resultados de enfermagem nos pacientes avaliados.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Avaliação de resultados (cuidados de saúde); Enfermagem ortopédica.

Eixo 3: PESQUISA DE ENFERMAGEM

REFERÊNCIAS

1. Kneale J, Davis P. Orthopaedic and Trauma Nursing. 2nd ed. London: Churchill Livingstone;2005.
2. Gomes BP, Ferreira MRS. Assistência de enfermagem em ortopedia e traumatologia. *Enferm glob.* 2010;20.
3. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Lunney M, McGuire M, Endozo N, McIntosh-Waddy D. Consensus-validation Study Identifies Relevant Nursing Diagnoses, Nursing Interventions, and Health Outcomes for people with Traumatic Brain Injuries. *Rehabil Nurs.* 2010; 35(4):161-66.



Trabalho 177

5. Carlson J. Consensus validation process: A standardized research method to identify and link the relevant NANDA, NIC and NOC terms for local populations. J Nurs Terminol Classif. 2006; 17(1):23-24.



Trabalho 178

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Rebeca Baldo¹
Erika Christiane Marocco Duran²

RESUMO: O conhecimento acerca dos julgamentos clínicos das repostas dos indivíduos aos problemas de saúde atuais ou potenciais durante a internação do paciente com infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva é imprescindível para uma assistência de qualidade. Estudo exploratório-descritivo, que teve como objetivo identificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem em pacientes com diagnóstico médico confirmado de infecção hospitalar de uma unidade de terapia intensiva. Nos 98 prontuários avaliados, identificou-se que a maioria dos pacientes era do sexo feminino (52%), a média de idade encontrada foi 50,8 anos com mediana 51,5 e desvio padrão 20,2; 35 (35,7%) foram a óbito; a infecção hospitalar específica mais encontrada foi a Pneumonia (59%). Observou-se 854 diagnósticos (18 categorias diferentes), média de 8,7 diagnósticos por paciente. Os diagnósticos mais frequentes foram Risco de infecção (99%), Déficit do autocuidado para banho (97,9%), Risco de integridade da pele prejudicada (93,9%), Mobilidade física prejudicada (92,8%), Desobstrução ineficaz de vias aérea (90,8%), Risco de aspiração (90,8%), e Integridade da pele prejudicada (88,8%). O conhecimento do perfil dos pacientes com infecção hospitalar associado à identificação dos diagnósticos mais frequentes fornecem subsídios para a práxis da enfermagem e leva ao paciente assistência de enfermagem fidedigna e de qualidade, contribuindo para a construção de base da cientificidade da enfermagem.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva e Infecção Hospitalar.

Eixo 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM

¹ Enfermeira. Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP.
rebecabaldo@gmail.com.

² Enfermeira. Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. ecduran@fcm.unicamp.br.



Trabalho 179

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Rebeca Baldo¹
Erika Christiane Marocco Duran²

RESUMO: O conhecimento acerca dos julgamentos clínicos das repostas dos indivíduos aos problemas de saúde atuais ou potenciais durante a internação do paciente com infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva é imprescindível para uma assistência de qualidade. Estudo exploratório-descritivo, que teve como objetivo identificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem em pacientes com diagnóstico médico confirmado de infecção hospitalar de uma unidade de terapia intensiva. Nos 98 prontuários avaliados, identificou-se que a maioria dos pacientes era do sexo feminino (52%), a média de idade encontrada foi 50,8 anos com mediana 51,5 e desvio padrão 20,2; 35 (35,7%) foram a óbito; a infecção hospitalar específica mais encontrada foi a Pneumonia (59%). Observou-se 854 diagnósticos (18 categorias diferentes), média de 8,7 diagnósticos por paciente. Os diagnósticos mais frequentes foram Risco de infecção (99%), Déficit do autocuidado para banho (97,9%), Risco de integridade da pele prejudicada (93,9%), Mobilidade física prejudicada (92,8%), Desobstrução ineficaz de vias aérea (90,8%), Risco de aspiração (90,8%), e Integridade da pele prejudicada (88,8%). O conhecimento do perfil dos pacientes com infecção hospitalar associado à identificação dos diagnósticos mais frequentes fornecem subsídios para a práxis da enfermagem e leva ao paciente assistência de enfermagem fidedigna e de qualidade, contribuindo para a construção de base da cientificidade da enfermagem.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva e Infecção Hospitalar.

Eixo 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM

¹ Enfermeira. Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP.
rebecabaldo@gmail.com.

² Enfermeira. Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. ecduran@fcm.unicamp.br.



Trabalho 180

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM MULHERES CLIMATÉRICAS

Renan Alves Silvaⁱ

Maria do Carmo Andrade Duarte de Fariasⁱⁱ

José Marden Mendes Netoⁱⁱⁱ

Maria Miriam Lima da Nóbrega^{iv}

Luiz Carlos de Abreu^v

INTRODUÇÃO: O climatério é um fenômeno natural que acomete as mulheres na faixa etária dos 35 aos 65 anos, em virtude do hipoestrogensismo progressivo. É uma fase biológica que compreende a transição do período reprodutivo ao não reprodutivo, sendo a menopausa o marco principal¹. O hipoestrogenismo acarreta mudanças anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, exemplificando-se: fogacho, cefaleia, vertigens, parestesia, insônia, fadiga, depressão, irritabilidade, diminuição da libido. Desse nodo, a temática é pertinente, pois as mulheres são as principais usuárias do SUS, representam 50,77% da população brasileira². Por isso, o Ministério da Saúde implantou a atenção à saúde da mulher no climatério, ampliando o acesso e qualificando a atenção a sua saúde. Entretanto, desconhecem-se a realização de práticas assistenciais de enfermagem às mulheres nesse período, pois em maioria, a enfermagem apresenta dificuldades em identificar as necessidades prioritárias desse grupo¹. Identificar tais necessidades permitirá o desenvolvimento de ações, que promovam a saúde e previnam agravos. Destaca-se a enfermagem nessa contribuição, pela capacidade em deter conhecimentos e instrumentos específicos que facilitam a abordagem dessa clientela. Um desses instrumentos é a sistematização da assistência de enfermagem, marcada pelo rigor metodológico amparado em princípios científicos, a fim de identificar as necessidades prioritárias do indivíduo, a partir da construção/identificação do diagnóstico de enfermagem, o que precede a elaboração de um plano de cuidados detalhado². Portanto, torna-se imperioso a realização desses cuidados por meio da consulta e assistência de enfermagem. Contudo, para o alcance dos resultados convém que o processo de enfermagem seja guiado por uma teoria de enfermagem, a exemplo da teoria das Necessidades Humanas Básicas³. Pelo exposto, o desenvolvimento dessa assistência à mulher no climatério é um desafio a ser enfrentado pelos enfermeiros, pois, além do conhecimento preciso da sintomatologia nesse período, requer a execução de cuidados específicos. Um dos meios para alcançar esse objetivo é a identificação dos diagnósticos de enfermagem; destacando que, a saúde da mulher e as condições de saúde são áreas de interesse do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), para a construção de um subconjunto terminológico embasado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)⁴.

OBJETIVO: Identificar diagnósticos de enfermagem em mulheres climatéricas, a partir dos termos identificados na CIPE®. **MÉTODO:** Estudo exploratório descritivo. Optou-se pela revisão de literatura integrativa de estudos científicos publicados de 2006 a 2011. Utilizou-se uma estrutura de protocolo previamente elaborado, definida em fases: 1) Questão norteadora (quais os diagnósticos de enfermagem encontrados nas mulheres climatéricas, segundo as necessidades humanas básicas?); 2) Critérios de inclusão (textos com descritores: saúde da mulher, climatério e menopausa); 3) Representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando as características comuns; 4) Análise dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) Interpretação dos resultados; 6) Reportar de forma clara a evidência encontrada. A pesquisa foi realizada entre janeiro a março de 2013. No levantamento bibliográfico utilizou-se livro-texto na temática em estudo e artigos indexados nas bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram encontrados 230 artigos, dos quais 184 eram comuns nas duas bases de dados. A partir dos descritores, estabeleceram-se os critérios de inclusão (artigos completos em português, que incluísse o tema de assistência de enfermagem



Trabalho 180

e a abordagem clínica à mulher climatérica) e exclusão (artigos ou resumos que apenas citaram a temática, sem aprofundá-la; de línguas diferentes do português e que fossem repetidos nas bases de dados consultadas). Ao final foram selecionados 56 artigos para leitura e análise. Tomou-se como referência para análise a apresentação e discussão dos dados em forma descritiva. Nos artigos faziam-se grifes em palavras ou expressões (identificadas como problemas ou condições de saúde), registrando-as em uma tabela dividida em três partes, conforme os níveis de atenção das necessidades humanas básicas: psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Identificados os termos, realizava-se leitura crítica observando se os fenômenos ou problemas de enfermagem eram condizentes com a temática em estudo e com o que é evidenciado na prática assistencial dos pesquisadores da área em foco. Em seguida, conduziu-se a elaboração e construção dos diagnósticos de enfermagem, utilizando obrigatoriamente um termo do eixo foco e um termo do eixo julgamento. Por fim, fez-se a apresentação dos diagnósticos de enfermagem, respeitando as prioridades e os seus respectivos níveis de atenção. **RESULTADOS:** Foram identificados os diagnósticos conforme a Teoria das Necessidades Humanas Básicas: Nível Psicobiológico - Necessidade de oxigenação: dispneia, padrão respiratório prejudicado; Necessidade de Hidratação: edema, desequilíbrio de líquidos e eletrólitos, risco de desidratação, volume de líquidos diminuído; Necessidade de nutrição: adesão ao regime dietético, estado nutricional alterado, ingestão de líquidos inadequada, obesidade; Necessidade de eliminação: Obstipação, corrimento vaginal, eliminação urinária alterada, incontinência urinária de esforço, náusea, risco de obstipação, transpiração excessiva; Necessidade de sono e repouso: Insônia, sono e repouso prejudicados, padrão de sono perturbado, privação de sono; Necessidade de atividade física, mecânica corporal, motilidade e locomoção: atividade física prejudicada, fadiga, intolerância à atividade física, adesão ao regime de atividades físicas, falta de adesão ao regime de atividades físicas; Necessidade de sexualidade: Manutenção da atividade sexual, sexualidade alterada; Necessidade de cuidado corporal: autocuidado diminuído, autocuidado aumentado, busca pela beleza corporal; Necessidade da integridade física e cutânea mucosa: pele seca, prurido vulvar, membrana mucosa vaginal alterada; Necessidade de regulação térmica: hipertermia; Necessidade de regulação vascular: débito cardíaco aumentado, fogacho, palpitação, pressão sanguínea elevada, sangramento vaginal inadequado; Necessidade de regulação neurológica: cefaleia, memória prejudicada, vertigens, parestesia; Necessidade de regulação imunológica: risco para infecção; Necessidade de percepção dos órgãos dos sentidos: artralgia/mialgia, cólica, descalcificação óssea, dismenorreia, dispareunia, disúria, dor pélvica; Necessidade terapêutica: capacidade de gerenciar o regime terapêutico diminuída ou aumentada. Nível Psicossocial – Necessidade de Segurança emocional: angústia, ansiedade, depressão, irritabilidade emocional, medo, solidão, tristeza; Necessidade de amor, aceitação, autorrealização: aceitação do estado de saúde, bem-estar prejudicado; Necessidade de educação para a saúde/ aprendizagem: comportamento de busca de saúde, falta de conhecimento sobre o climatério/menopausa, conhecimento deficiente sobre o seu estado de saúde; Necessidade de gregária: falta de apoio social, falta de apoio familiar. Necessidade de autoestima, autoconfiança, autorrespeito, atenção, autoimagem: autoestima alterada, autoimagem alterada, baixa da autoestima situacional. Nível Psicoespiritual - Necessidade de religiosidade/espiritualidade: aumento do bem-estar espiritual, crenças conflitantes em um ser superior. **CONCLUSÃO:** Percebe-se que a assistência de enfermagem à mulher no climatério é essencial; a enfermagem deve concentrar uma atenção qualificada e humanizada às mulheres climatéricas, sendo de suma importância a construção de um subconjunto terminológico baseado em uma teoria de enfermagem, pois proporcionará inúmeros benefícios a essa clientela. Pelo exposto, convém que esse estudo seja validado quanto às afirmativas encontradas; que concentram como foco de investigação a saúde da mulher no climatério, o que favorecerá a visibilidade da enfermagem nesse campo de cuidado.



Trabalho 180

Palavras chaves: Climatério; Saúde da mulher; Assistência de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Trindade WR, Ferreira MF. Grupo feminino de cuidado: estratégia de pesquisa-cuidado à mulher. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 374-380, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/07.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2012
3. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.
4. Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para Prática de Enfermagem CIPE® - Versão 1.0. Tradutora: Heimar de Fátima Marin. São Paulo (SP): Algor Editora; 2007

ⁱ Acadêmico de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, UFCG/CFP. Bolsista PIBIC/CNPq/UFCG 2012/2013. Cajazeiras-PB, Brasil. Email: renan.dehon@gmail.com

ⁱⁱ Enfermeira, Pós doutorado Faculdade de Medicina do ABC; Docente Associado II da UFCG/CFP, Cajazeiras, PB, Brasil; Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Assistência à Saúde Humana (GEPASH). Email: carmofarias@hotmail.com.

ⁱⁱⁱ Acadêmico de enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, UFPB/CCS. Bolsista PIBIC/CNPq/UFPB 2012/2013. João Pessoa-PB, Brasil. Email: marden.mendes21@gmail.com

^{iv} Enfermeira, Doutora, líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE), Diretora do Centro CIPE® da pós-graduação em enfermagem da UFPB, Docente Associado IV da UFPB, João Pessoa, PB, Brasil. Email: mirian@ccs.ufpb.br

^v Fisioterapeuta. Pós-doutor, Professor da Faculdade de Medicina do ABC. Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica, Faculdade de Medicina do ABC. Santo André, SP. Email: cdh.fsp@gmail.com



Trabalho 181

SINTOMATOLOGIA CLIMATÉRICA: IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Maria do Carmo Andrade Duarte de Fariasⁱ

Renan Alves Silvaⁱⁱ

Maria Miriam Lima da Nóbregaⁱⁱⁱ

Luiz Carlos de Abreu^{iv}

INTRODUÇÃO: O climatério é uma fase biológica do ciclo vital feminino, que compreende a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo. Durante o climatério, pode ocorrer uma variedade de alterações, inclusive físicas e psíquicas, destacando-se fogacho, insônia, tristeza, instabilidade emocional, modificações nos hábitos sexuais e na pele, geralmente associadas às experiências pessoais, com repercussões negativas para a saúde e qualidade de vida da mulher¹. Por isso, em maioria, as mulheres nessa fase procuram mais os serviços de saúde visando sanar as suas queixas. Elas apresentam-se ansiosas por informações e por melhor assistência para a sua saúde. Saliente-se que os profissionais de saúde precisam ter mais atenção e comprometimento às necessidades de saúde da mulher, nessa fase. Nesse sentido, o enfermeiro ocupa lugar de destaque na assistência à saúde da mulher no climatério; no entanto, a maioria ainda não atua como se espera. Para avaliação quantitativa da síndrome menopausal foram criados alguns índices menopausais, entre eles, o Índice Menopausal de Blatt e Kupperman - IMBK, cujo princípio é a somatória ponderal dos sintomas menopausais, que expressa numericamente a intensidade da sintomatologia climatérica². Todavia, pouco são os estudos que apontam as ações de enfermagem direcionadas à mulher climatérica. Por sua vez, o enfermeiro tem a consulta de enfermagem como instrumento facilitador da prática de enfermagem, que permite apontar as necessidades básicas referida pelas mulheres, podendo cooperar para uma assistência qualificada e humanizada, baseada na orientação e condutas que permitam maior adesão ao tratamento. **OBJETIVO:** Identificar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em mulheres climatéricas, tendo por base o IMKB. **MÉTODO:** Estudo exploratório descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com mulheres cadastradas e acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, Cajazeiras-PB, de janeiro e abril de 2013. Foram entrevistadas 387 mulheres entre os 35 aos 65 anos. A consulta de enfermagem atendeu aos pressupostos do processo de enfermagem descrito por Horta. Para determinar os fatores associados à sintomatologia climatérica foi utilizada a análise de regressão linear. As informações emergiram das três primeiras etapas do Processo de Enfermagem: Histórico (entrevista – roteiro estruturado - e exame físico), Diagnóstico (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®)³ e Planejamento (atividades de Educação em Saúde). Esse estudo atendeu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A média etária das pesquisadas foi de 49,2 anos. A média de anos de estudo foi 7,7. Com relação ao IMKB a amostra apresentou um escore médio de 22,02. No Modelo de Regressão Linear simples as variáveis idade menopausal (p 0.006) e escolaridade (p 0.003) mantiveram relação linear com o IMKB. Todavia, tanto para a idade menopausal quanto para a escolaridade esta relação não teve implicação nos extremos (de idade e de anos de estudo). Frente ao Processo de Enfermagem identificou-se prevalência das necessidades psicobiológicas, seguidas das psicossociais. Os diagnósticos de enfermagem encontrados foram edema; sobrepeso, obesidade, peso corporal excessivo; insônia, sono e repouso prejudicados, padrão de sono perturbado; atividade física prejudicada, fadiga, falta de adesão ao regime do exercício físico; manutenção da atividade sexual ineficaz, sexualidade alterada, relação e interação sexual prejudicada, risco de sexualidade alterada; capacidade de autocuidado prejudicada; pele seca, prurido vulvar, mucosa vaginal alterada; débito cardíaco aumentado, fogacho, parestesia, pressão sanguínea elevada; cognição prejudicada, cefaléia, vertigens, diminuição da libido; artralgia/mialgia,



Trabalho 181

dispareunia, osteoporose; ansiedade, depressão; bem-estar prejudicado; falta de conhecimento sobre o climatério/menopausa, conhecimento deficiente sobre o seu estado de saúde; autoestima alterada, autoimagem alterada, baixa autoestima situacional. Os diagnósticos de enfermagem que chamaram a atenção foram referentes às queixas vasomotoras, metabólicas, psíquicas e geniturinárias. No tocante aos sintomas que compõem o IMKB, os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes foram nervosismo 84,5%, dor artrítica 78,6%, depressão 76,2%, fadiga 74,9%, cefaléia 72,1%. A insônia foi relatada por 67,4% das mulheres. O diagnóstico menos prevalente foi a parestesia 57,6%; e o fogacho, apontado no senso comum como característica principal da menopausa, foi referido por 64,3% das mulheres. Destaque-se que cada mulher entrevistada se queixou de um ou mais sintoma. A prevalência de nervosismo, cefaléia e depressão merece atenção, pois, durante o climatério há uma maior tendência à depressão, muitas vezes atribuída ao medo de envelhecer, à percepção de proximidade da morte, sensação de inutilidade e carência afetiva. Esta fase também é marcada por uma transição física e social, acontecendo juntamente com a independência dos filhos, a morte de familiares e a aposentadoria, as quais exigem adaptações emocionais difíceis para a mulher⁴. Os sintomas neuropsíquicos podem ser influenciados pelo estilo de vida, atividade profissional, exercícios físicos e dieta, além do contexto sociocultural de inserção da mulher⁵. Ao final da etapa diagnóstica procedeu-se o planejamento da assistência de enfermagem, sendo priorizadas as intervenções com enfoque na promoção da saúde e qualidade de vida, por meio da educação em saúde, as quais foram focadas no aumento do conforto, estímulo à prática regular de atividade física, na escuta qualificada, abordagem das queixas afetivas e sexuais, como problemas significativos. **CONCLUSÕES:** Considera-se importante que a assistência de enfermagem à mulher climatérica seja norteada por uma teoria de enfermagem. Mas, requer do enfermeiro o conhecimento da sintomatologia climatérica, para eficácia das intervenções nesse período, identificado pelas mulheres como conturbado e abstrato. Assim, observa-se a necessidade de criar um instrumento de coleta de dados que propicie a avaliação da saúde das mulheres climatéricas, possibilite a tomada de decisão na identificação dos diagnósticos de enfermagem e nas intervenções de enfermagem específicas. Para tanto, é imprescindível que a mulher tenha espaço para expressar suas dificuldades e sentimentos; que receba orientações sobre as mudanças que estão ocorrendo no seu corpo; e o que estas podem ocasionar à sua saúde. Desse modo, é necessária uma assistência qualificada e humanizada a essa população, através do cuidado integral e individualizado. No tocante às queixas mais prevalentes identificadas nessa pesquisa, os termos cefaléia e parestesia não constam na CIPE; assim, a área da saúde da mulher no climatério pode ser enriquecedora para a CIPE, a partir de um estudo mais abrangente com a sintomatologia climatérica. Os resultados desta pesquisa, pioneira na realidade investigada, ajudarão não só o planejamento de serviços e rotinas de assistência e poderão direcionar o ensino nas instituições pertinentes e, sobretudo, justificar a necessidade de pesquisas mais abrangentes, incluindo variáveis fisiológicas, a exemplo de teores de estrogênio, cálcio, lipídio, dentre outros, fundamentadas na diversidade regional da realidade brasileira.

Palavras chaves: Climatério; Saúde da mulher; Assistência de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Freitas KM, Silva ARV, Silva RM. Mulheres vivenciando o climatério. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá 2004; 26(1):121-8. Disponível em: <periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/.../1065>. Acesso em 02 maio 2013.
2. Wender COM, Freitas F, De Castro JAS, Vanin C. Climatério. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. *Rotinas em ginecologia*. Porto Alegre: Artmed; 2011. P. p. 542-60.



Trabalho 181

3. Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para Prática de Enfermagem CIPE® - Versão 1.0. Tradutora: Heimar de Fátima Marin. São Paulo (SP): Algor Editora; 2007.
4. Silva RM, Araújo CB, Silva ARV. Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. RBPS. 2003; 16(1/2):28-33. Disponível em: <ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/download/328/2030>. Acesso em 03 maio 2013.
5. Melo NR, Pompei LM, Machado RB, Fernandes CE. Climatério e menopausa. In: Lopes AC. Tratado de clínica médica. v.2. São Paulo: Roca; 2006. p. 3525-31.

Eixo Temático: Pesquisa em enfermagem

ⁱ Enfermeira, Pós doutorado Faculdade de Medicina do ABC; Docente Associado II da UFCG/CFP, Cajazeiras, PB, Brasil; Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Assistência à Saúde Humana (GEPASH). Email: carmofarias@hotmail.com.

ⁱⁱ Acadêmico de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, UFCG/CFP. Bolsista PIBIC/CNPq/UFCG 2012/2013. Cajazeiras-PB, Brasil. Email: renan.dehon@gmail.com

ⁱⁱⁱ Enfermeira, Doutora, líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE), Diretora do Centro CIPE® da pós-graduação em enfermagem da UFPB, Docente Associado IV da UFPB, João Pessoa-PB, Brasil. Email: mirian@ccs.ufpb.br

^{iv} Fisioterapeuta. Pós-doutor, Professor da Faculdade de Medicina do ABC. Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica, Faculdade de Medicina do ABC. Santo André, SP. Email: cdh.fsp@gmail.com



Trabalho 182

PROCESSO DE ENFERMAGEM: ELABORANDO UM CONCEITO BASEADO NA PRÁTICA PROFISSIONAL

SUELY LOPES DE AZEVEDO¹ ISAURA SETENTA PORTO²

Introdução: Projeto de pesquisa, cujo objeto de estudo é o Processo de Enfermagem (PE) em cenário hospitalar. Várias pesquisas apontam para a importância de rever os significados que, ao longo dos últimos anos, foram atribuídos ao PE na prática profissional para se compreender / criar novos significados para o PE. A carência de estudos sobre o tema no aspecto conceitual aponta para a necessidade de pesquisa sob esta perceptiva. **Objetivos:** Elaborar o conceito preliminar PE em cenários hospitalares, a partir de base literária da Enfermagem e analisar as implicações deste conceito em cenários hospitalares como elemento essencial do cuidado de enfermagem hospitalar. **Descrição Metodológica:** Estudo descritivo, tipo revisão bibliográfica lexical, das produções nacionais sobre o tema (artigos, livros, dissertações e teses), com busca eletrônica e manual de produções. A amostra será composta por produções com os seguintes critérios de inclusão: textos completos e disponíveis em língua portuguesa; recorte temporal: 2000 a 2012. A coleta de dados está sendo realizada através da operacionalização de três estratégias sugeridas pela análise de conceito (Walker e Avant, 2005)¹ e utilização do programa Alceste. **Resultados:** Inicialmente foram avaliados 32 artigos, sendo englobados em quatro categorias: 1) Sistematização da Assistência de Enfermagem / PE: facilidades e dificuldades; 2) Aspectos ético-legais; 3) Processo de trabalho; e, 4) Teoria e prática. **Conclusão:** As primeiras categorias apontaram para o fato de que ainda são elaboradas definições sobre o PE conflituosas e/ou inarticuladas e sobre suas implicações para a construção do saber da Enfermagem. **Contribuição:** A construção e compreensão do conceito PE possibilitará a enfermeira empregar e/ou refinar sua apropriação sobre este conhecimento, de modo a facilitar sua operacionalização na prática. **Referência:** ¹WALKER, L. O; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in Nursing**. 4.^a ed. New Jersey (USA): Pearson - Prentice Hall, 2005.

Descritores: Processos de Enfermagem. Assistência hospitalar. Formação de conceito.

Área temática: Fundamentos Teórico-Filosóficos do Cuidar em Saúde e Enfermagem

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Professora Adjunta do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa / Universidade Federal Fluminense. E-mail: sulazrj@gmail.com

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico - Cirúrgica da EEAN/UFRJ. Pesquisadora do CNPq



Trabalho 183

APROXIMAÇÃO DAS TEORIAS DE DOROTHEA OREM E CALLISTA ROY NO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM NEURORREABILITAÇÃO

Denismar Borges de Miranda¹, Alexandra Medeiros Navegantes Fuly², Janice Mayara Holanda Cunha², Jaqueline Silva Santana³; Tânia Mara N. de Miranda Engler⁴

Introdução: ao longo dos anos o empirismo cedeu espaço a uma prática de cuidado fundamentada cientificamente. Em busca de respostas que sustentassem a práxis enfermagem, alguns pensadores voltaram seus olhares para uma assistência em enfermagem respaldada na ciência filosófica, criando as teorias de enfermagem como norteadoras do seu trabalho. Estas constituem ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem estimulando o pensamento crítico e a tomada de decisão. O cuidado em neurorreabilitação exige do enfermeiro um olhar holístico na perspectiva de garantir a integralidade da assistência. Neste sentido, percebeu-se a necessidade de justificar a prática de enfermagem em neurorreabilitação a um modelo teórico conceitual. Objetivo: estabelecer uma aproximação teórica para o cuidado de enfermagem ao paciente em neurorreabilitação. Descrição metodológica: trata-se de um estudo teórico, descritivo, sobre a aproximação filosófica das teorias de enfermagem com o cuidado à pacientes em neurorreabilitação. Na primeira etapa realizou-se uma descrição das diretrizes do programa e o papel do enfermeiro reabilitador dentro de um modelo de assistência interdisciplinar. Na segunda etapa, estudou-se as principais teorias de enfermagem, seus pressupostos e limitações. Resultados: elegeram-se as teorias da adaptação de Callista Roy e do autocuidado de Dorothea Orem como marco filosófico para assistência de enfermagem aos pacientes em processo de neurorreabilitação. A primeira teoria promove uma adaptação do homem em situação de saúde e doença, ressalta a

¹Mestre. Enfermeiro do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil. E-mail: denismarmiranda@hotmail.com.

²Enfermeira do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil.

³Enfermeira do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil.

⁴Doutoranda. Enfermeira do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil.



Trabalho 183

saúde do indivíduo, buscando respostas adaptativas as diferentes situações apresentadas. Já a segunda, em uma visão ampliada, empodera o indivíduo como agente do seu próprio cuidado. Desta forma, as duas teorias integram/complementam a visão do cuidado integrado e interdisciplinar direcionado a pessoas com sequelas neurológicas. Conclusões: as teorias de OREN e ROY constituíram marcos referenciais no cuidado em neuroreabilitação por sustentarem uma assistência integral direcionado ao sujeito.

Palavras chaves: enfermagem em reabilitação; teorias de enfermagem; modelos de enfermagem

Eixo temático: 3 – Pesquisa em Enfermagem

Referências

1. Vall J, Lemos KIL, Janebro ASI. Processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. *Cogitare enfermagem* 2005; 10(3): 63-70.
2. Leitão GCM, Linard AG, Rodrigues DP. Conceitos de enfermagem segundo Roy, Orem e Watson. *Acta Paul Enf* 2000; 13(3): 76-80.
3. Barroso LMM, Brito DMS, Galvão MTG, Lopes MVO. Utilidade da teoria de autocuidado na assistência ao portador do vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida. *Acta Paul Enf* 2010; 12(4): 562-7.
4. Lima AFC, Kurcgant P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no hospital universitário da universidade de São Paulo. *Rev Esc Enf USP* 2006; 40 (1): 111-6.



Trabalho 184

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO CIPE® EM CRIANÇA COM DISFAGIA EM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO INFANTIL
Kelly Patricia Cassiano Meneses¹, Jaqueline Martins Dorneles², Isabel Cristina Correia Pereira², Juliana Maria Vieira de Santiago², Polyanne Aparecida³

A disfagia é um sintoma de uma patologia de base, com prejuízo em uma ou mais etapas do processo de deglutição, gerando um comprometimento da nutrição, hidratação, proteção pulmonar e prazer alimentar¹. O papel da equipe de enfermagem no cuidado de pacientes com disfagia é de identificar, avaliar, planejar, implementar, e impedir as complicações relacionadas à mesma. A Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro que norteia as atividades de toda a equipe de enfermagem na organização e execução do processo de enfermagem². A etapa de diagnósticos de enfermagem utilizando uma terminologia padronizada permite uma linguagem científica unificada. Nesse sentido, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) permite ao enfermeiro identificar diagnósticos de enfermagem através de fenômenos de enfermagem, e proporciona a elaboração de diagnósticos de enfermagem de forma padronizada em qualquer parte do mundo³. Este estudo teve como objetivo levantar os principais diagnósticos de enfermagem segundo CIPE® em crianças com disfagia. Trata-se de um estudo exploratório descritivo em que serão entrevistados enfermeiros(as) que trabalham em uma rede de reabilitação, e que atuam nas áreas de ensino, pesquisa, e assistência especificamente de pacientes com disfagia. A abordagem com esses profissionais acontecerá no mês de Abril de 2013. Essa abordagem consiste em solicitarmos que eles avaliem um caso de uma paciente que possui paralisia cerebral e disfagia, e a partir da análise desse caso traçam os principais diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE®. Após as abordagens faremos um levantamento identificando os principais diagnósticos de enfermagem que foram traçados para o caso em questão. A ação sistematizada de enfermagem direcionada ao cuidado do paciente com disfagia nos permite uma ação futura no que diz respeito a manutenção e promoção da qualidade de vida da criança e sua família.

Descritores: diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência ao paciente; transtornos de deglutição

EIXO 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Referências:

1. Rosado CV et al, Avaliação da disfagia em Pacientes pediátricos com traumatismo cranioencefalico. Rev cefac, sao paulo, v.7, n.1, de 34-41, janeiro e março 2005.
2. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc. Anna Nery. 2009;13(1):188-93.
3. Castro H. Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®. Guidelines for ICNP ® Catalogue Development. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Junho, 2009. [Acesso em : 16/04/2013]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

1 Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil. E-mail: 8954@sarah.com. Telefone: (61) 81629546. 2. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. 3. Mestre em Gerenciamento e Administração em Enfermagem pela EEUSP. Enfermeira do Programa de Ortopedia e Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação



Trabalho 185

CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE REGISTROS DE ENFERMAGEM INFORMATIZADOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SOB PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Aline Tsuma Gaedke Nomura¹, Miriam de Abreu Almeida², Maria do Carmo Rocha Laurent³, Giovana Flores⁴

Introdução: De acordo com a Joint Commission International (JCI), a Acreditação Hospitalar determina que cada instituição tenha um processo sistematizado para avaliar conteúdo e completude dos registros¹. Assim, o acompanhamento da qualidade de registros de enfermagem deve ser empregado como instrumento de medida, passível de mensuração². Esta indicação vem ao encontro de meta da Enfermagem do hospital campo deste estudo.

Objetivo: Construção de um instrumento para avaliação da qualidade dos registros de enfermagem informatizados de um hospital público universitário em processo de Acreditação Hospitalar. **Método:** Pesquisa metodológica, qualitativa. Para coleta das informações utilizou-se técnica de grupo focal³, composto por seis enfermeiras assistenciais e integrantes da Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) dessa instituição. Após, o instrumento foi aprimorado fazendo uso da mesma técnica, também com seis enfermeiras da COPE, e refinado a partir da avaliação de duas especialistas, sendo uma integrante da COPE e outra do Serviço de Educação em Enfermagem da instituição. **Resultado:** O instrumento foi estruturado para avaliação dos seguintes registros de enfermagem: *Anamnese/Exame Físico, Evolução de Enfermagem e Prescrição de Enfermagem*. Os critérios para avaliação desses documentos foram elaborados considerando-se itens essenciais pela JCI¹, pontuados como conforme, parcialmente conforme e não conforme. **Conclusão:** Esse instrumento poderá auxiliar as instituições que utilizam registros informatizados a estabelecer uma sistematização e avaliar padrões recomendados pela JCI, a fim de aperfeiçoar a qualidade do trabalho em saúde, tendo como balizador a Acreditação Hospitalar.

Descritores: Processos de Enfermagem. Avaliação. Registros de enfermagem.

Eixo 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM

¹ Acreditação da Joint Commission International para Hospitais: guia do processo de avaliação.4.ed.Joint Commission International,2010.

² Marquis BL, Huston CJ. Administração e Liderança em Enfermagem.4.ed.Porto Alegre:Artmed,2005.557p.

³ Iervolino SA, Pelicioni MSF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev Escola de Enferm USP.2001;35(2):115-21.

¹ Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). alinenomura@hotmail.com

² Enfermeira, Doutora em Educação, Professora Associada Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação da UFRGS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

³ Enfermeira, Assessora de Operações Assistenciais do HCPA.

⁴ Enfermeira, Coordenadora do PFE (Educação de Pacientes e Familiares) do HCPA.



Trabalho 186

ATITUDES DE ENFERMEIROS FRENTE AOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Bruna Moser Torres¹, Aline Tsuma Gaedke Nomura², Miriam de Abreu Almeida³

Introdução: O instrumento “Posições frente ao Diagnóstico de Enfermagem” (PDE) foi traduzido e validado para o português do Brasil e avalia, por meio de uma escala de diferencial semântico com 20 duplas de adjetivos antagônicos, as atitudes de enfermeiros frente aos Diagnósticos de Enfermagem (DE)¹. O enfermeiro seleciona o ponto entre as duplas que melhor descreve sua visão do DE. **Objetivo:** Verificar a atitude de enfermeiros frente aos DE. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa, transversal, descritiva², realizada em um hospital universitário do sul do Brasil. Para cálculo amostral, foi considerado desvio padrão 1,8, diferença de 0,3 e intervalo de confiança 95%. Utilizou-se o programa SPSS 18.0, teste de Pearson, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para análise dos dados. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. **Resultados:** Dos 172 pesquisados, 91,9% são mulheres e 42,4% têm entre 30 e 39 anos. O maior envolvimento dos entrevistados com DE é na prática clínica, e apenas 63,95% participam de pesquisas dessa temática. Não houve correlação significativa entre escore total do PDE e variáveis sexo e idade. Evidenciou-se que os formados há menos tempo são mais favoráveis aos DE. O item que obteve menor média (3,94) foi a dupla de adjetivos *Rotineiro e Criativo*; o item de maior média (6,03) foi *Sem importância e Importante*, demonstrando reconhecimento da importância do DE na profissão. **Implicações para Enfermagem:** Os resultados desta investigação podem contribuir para capacitações, fortalecendo a etapa do DE no Processo de Enfermagem.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem. Pesquisa em Enfermagem. Processos de Enfermagem.

Eixo 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM

¹ Cruz DALM, Hayashi AAM, Oliva APV, Corrêa CG. Adaptação e validação do instrumento "Positions on nursing diagnosis" para a língua portuguesa. Rev. bras. enferm. 2006 Apr; 59(2): 163-167.

² Polit DF; Beck CT; Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, avaliação e utilização. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011. 268p.

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

² Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). alinenomura@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Educação, Professora Associada Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação da UFRGS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).



Trabalho 187

AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DE NUTRIÇÃO EQUILIBRADA EM UM IDOSO CEGO: ESTUDO DE CASO

Andressa Kaline Ferreira Araújo¹; Ana Paula Andrade Ramos²; Ellen Thais Graiff de Sousa³; Aleksandro Silva Coura⁴; Inacia Sátiro Xavier de França⁵

INTRODUÇÃO: O processo de envelhecimento nos países em desenvolvimento, como o Brasil, vem acontecendo de forma acelerada. O convívio com pessoas idosas no domicílio, instituições ou em serviços de saúde é cada vez mais comum.¹ No tocante à cegueira, esta pode ser definida como acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.² Segundo o IBGE, no Brasil, em 2000, 14,3% da população brasileira referiram alguma deficiência de maneira geral. Em 2010, esse número sobiu para 23,9% de brasileiros que possuem pelo menos uma deficiência. Do total de pessoas com deficiência identificadas em 2010 pelo IBGE, 48% apresentam deficiência visual, sendo, portanto, uma das mais incidentes no país.² O impacto da deficiência visual sobre o desenvolvimento individual e psicológico varia muito entre os indivíduos. Em uma pessoa com a visão prejudicada, sobretudo idosa, sua independência e capacidade de prover para si alguns cuidados em relação a trabalho, estilo de vida, segurança e qualidade de vida podem estar comprometidos, pois o déficit visual dificulta a realização de atividades funcionais.³ De acordo com Orem, os cuidados pessoais que cada indivíduo necessita diariamente para o seu próprio desenvolvimento denomina-se autocuidado.⁴ **OBJETIVO:** Traçar ações de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem Nutrição Desequilibrada: menos que as necessidades corporais, baseado na taxonomia da NANDA-I a partir da Teoria do Autocuidado, com uma pessoa idosa cega. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de um estudo de caso realizado com um idoso cego. Este estudo refere-se a um recorte de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, que foi realizado entre os meses de maio e junho de 2011. A pesquisa foi realizada no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste (IEACN) no município de Campina Grande/PB, Brasil. O IEACN foi criado em 14/05/1969 e reconhecido de utilidade pública, em nível Federal, pelo processo nº 235/70; e, em nível Estadual, pela lei nº 3747 de 30 de abril de 1974. A coleta de dados foi realizada em encontro previamente agendado com o participante da pesquisa. Foi utilizada como instrumento de coleta de dados a Escala de Katz, a qual possibilita verificar a capacidade funcional das pessoas para Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's), envolvendo seis funções: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ser continente e alimentar-se. A classificação é feita de acordo com os diferentes graus de independência funcional para cada função, variando de 0 (independente em todas as seis funções) a 6 (dependente em todas as seis funções). O instrumento foi aplicado pela pesquisadora de forma oral, sendo lidos todos os itens do instrumento para cada participante, repetindo a exposição oral dos itens solicitados pelos sujeitos da pesquisa. Depois da leitura, foi assinalado o item correspondente à resposta do sujeito. Foram seguidas as recomendações éticas para pesquisas com seres humanos - Protocolo CAAE nº 0143.0.133.000-11 – CEP/UEPB. **RESULTADOS:** A partir do estudo com o sujeito desta pesquisa, idoso – 63 anos -, quando da mensuração da sua capacidade funcional - Índice de Katz 1 (independente

1. Enfermeira. Mestranda. Universidade Estadual da Paraíba.
2. Enfermeira. Cientista Social. Mestranda. Universidade Estadual do Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba.
3. Enfermeira. Mestranda. UEPB. E_mail: thaisgraiff@hotmail.com
4. Enfermeiro. Doutor. Professor Doutor nível A. Universidade Estadual da Paraíba.
5. Enfermeira. Doutora. Professor Doutor nível C. Universidade Estadual da Paraíba.



Trabalho 187

em 5 funções e dependente em 1 função) - verificou-se dependência na ABVD alimentação. O participante da pesquisa referiu que, por necessitar de ajuda para alimentar-se, apresenta ingestão inadequada de alimentos. Nesse sentido, foi identificado o diagnóstico de Enfermagem Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, de acordo com a taxonomia da NANDA-I. A partir da Teoria do Autocuidado, a qual preza pela promoção da independência funcional dos sujeitos durante o maior intervalo de tempo possível, foram traçadas as seguintes ações de enfermagem para promover melhor nutrição ao participante desta pesquisa: a refeição deverá ser oferecida de forma simples e tranquila, respeitando seus alimentos preferíveis; um prato deve ser oferecido por vez; o alimento deverá ser cortado em pequenos pedaços para evitar o engasgo e sufocação, além de facilitar a ingestão, considerando também a limitação visual que o sujeito apresenta; pode-se, ainda, oferecer colher ou sugerir alimentar-se com os dedos, a fim de promover a manutenção da dignidade e autonomia do sujeito; caso o déficit tenha uma progressão, recomenda-se a supervisão do sujeito no momento da alimentação e/ou alimentá-lo. O participante da pesquisa referiu morar com um irmão, logo, devem ser repassadas todas essas orientações a este ente familiar, a fim de uma melhor promoção de nutrição equilibrada para o sujeito deste estudo, haja vista que a responsabilidade por promoção em saúde é compartilhada entre indivíduos, comunidade e serviços de saúde.⁵ **CONCLUSÕES:** Evidencia-se o desenvolvimento do processo de enfermagem segundo a Teoria de Orem, a qual determina que sejam realizados levantamento de dados para formulação de diagnóstico, planejamento de ações que visem ao autocuidado do sujeito e implementação dessas ações, as quais promovem melhores condições de saúde e de vida ao sujeito. Foi identificado um déficit nutricional e a necessidade de intervenção de práticas de saúde que permitam ao sujeito condições adequadas no padrão alimentar, no autocuidado e qualidade de vida. Identificou-se ainda a necessidade de implementação, a partir do diagnóstico estabelecido, de estratégias de educação em saúde, porém, este último aspecto reflete-se como limitação neste estudo, tendo em vista a não realização dessas ações. **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A enfermagem ocupa um lugar de destaque entre as profissões no processo de autocuidado devido ao seu principal foco na continuidade da busca pela qualidade de cuidado em um dado momento na vida do indivíduo. Os enfermeiros devem atuar em um processo contínuo, caracterizado pela sistematização no ensino do autocuidado o qual ajudará o sujeito no aprender a viver. Esta importante área demanda, ainda, esforços para melhor compreender o estado de velhice, bem como as limitações impostas por deficiência; e, as implicações decorrentes desta na vida do indivíduo idoso, quer seja do ponto de vista social quer das demandas de saúde apresentadas por estes sujeitos.

DESCRITORES: Idoso. Pessoas com Deficiência. Cuidados de Enfermagem.

Eixo III: Pesquisa em Enfermagem

REFERÊNCIAS

1. Enfermeira. Mestranda. Universidade Estadual da Paraíba.
2. Enfermeira. Cientista Social. Mestranda. Universidade Estadual do Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba.
3. Enfermeira. Mestranda. UEPB. E_mail: thaisgraiff@hotmail.com
4. Enfermeiro. Doutor. Professor Doutor nível A. Universidade Estadual da Paraíba.
5. Enfermeira. Doutora. Professor Doutor nível C. Universidade Estadual da Paraíba.



Trabalho 187

1. Medeiros KKAS, Costa GMC, Coura AS, Celino SDM, Araújo AKF. Associações entre o Qualis/Capes e Aspectos Bibliométricos da Produção Científica da Enfermagem Gerontogeriatrica. Rev. Rene. 2012; 13(4):958-68.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
3. Ramos APA. Avaliação da capacidade de autocuidado em pessoas cegas [Trabalho de Conclusão de Curso]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2011.
4. Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería em la Práctica. 4. ed. Barcelona: Masson/Salvat; 1993.
5. Santos ZMSA, Martins JO, Frota NM, Caetano JA, Moreira RAN, Barroset LM. Autocuidado universal praticado por idosos em uma instituição de longa permanência. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2012; 15(4):747-54.

-
1. Enfermeira. Mestranda. Universidade Estadual da Paraíba.
 2. Enfermeira. Cientista Social. Mestranda. Universidade Estadual do Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba.
 3. Enfermeira. Mestranda. UEPB. E_mail: thaisgraiff@hotmail.com
 4. Enfermeiro. Doutor. Professor Doutor nível A. Universidade Estadual da Paraíba.
 5. Enfermeira. Doutora. Professor Doutor nível C. Universidade Estadual da Paraíba.



Trabalho 188

LIMPEZA DE UMA BASE DE DADOS DE EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A CONSTRUÇÃO DE UM BANCO DE TERMOS DA LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM

DENILSEN CARVALHO GOMES¹; LUIZ EDUARDO PLEIS²; MARCIA REGINA CUBAS³; MARCOS AUGUSTO HOCHULI SHMEIL⁴; KAREN ESTEVAM⁵.

Introdução: Um dos problemas que a profissão Enfermagem encontra em sua prática profissional é a incipiente visibilidade dos resultados de seu cuidado, que deveriam ser, entre outras origens, provenientes do processamento sistemático de dados próprios da Enfermagem em sistemas de informação em saúde. As Evoluções de Enfermagem são fundamentais para expressar a assistência prestada ao paciente, em conjunto com os registros dos demais integrantes da equipe de saúde, possibilitam o direcionamento terapêutico e o planejamento de ações, fornecendo uma assistência qualificada e integral ao paciente ⁽¹⁾. Nelas estão contidos termos utilizados pela Enfermagem que representam sua linguagem especial e mesmo incluídas em Prontuário Eletrônico de Paciente (PEP) as Evoluções de Enfermagem não se encontram escritas de modo padronizado, desta forma contém elementos que dificultam o processamento e a recuperação de informações. Nesta ótica, atenção deve ser oferecida a exatidão da documentação de Enfermagem, cuja variedade de práticas e falhas de registro tem efeitos na prática da profissão, nos resultados dos pacientes e na avaliação de qualidade do cuidado ⁽²⁾. Ao registrar uma Evolução de Enfermagem em prontuário eletrônico, há presença de informações que identificam membros da equipe de saúde, bem como o responsável pelo registro. Estes dados, quando utilizados para fins de pesquisa, devem ser removidos da base de modo a preservar anonimato e diminuir o quantitativo de informações a serem processadas. **Objetivos:** Apresentar o método utilizado para limpeza de uma base de dados constituída pelas Evoluções de Enfermagem de um Hospital Universitário, como fase inicial da construção de um banco de termos de linguagem especial de Enfermagem; e discutir os resultados deste processo. **Método:** O universo de pesquisa constituiu-se em 148.299 Evoluções de Enfermagem do período de 2010 a 2012, presentes em PEP de um Hospital Universitário de Curitiba - Paraná, que foram disponibilizadas em planilha Excel[®], com as seguintes variáveis: número da ocorrência; tipo de evolução; descrição da Evolução de Enfermagem; data da internação; data da alta; data da evolução; Classificação Internacional de Doenças (CID);

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Bolsista da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Bolsa Marcelino Champagnat). E-mail: deni_cgomes@yahoo.com.br

2 Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Bolsista CAPES. E-mail: eduardopleis@yahoo.com.br

3 Professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. E-mail: m.cubas@pucpr.br

4 Professor da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde. Doutor em Engenharia Eletrotécnica e de Computadores pela Universidade do Porto. E-mail: shm@ppgia.pucpr.br

5 Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2012-2013). E-mail: kaestevam@hotmail.com



Trabalho 188

descrição do CID e motivo do atendimento. A limpeza iniciou com a eliminação de evoluções duplicadas; seguida da exclusão de aspectos que identificassem membros da equipe de saúde responsáveis pela informação. Para eliminar as duplicações utilizou-se do recurso “remover duplicatas” do *software* Excel®, foram consideradas duplicadas as ocorrências onde as nove variáveis se repetiam em outra ocorrência. A exclusão de identificações de profissionais se deu em dois momentos, inicialmente, foram selecionadas palavras chaves “enf”, com a finalidade de identificar células que continham identificações de membros da equipe de Enfermagem; “dr.”, com o objetivo de localizar identificações de médicos; “fisio”, “fono”, “assistente social” e “prof” para localizar identificações de fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e professores, respectivamente. Após, utilizou-se o recurso “formatação condicional” do *software* Excel®, formatar personalizado – texto que contém; a partir deste processo foram destacadas as células que continham as palavras chaves selecionadas, pois estas, possivelmente precediam identificações de profissionais. Após este processo, notou-se que alguns nomes de médicos permaneciam nas evoluções, isto se deve ao fato de que os profissionais ao realizarem os registros não citam os nomes de médicos sempre antecedidos da abreviação “dr.”; desta maneira, em um segundo momento, foram relacionados os nomes de médicos que apareciam na planilha e utilizado o recurso “Substituir” para que o nome do profissional fosse substituído apenas pelo termo “médico”, como exemplo, “dr João” foi substituído por “médico”. Resultados: No primeiro processo foram excluídos 32.539 células (21,94% das células), o que leva a discussão de que base de dados secundárias, no momento de seu processamento, podem gerar células duplicadas, o que resultará em levantamento de dados equivocados. Após a realização desta etapa, o objeto de investigação da pesquisa passou a ser composto por 115.760 Evoluções de Enfermagem. Embora o campo de Evolução de Enfermagem seja predominantemente preenchido pela equipe de Enfermagem, por vezes há identificação de profissionais de outras profissões, isso foi verificado em 16.825 Evoluções de Enfermagem (14,53% das células). Nomes de diferentes profissionais estavam presentes em 90.483 células (78,16% das células), cujas identificações foram removidas. É válido ressaltar que houve dificuldade ao selecionar a abreviação “dr” como palavra chave pelo fato de que deste modo se destacaram, também, as células onde continham palavras compostas pela associação das letras “d” e “r”, tais como, as palavras “hidratação”, “adrenalina”, “drenagem”, “drogas”, entre outras. Discute-se que há um universo de 25.277 Evoluções de Enfermagem (21,83% do total) em que não há indicativo de responsável pelo registro. Embora o acesso ao PEP ocorra por meio de entrada no sistema com nome do usuário e senha, é imprescindível que o registro da equipe de saúde seja finalizado com a identificação do responsável, considerando que caso isso não ocorra, profissionais poderão ser responsabilizados legalmente por registros indevidos realizados por outros membros da equipe de saúde. Em específico na Enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem, através do Código de Ética afirma que, quando em atividade profissional, os membros da equipe de Enfermagem devem registrar o número e a categoria de inscrição profissional associado à assinatura⁽³⁾. Conclusão: O método utilizado facilitou a limpeza da base de dados e poderá ser reproduzido em outras pesquisas. Após a limpeza, a base de dados será objeto de investigação para extração de termos simples e compostos, com a finalidade de verificar possíveis elaborações de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem, contribuindo para a construção de um banco de termos de linguagem especial de Enfermagem.

Descritores: Registros de Enfermagem; Informática em Enfermagem; Enfermagem.

Eixo 3: Pesquisa em Enfermagem.



Trabalho 188

Referências

1. Nóbrega MML, Garcia TR, Medeiros ACT, Souza GLL. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem de um Hospital Escola. Rev. Rene [periódico na Internet]. 2010 [citado 2013 Mai 5]; 11(01): 28-37. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_pdf/a03v11n1.pdf>.
2. Sperandio DJ, Évora YDM. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2005 Dez [citado 2012 Jun 02]; 13(6): 937-943. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600004&lng=pt.
3. Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. Legislação básica para o exercício profissional da enfermagem: Código de ética dos profissionais de enfermagem – Resolução COFEN 311/2007. Curitiba: CORENPR, 2010. 72 p.



Trabalho 189

REGISTROS DE ENFERMAGEM: IMPORTÂNCIA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO E PRÁTICAS SEGURAS

Viviane Euzébia Pereira Santos¹, Theo Duarte da Costa², Péta Tuani Candido de Oliveira Salvador³, Claudia Cristiane Filgueira Martins⁴, Adriana Gonçalves de Barros⁵

Introdução: A assistência de enfermagem está sofrendo mudanças para melhoria dos serviços de saúde, impulsionadas pela implantação e execução de práticas mais seguras, como a Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE). Com isso, o enfermeiro pode melhorar suas intervenções e cuidados ao paciente, proporcionando um atendimento mais humanizado e organizado, isto é, com mais qualidade para o doente e sua família. Os registros de enfermagem são um dos meios pelo qual a equipe de enfermagem pode garantir uma qualidade da assistência, possibilitando a prevenção de eventos adversos e até mesmo sindicâncias e perícias, podendo amparar juridicamente o profissional como também a instituição.¹ Dessa forma, os registros de enfermagem possibilitam não somente a efetividade do processo de comunicação, como também a avaliação da assistência de enfermagem.² Desta forma, surge a questão norteadora: como a enfermagem está realizando seus registros no cotidiano da unidade de terapia intensiva? **Objetivo:** Analisar os registros de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Descrição Metodológica:** Pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratório, desenvolvida em uma unidade de terapia intensiva privada no Rio Grande do Norte, Brasil. A coleta de dados aconteceu no período de maio a junho de 2011, após a aprovação do Comitê de Ética da UFRN, com o parecer nº 021/2011, CAAE 6580.0.000.051-10, sendo realizada através das observações das anotações realizadas nos prontuários pelos profissionais de Enfermagem, a partir de um *check list* previamente estipulado. A análise foi baseada na observação dos registros de enfermagem e teve como ênfase observar o que é descrito nesses registros, bem como sua coerência com os referenciais pertinentes que descrevem os passos de um registro coerente e fidedigno. Nesses, procurou-se identificar as ações que remetem ao processo de cuidar e a forma como são relatados. Para tanto, focalizou-se a análise na observação da clareza, da objetividade e da precisão das anotações, bem como o preenchimento completo dos dados do paciente. Durante essa avaliação, observou-se também a existência do processo de enfermagem (PE) como base para um planejamento assistencial. **Resultados:** As anotações feitas durante o período atuante de cada equipe retratam escritas como o recebimento de cada paciente após o início do plantão, considerando seu estado geral a partir de um olhar pouco sólido, levando-se em conta apenas

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e Pós Graduação em Enfermagem e Vice-líder do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Associada efetiva da ABEN-SC. E-mail: vivianeepsantos@gmail.com

² Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRN. Enfermeiro do Estado do Rio Grande do Norte. Membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem. E-mail: theodcj@hotmail.com

³ Mestranda do PPGENF-UFRN. Professora Substituta da Escola de Enfermagem de Natal e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Associada efetiva da ABEN-SC. E-mail: petalatuani@hotmail.com

⁴ Mestre em Enfermagem. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora do Curso de Enfermagem da FGACEX. E-mail: claudiacrisfm@hotmail.com

⁵ Mestranda do PPGENF-UFRN. Membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: adrianna_agb@hotmail.com



Trabalho 189

o que é captado com os olhos no momento de aproximação do profissional, como um objeto a ser entregue e protocolado. As demais informações adicionadas restringem-se a alterações do padrão biológico e a visitas de profissionais de outras especialidades médicas. As informações constantes nos registros detêm a superficialidade do olhar da enfermagem. As admissões apresentam informações sobre local de origem, queixa atual, história progressiva, hábitos de ingestão de álcool e drogas e sinais apresentados na inspeção, não contemplando outros aspectos importantes do exame físico ou aspectos subjetivos do paciente. Nos registros da enfermagem, não se consegue perceber um desenho norteador para o direcionamento da prática. As etapas do PE – Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação, descritas na resolução COFEN nº 358/2009 e necessárias à efetivação da SAE – não se apresentam na realidade dessa unidade, em sua completude, sendo às vezes inexistentes. A primeira fase do PE, coleta de dados, não acontece com o auxílio de métodos/ímpressos específicos, porém é feita a partir dos conhecimentos de cada enfermeiro atuante, resultando em múltiplas interpretações e dados variados, o que leva a registros de enfermagem diferenciados, sem um padrão específico, dificultando a comunicação e a continuidade da assistência. Após essa fase de coleta de dados, que pode ser caracterizada como incipiente, as demais fases do PE são negligenciadas no que concerne ao seu devido registro documental. Assim como na resolução 358/09 do COFEN,³ as ações de Enfermagem prescritas devem partir dos diagnósticos de enfermagem traçados a partir da interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, culminando com a tomada de decisão baseada nos achados e transformadas em diagnósticos de enfermagem, que não são contemplados nos registros, ou mesmo não fazem parte da comunicação entre profissionais. **Conclusões:** A análise dos registros de enfermagem mostrou uma prática incipiente e destoante dos preceitos éticos e legais da resolução 358/2009 do COFEN, e das evidências de práticas seguras, demonstrando uma documentação falha que não permite uma continuidade da assistência e que leva a práticas propícias à insegurança dos erros e eventos adversos, por não oferecer subsídios para comunicação entre os profissionais bem como aplicação do Processo de Enfermagem. Esta comunicação falha interfere diretamente nas condições seguras de cuidado, uma vez que a falta de informações coerentes resulta em dúvidas e imprecisões práticas, refletindo diretamente nas condições de integridade do paciente. **Implicações para a Enfermagem:** Tendo em vista os resultados obtidos na pesquisa, fica evidente que a equipe de enfermagem da instituição pesquisada necessita de intervenções que venham a propor uma melhoria na eficiência, eficácia e efetividade da assistência, com base em uma educação continuada e permanente que vise preparar estes profissionais para atuarem com vistas na segurança do paciente.

Referências

1. Franco MTG, Akemi EN, D'Inocento M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. Acta Paul Enferm. 2012;25(2):163-70.
2. Vasconcelos MM, Gribel EB, Morais IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2008;24(Supl 1):S173-82.
3. Brasil, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358 de 15 de outubro de 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. Brasília-DF



Trabalho 189

Descritores: Registros de enfermagem; processos de enfermagem; unidade de terapia intensiva.

Área temática: Pesquisa em Enfermagem



Trabalho 190

1

CONSTRUÇÃO DE CATÁLOGO CIPE®: ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 0 A 3 ANOS

¹Soraia M.Marques Buchhorn e ²Maria de La Ó Ramallo Veríssimo

INTRODUÇÃO

Considera-se de importância fundamental o desenvolvimento e a utilização de uma terminologia para descrever e documentar a prática da enfermagem, o que contribui para se testar conhecimentos específicos da enfermagem e só então melhor consolidá-los como científicos, trazendo uma melhor qualidade de vida às crianças e aumentando a visibilidade das ações de enfermagem no âmbito da saúde infantil. O catálogo CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) por sua vez, é um subconjunto de termos utilizados numa determinada área, são termos específicos para diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Tal padronização não substitui a acurácia e o julgamento clínico dos enfermeiros, mas os auxilia no processo de atendimento e registro. A justificativa para se construir um catálogo voltado para o acompanhamento do desenvolvimento está amparada na tentativa de otimizar a prática do enfermeiro na rede básica de saúde. A utilização de ferramentas que auxiliam ao profissional a realizar assistência de qualidade, com otimização de recursos e sobretudo, atrelada às necessidades das crianças. **OBJETIVO:** construir um subconjunto de termos (catálogo CIPE®) para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos na rede básica de saúde. **MÉTODO:** O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) propõe dez etapas consecutivas, com diretrizes sucintas sobre cada parte do trabalho a ser desenvolvido. ¹Etapa 1: identificar a categoria do cliente e a prioridade de saúde. Para este estudo, a categoria do cliente é a criança de 0 a 3 anos de idade e a prioridade

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente III da Escola de Enfermagem Universidade Federal de Alfenas
E-mail:soraiaamm@terra.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno- Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo



Trabalho 190

2

de saúde é o acompanhamento do desenvolvimento. Etapa 2: documentar a importância da prioridade de saúde contemplada pelo catálogo para a enfermagem. A revisão da literatura nas bases de busca recomendadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de nível superior (CAPES) pertinentes à área de estudo, bem como demais publicações bibliográficas nos últimos cinco anos, foi realizada a partir da pergunta: porque se deve realizar o acompanhamento do desenvolvimento infantil da criança de 0 a 3 anos na consulta de enfermagem? Etapa 3: entrar em contato com o CIE para determinar se outros grupos trabalham com a prioridade de saúde e estabelecer relações entre eles. Foi efetuado o registro projeto na página *online* do CIE e estão sendo verificados os passos para articulação com outros pesquisadores do Brasil e de Portugal. Etapa 4: utilizar o modelo da CIPE® de 7 eixos para as afirmações de diagnóstico, intervenções e resultados. Todos os termos estão sendo organizados no formato de 7 eixos da CIPE® na sua versão 2.0, atualizada e revisada em Janeiro de 2013 por estudiosos brasileiros da área. O catálogo será elaborado tendo como referencial a ficha de vigilância do desenvolvimento da criança que compõe a caderneta de saúde da criança e a CIPE® versão 2.0 atualizada.⁵ Etapa 5: identificar provas e publicações pertinentes aos diagnósticos e intervenções de enfermagem. Serão utilizadas preferencialmente publicações que já sistematizaram evidências sobre intervenções de promoção do desenvolvimento infantil. Etapa 6: desenvolver conteúdo de apoio. Será elaborado um documento orientador para utilização do catálogo CIPE® para acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade. Etapa 7: verificar e validar as afirmações do catálogo com enfermeiras especialistas na prioridade de saúde selecionada, e Etapa 8: adicionar, retirar e revisar as afirmações do catálogo se necessário. As informações a serem validadas serão obtidas na literatura por meio de mapeamento cruzado com a CIPE® versão 2.0. Por se tratar de uma etapa de validação, foi proposto o uso da coleta de dados por meio de auto-relatos estruturados, coletados por meio de um instrumento



Trabalho 190

3

do tipo questionário, no qual o participante deve responder seu grau de concordância, utilizando uma escala de Likert. Utilizou-se a plataforma *Survey Monkey* para hospedar o questionário virtual. O instrumento foi submetido a um teste piloto (pré-teste) para sua avaliação e aprimoramento. Para a validação, os graus de concordância serão apreciados segundo a escala de Likert assumindo que haverá 80% de concordância para as questões de diagnóstico e intervenções, com intervalo de confiança de 10% para mais ou para menos e significância de 5%.² Foram considerados especialistas: enfermeiros com titulação de especialista enfermagem pediátrica, mestrado ou doutorado na área, ou em saúde da criança; docentes de cursos de graduação, cujo ensino de saúde da criança ou pediatria esteja sob sua responsabilidade pelo menos por cinco anos; enfermeiros com prática em atendimento à criança superior a cinco anos. Como critério de exclusão dos participantes, será considerado o enfermeiro que afirmar desconhecer o processo de enfermagem. Etapa 9: colaborar com o CIE para preparar um exemplar definitivo do catálogo após a apresentação, avaliação e codificação do mesmo em versão impressa e digital e Etapa 10: ajudar o CIE a difundir o catálogo. **Aspectos Éticos**: O projeto foi aprovado sob o número 0114.0.196.000-11 pelo Comitê de Ética da Universidade São Paulo. Apoio Financeiro: o presente estudo integra o projeto “Qualificação das práticas do enfermeiro na promoção do desenvolvimento infantil integral: conceitos, diagnósticos e intervenções de enfermagem” o qual recebeu apoio financeiro em 2012 pela FAPESP. **Resultados Parciais**: Foi realizada a primeira etapa de coleta de dados, na qual foi elaborado o instrumento de coleta de dados com as afirmações diagnósticas a serem submetidas aos especialistas. O instrumento foi exaustivamente discutido em reuniões de grupo de pesquisa o qual pertencem as autoras e depois submetido a um teste piloto. Após a seleção dos especialistas foram convidados 220 especialistas obtivemos a resposta de 74 destes, sendo que 55 completaram todas as respostas do instrumento, e 19 não concluíram todo o instrumento. A maioria dos participantes é do sexo



Trabalho 190

4

feminino, formados em universidades públicas em sua maioria e com tempo de conclusão de formação profissional entre 10 e 20 anos. A maior parte dos enfermeiros já conhecia algum tipo de classificação e a NANDA era a mais conhecida. Todas as questões referentes às afirmativas diagnósticas receberam comentários ou sugestões. Na primeira etapa foram aprovados 9 diagnósticos (com índice de concordância superior a 80%) e 8 diagnósticos foram reformulados e enviados para uma nova etapa de validação (técnica Delphi).

No instrumento havia um espaço dedicado à sugestão e comentários em cada questão. Todas as afirmativas receberam comentários e ou sugestões. Essas informações foram lidas, organizadas e analisadas antes da segunda parte da coleta de dados.

REFERÊNCIAS

1. International Council of Nursing (ICN) Guidelines for ICNP Catalogue Development. Geneva, Switzerland: International Council of Nursing; 2008.
2. Bolfarine, H.; Bussab, W.O. Elementos de amostragem. São Paulo: Edgar Blucher, 2005.

Descritores: enfermagem; diagnóstico de enfermagem; desenvolvimento infantil



Trabalho 191

ELABORAÇÃO E USO DE QUESTIONÁRIO VIRTUAL PARA VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

¹Soraia M. Marques Buchhorn e ²Maria de La Ó Ramallo Veríssimo

Introdução: Questionários virtuais são hoje muito utilizados em diversas áreas do conhecimento, inclusive na pesquisa científica, mas sua elaboração não pode prescindir dos cuidados gerais para a elaboração de questionários, além de cuidados adicionais para garantir boas respostas. Em estudos de validação em especial, pode ser muito útil, pois permite a elaboração de consensos realizados com especialistas de diferentes regiões geográficas e em tempo inferior aos modelos tradicionais. Essa otimização do tempo e a possibilidade de contar com especialistas de várias partes do mundo trazem a enfermagem grandes possibilidades na elaboração e validação de seus diagnósticos, resultados e intervenções. Há estudos que comprovam que o tipo e qualidade das respostas obtidas com pesquisas on-line são comparáveis com o que se recebe em levantamentos baseados em papel. Dentre as vantagens do seu uso, podemos destacar: as respostas podem ser relativamente anônimas (apenas com identificação do IP); os dados podem ser automaticamente armazenados dentro de um banco de dados diminuindo a chances de erros de digitação, que ocorrem durante a transcrição e redução dos custos de transcrição. O banco de dados fica praticamente pronto. Outra grande vantagem é a redução de custos com impressões e pessoal para a aplicação dos questionários, obviamente outros custos devem ser considerados como pessoal especializado em informática e desenvolvimento web. O tempo de coleta também pode ser otimizado, visto que vários informantes podem responder ao mesmo tempo e de qualquer lugar onde estejam, e também permite o uso de imagens e instruções de preenchimento por meio de vídeos. Pesquisas na web podem adicionar lógica a ordem das questões, isto é, permite ao questionário modificar-se com base em uma resposta anterior. Tornando-o mais rápido e adequado. Em geral, há algumas maneiras de realizar um inquérito baseado na web. A maneira mais fácil é usar um serviço Web on line, como o Survey Monkey, dentre outros. Podem ser utilizados para pequenas pesquisas ou pesquisas maiores. Outras grandes vantagens de usar um serviço Web comercial existente, é que não se tem custos com programação dos computadores envolvidos e também o pesquisador não tem custos com a manutenção do software em um servidor. O criador da pesquisa pode decidir como quer que os dados saiam do sistema, se em planilhas, gráficos ou relatórios. E também sua formatação, como serão exibidos e distribuídos. É possível ainda incorporar o questionário dentro de um módulo de ensino on-line, no qual os alunos podem responder enquanto exploram a plataforma. Porém como todo método de coleta de dados há vantagens e desvantagens. A grande desvantagem do uso dos questionários virtuais é a necessidade de limitar a pesquisa

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente III da Escola de Enfermagem Universidade Federal de Alfenas
E-mail: soraiaamm@terra.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno- Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo



Trabalho 191

para a formatação do serviço Web. Nem sempre é possível modificar modelo existente, inserir características especiais, tais como objetos multimídia colocados em locais específicos sobre a tela, ou inserir imagens ou outros tipo de modificação pessoal. Nem sempre se pode por exemplo, incorporar o questionário a outra página, depende do sistema ou plano que se adquiriu. **Objetivo:** Relatar a construção e uso do questionário virtual para a coleta de informações na validação de afirmações diagnósticas em enfermagem por especialistas. **Método:** o instrumento de coleta de dados (questionário virtual) foi elaborado e discutido exaustivamente no grupo de pesquisa o qual pertencem às autoras, realizado um teste piloto para a seleção das afirmativas diagnósticas, a estrutura do instrumento bem como seu aspecto estético. Foi avaliado ainda antes do seu envio quanto à facilidade de uso e o tempo gasto para respondê-lo. O uso do questionário virtual em questão faz parte de projeto de pesquisa que visa à construção de um catálogo CIPE® aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo sob o protocolo de nº 0114.0.196.000-11. **Resultados:** O uso do questionário virtual mostrou-se útil para coleta de informações sobre a concordância dos especialistas quanto às afirmações diagnósticas apresentadas. Participaram desta etapa da pesquisa 55 enfermeiros especialistas em Enfermagem Pediátrica e enfermeiros que atendem crianças de 0 a 3 anos em consultas de enfermagem ou visitas domiciliares. Foram enviados 220 convites e o retorno foi de 74 participantes com questionário iniciado, sendo desses 55 completados. O tempo de coleta de dados foi de 30 dias e ocorreu no primeiro semestre de 2013. Quanto à caracterização dos indivíduos participantes: a maioria era do sexo feminino (93%); tinham 10 a 20 anos de formados; 73% estudaram em universidade pública. Quando perguntados sobre as classificações de enfermagem, 76% já conheciam, sendo que 95,7% mencionaram conhecer o sistema North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). O tempo gasto médio para responder o questionário foi de aproximadamente 13 minutos. O questionário apresentou 11 páginas virtuais, sendo as três primeiras: resumo do projeto, termo de consentimento livre e esclarecido e as instruções necessárias para o preenchimento do questionário. A página 04 tratava da caracterização dos participantes, com 10 perguntas objetivas. As páginas seguintes (página 5 até 7) questionavam a concordância dos informantes sobre as afirmativas diagnósticas. Havia uma última página com uma pergunta de encerramento sobre a opinião dos informantes sobre a necessidade dos diagnósticos e se eles eram suficientes para a temática do desenvolvimento infantil atrelado ao uso do instrumento de vigilância do MS. Em seguida havia uma página com agradecimento ao participante e o contato da pesquisadora para solicitação de comprovantes de participação. Todas as questões referentes às afirmativas diagnósticas receberam comentários ou sugestões. Variando bastante entre as questões referentes a quantidade e conteúdo dos comentários e sugestões. O questionário virtual permite ao pesquisador conhecer a opinião dos informantes não só de forma quantitativa, mas qualitativa também, visto que ele pode resgatar e analisar todos os comentários e ou sugestões. **Conclusão:** o questionário virtual mostrou ser um recurso viável para coleta de informações. O uso dessa tecnologia agiliza coleta de dados, amplia as possibilidades de acesso de participantes geograficamente distantes. Permite aos pesquisadores da área de classificação de enfermagem desenvolver pesquisas mais rapidamente, atendendo a uma



Trabalho 191

necessidade emergente da categoria de consolidar uma linguagem padronizada e possibilitar maior visibilidade do seu trabalho.

Agradecimento

As autoras agradecem a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio financeiro para o desenvolvimento deste estudo e o Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde Infantil.

Referências

- 1-Gordon JS, McNew R. Developing the online survey. Nurs Clin North Am. 2008;43(4):605-19, vii.
- 2-Lumsden J. Online-Questionnaire Design Guidelines. Electronic Surveys and Measurements. 2007:44-64.

Descritores: coleta de dados; diagnostico de enfermagem; estudo de validação



Trabalho 192

A UTILIZAÇÃO DA ANÁLISE DE DISCURSO NA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Daiane Siqueira de Luccas¹

Liliana Muller Larocca²

Introdução: Conceituada como indagação e construção de uma realidade, as pesquisas constituem uma prática teórica de constante busca, que nunca se esgota, relacionando a teoria e dados, bem como o pensamento e a ação. Dentre os tipos de pesquisa encontramos a social, cujo foco será o ser humano em sociedade, suas relações, histórias e produções simbólicas¹. A pesquisa social, no âmbito da saúde, investigará o fenômeno saúde/doença e sua representação pelos usuários, profissionais, instituições políticas e de serviços¹. Porém para a construção desta investigação se faz necessário ultrapassar várias etapas, como definição do problema de pesquisa, aprofundamento da temática escolhida, sistematização e classificação dos dados coletados e, por fim, a análise destes². Com o foco na análise de dados em pesquisa qualitativa, podemos defini-la como a fase de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno do estudo e os fatores que se relacionam a este². Esta etapa permite responder as perguntas, hipóteses e pressupostos da pesquisa, interpretar as significações e estruturas ainda não observáveis, e desvendar a lógica subentendida às falas, comportamentos e às relações dos sujeitos do estudo¹. É perceptível a crescente utilização de pesquisa qualitativa na área da enfermagem a partir da década de 80, já que na prática cotidiana desses profissionais as bases para execução de suas atividades, as palavras, a fala e o discurso, tornam-se as principais fontes de dados para as pesquisas desenvolvidas³. Em substituição as práticas de análise de conteúdo tradicional, a Análise de Discurso (AD) vem se destacando nas pesquisas qualitativas em saúde por trabalhar com a fala e o seu contexto. **Objetivo:** Apresentar a AD como um meio de análise para pesquisa qualitativa em enfermagem. **Metodologia:** Consiste em uma revisão bibliográfica, na qual as informações referentes à temática foram coletadas em livros e artigos de revistas científicas. Foram utilizados textos publicados no período de 1999 a 2010. **Resultados:** A técnica de AD foi criada pelo filósofo francês Michel Pêcheux na década de 1960, com o propósito de substituir a análise de conteúdo, objetivou realizar uma reflexão sobre as condições de produção e apreensão do significado dos discursos produzidos. Assim, compreende o modo de funcionamento das relações sociais, de organização e formas de produção dos sentidos dos sujeitos pesquisados¹. Esta modalidade de análise contém dois pressupostos definidos por Pêcheux. O primeiro refere-se ao sentido da palavra, da expressão ou posição e expressa posições ideológicas do processo sócio-histórico. O segundo pressuposto, confirma a formação discursiva dependente das formações ideológicas, já que não há discurso sem sujeito e nem sujeito sem ideologia¹. O conceito do discurso é exposto por uma combinação de elementos linguísticos, frases ou conjunto de frases, utilizada pelos locutores com o objetivo de expor seus pensamentos, de falar e agir sobre o mundo. A importância de evidenciá-lo está no fato que o discurso permite apresentar a formação ideológica dos atores sociais participantes de um estudo⁴. A identificação desta formação ideológica garante ao pesquisador reconhecer a visão de mundo de determinada classe social, ou seja, compreender as representações e ideias que um grupo possui do mundo. A AD insere o sujeito no contexto vivido e considera seus aspectos históricos e sociais, portanto, neste tipo

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde da UFPR – GPPGPS. E-mail: daiane_luccas@hotmail.com

2 Enfermeira. Doutora em Educação. Professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Líder do GPPGPS / UFPR.



Trabalho 192

de análise não pode haver apenas uma transmissão de informações, no diálogo formado a interação entre os agentes, pesquisador e sujeito, deve revelar características como sua visão de mundo, classe social e outras questões que determinarão o dizer e o não dizer³. Cada ideologia corresponde a uma formação discursiva, que contém como principais componentes um conjunto de temas e figuras. A *figura* está relacionada a um elemento do mundo natural, percebida no discurso como uma simulação deste mundo, por exemplo, substantivos concretos, verbos e adjetivos que expressam, respectivamente, atividades e qualidades físicas. Já o *tema* faz parte da semântica discursiva e não pode ser considerado algo do mundo natural, faz parte de categorias que ordenam a realidade, por exemplo, solidariedade, honra e exploração. A análise de discurso não está relacionada a uma investigação policial, portanto não caberá ao pesquisador revelar se a visão de mundo do ator social é verdadeira ou não. De qualquer forma, este poderá apresentar diversas posições ideológicas em seu discurso, declarando suas diferentes visões de mundo⁴. Para a decomposição dos discursos, há um modelo apresentado em etapas por Car e Bertolozzi⁵. Este consiste, num primeiro momento, uma leitura exaustiva do texto, objetivando a identificação dos temas e figuras, os quais permitirão desvendar os sentidos das falas. No segundo momento da análise, procurar-se-á o encadeamento/articulação entre os *temas* e as *figuras*, identificando suas coerências e divergências nos discursos dos sujeitos, resultando na elaboração de frases temáticas que definam os temas e subtemas do discurso em sua totalidade. O terceiro passo consiste no agrupamento das frases temáticas para a categorização do material empírico. **Considerações Finais:** Por meio da compreensão da AD fica evidente a importância de sua utilização na enfermagem, permitindo compreender a ideologia dos sujeitos, desvendar importantes questionamentos e identificar intervenções coerentes para os focos desta área. O acesso a subjetividade do participante possibilita fazer correlações com a sua vivência e experiência evidenciando todos os aspectos da realidade estudada.

Palavras-chave: Pesquisa qualitativa; Metodologia; Enfermagem.

Eixo: Pesquisa em Enfermagem

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª edição. São Paulo: Hucitec; 2010.
2. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5ª edição. São Paulo: Atlas; 2003.
3. Gomes AMT. Do discurso às formações ideológica e imaginária: Análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. R Enferm UERJ. 2007, out/dez; 15(4):555-62.
4. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 8ª edição. São Paulo: Ática; 2007.
5. Car MR, Bertolozzi M R. O procedimento da análise de discurso. In: Chianca TCM; Antunes MJM (orgs.). A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: CIPESC. Brasília: ABEN; 1999. p. 348-53.



Trabalho 193

UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE ANÁLISE DE CONCEITO PROPOSTA POR WALKER E AVANT EM PESQUISAS DE ENFERMAGEM

Lidiany Galdino Felix¹
Maria Miriam Lima da Nóbrega²
Fabiola de Araújo Leite Medeiros³
Érik Cristóvão Araújo de Melo⁴
Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares⁵

Os conceitos de enfermagem são aqueles que capturam ou representam fenômenos do domínio de enfermagem¹ que ocorrem na natureza ou no pensamento, sendo essenciais no desenvolvimento de pesquisas, assim como na construção de teorias e validação de diagnósticos de enfermagem. Para que cumpram esse papel na construção do conhecimento científico, é oportuno que sejam analisados periodicamente, visando, principalmente, seu contínuo aprimoramento.² A análise de conceitos é uma técnica utilizada para refinar assuntos ou temas utilizados pela enfermagem e que não possuem um acordo claro, partilhado e consciente acerca das suas propriedades ou significados. Dessa forma, a análise de conceitos sustenta o desenvolvimento teórico em enfermagem, através da clarificação dos seus fenômenos, permitindo novas formas de conceitualização e descrição de uma realidade.³ Inúmeras estratégias de análise de conceito estão presentes na literatura. Dentre essas, a maioria surgiu como adaptação ou crítica à técnica proposta por Wilson no ano de 1963.⁴ Apesar de algumas técnicas, serem mais atuais e consideradas mais modernas e aprimoradas, a técnica proposta por Walker e Avant⁵, descrita primeiramente em 1983, continua sendo o método mais utilizado pela Enfermagem para análise de conceito. Esse método é composto por oito etapas adaptadas das onze sugeridas por Wilson⁴: seleção do conceito; determinação dos objetivos da análise conceitual; identificação dos possíveis usos do conceito; determinação dos atributos críticos ou essenciais (elementos diagnósticos diferenciais do fenômeno); construção de um caso modelo; desenvolvimento de casos adicionais;

1 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB). Professora Assistente do curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail: lidiany_felix@hotmail.com

2 Enfermeira. Doutora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB). Pesquisadora CNPq.

3 Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) Brasil.

4 Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Norte (PPGENF/UFRN). Docente do curso de Enfermagem do CCBS/UFCG.

5 Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB).



Trabalho 193

determinação dos eventos antecedentes (determinantes da sua ocorrência) e das consequências do conceito (eventos que resultam da sua presença); definição das referências empíricas⁵. Considerando que a análise de conceito como uma forma de investigação significativa para o avanço do conhecimento em várias disciplinas, esta pesquisa tem por objetivo avaliar como a utilização da técnica de análise de conceito proposta por Walker e Avant em pesquisas de enfermagem. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura realizada entre os meses de maio de junho de 2013, por meio de consultas às bases de dados *Pubmed* e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Para a inclusão dos artigos foram estabelecidos os seguintes critérios: estar disponível eletronicamente e gratuitamente na íntegra; escrito nos idiomas inglês, português ou espanhol; além de abordar em seus títulos, resumos ou assuntos, aspectos relativos à técnica de análise de conceito proposta por Walker e Avant. Por meio da busca eletrônica realizada foram localizados inicialmente 126 artigos na base de dados BVS e 131 artigos na *Pubmed*, totalizando 257 artigos. Desse total, apenas 48 artigos estavam disponíveis na forma de texto completo na BVS e 04 na *Pubmed*, resultando em 52 artigos pré-selecionados. Após leitura dos títulos e resumos, 37 artigos foram excluídos, sendo: 14 por repetição entre as bases de dados avaliadas, 17 não estavam disponíveis gratuitamente, 03 não tinham acesso permitido ao texto completo, 03 não abordavam a análise de conceito, resultando numa amostra final de 15 artigos. 40% dos estudos foram publicados em períodos de enfermagem nacionais e (60%) em periódicos internacionais, entre os anos de 2006 e 2013, nos seguintes idiomas: 8 (53,3%) inglês; 5 (33,3%) português e 2 (13,3%) espanhol. Os conceitos analisados pelos artigos foram: “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo”; “participação do paciente”; “cuidados paliativos”; “solidão na adolescência”; “evento clínico e situação que requerem cuidado de enfermagem”; “risco para câncer de mama”; “sobreviventes de câncer”; “superação”; “esperança”; “fragilidade em idosos”; “resiliência em militares”; “risco de débito cardíaco diminuído”; “gerenciamento dos sintomas do HIV”; “assistência ao parto centrada na mulher” e “fadiga”. Após análise dos artigos, observou-se que conceitos estudados estavam relacionados às seguintes áreas da Enfermagem: 26,6% (04) Cardiologia; 20% (03) Oncologia; 20% (03) Saúde Mental; 13,3% (02) participação do paciente no cuidado; 6,7% (01) saúde da mulher; 6,7%; 6,7% (01) saúde do idoso; (01) aspectos metodológicos. Quanto à utilização a forma de utilização da técnica proposta por Walker e Avant, 60% dos artigos utilizaram as oito etapas propostas pelos autores e 40% utilizaram apenas cinco etapas do método: seleção do conceito; determinação dos objetivos da análise conceitual; identificação dos possíveis usos do conceito; determinação dos atributos críticos ou essenciais; determinação dos eventos antecedentes e das consequências do conceito. Com base na revisão da literatura analisada, observou-se um crescimento nos últimos anos das pesquisas relacionadas à análise conceitual, especialmente em publicações nacionais, sendo a técnica de Walker e Avant, a mais clara, simples e de fácil aplicação para análise dos conceitos. Além de sua utilidade, o método proposto avaliado demonstrou ser importante para a produção de conhecimento na disciplina de enfermagem, e refinamento de conceitos principalmente nas áreas de doenças crônicas e da prática clínica cotidiana.

Descritores: Enfermagem; Formação de conceitos; Pesquisa.

Referencias:



Trabalho 193

1. Santos ER et al. Validação do conceito risco de débito cardíaco diminuído. Rev Lat Am Enfermagem. 2013; 21 (spe): 97-104.
2. Fernandes MGM et al. Análise conceitual: considerações metodológicas. Rev Bras Enferm. 2011; 64(6): 1150 – 6.
3. Gonçalves AC, et al. Cuidados Paliativos: análise dos conceitos à luz da teoria de Walker e Avant. CuidArte Enferm. 2008; 2(2):179-191.
4. Mota DCF, Cruz DALM, Pimenta CAM. Fadiga: uma análise do conceito. Acta paul. enferm. 2005; 18(3): 285-293.
5. Walker LO, Avant KC. Strategies for Theory construction in Nursing. 4 ed. Pearson Education; 2005.



Trabalho 194

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO BRASIL

Aldenôra Laísa P. de Carvalho-Cordeiro¹

Carolina Beatriz da Cunha Prado²

Karoline Faria de Oliveira³

Ricardo Jader Cardoso⁴

Maria Helena Barbosa⁵

Introdução: A literatura tem despertado os enfermeiros para as contribuições que as classificações existentes na enfermagem de fenômenos ou diagnósticos, intervenções e resultados trazem para a prática assistencial, visto que, além de disponibilizarem informações referentes às condições do paciente, favorecem a tomada de decisões¹. As classificações em enfermagem precisam de estudos continuamente para clarificação, análise e desenvolvimento². O diagnóstico, segunda etapa do processo de enfermagem, constitui-se a base para orientar a seleção de intervenções e alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é o responsável técnico e legal. Alguns autores acreditam que pesquisas sobre validação de diagnósticos bem estruturadas viabilizarão o desenvolvimento de estudos futuros sobre intervenções em enfermagem³. Assim, faz-se necessário conhecer a produção sobre os diagnósticos de enfermagem no Brasil e identificar as lacunas do conhecimento. **Objetivo:** Identificar o conhecimento científico produzido por teses e dissertações sobre diagnóstico de enfermagem no Brasil. **Descrição Metodológica:** Estudo bibliométrico, descritivo e retrospectivo que analisou a produção de teses e dissertações catalogadas pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). O CEPEEn, atualmente, constitui-se o maior banco de teses e dissertações da enfermagem no Brasil, com mais de 4.000 trabalhos em seu acervo. Optou-se pelo estudo bibliométrico, pois este permite conhecer as contribuições científicas realizadas sobre um assunto em um determinado período⁴. Seguiu-se os passos: leitura, seleção, fichamento de tópicos considerados relevante para atender os objetivos desta pesquisa e análise de dados. Foram selecionados os catálogos compreendidos no período entre 2001 a 2010. O levantamento foi realizado por meio do acesso ao endereço eletrônico: enfermagem.bvs.br/php/level.php?lang=pt&componente=23&item=100. Foram selecionados todos os resumos de teses e dissertações que continham o termo: “diagnóstico de enfermagem”. Estes foram lidos, sintetizados e organizados em um banco de dados segundo o título, ano de defesa, autores, objetivos, local, tipo de instituição (pública ou privada), tipo de estudo. Procedeu-se com a análise estatística descritiva. **Resultados:** Foram identificados 80 estudos de teses e dissertações sobre diagnóstico de enfermagem, defendidas entre os anos de 1999 a 2010. Com uma média de 6,67 estudos por ano. Destes, 61 (76,2 %) foram dissertações e 19 (23,8%) teses. Pode-se atribuir este resultado ao fato de que o curso de mestrado tem duração menor e possui um maior número de alunos em relação ao doutorado⁵. Além disso, de acordo com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES), após a avaliação trienal de 2007-2009, a área de enfermagem conta com um maior número de cursos de mestrado acadêmico em relação ao doutorado, com 42 e 23 cursos, respectivamente. Observou-se nestes catálogos que quatro autores desenvolveram estudos sobre diagnóstico de enfermagem no mestrado e também no doutorado durante o período

1. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde (PPGAS) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).E-mail: alaisapc@hotmail.com
2. Enfermeira. Mestranda do PPGAS da UFTM.
3. Enfermeira. Doutoranda do PPGAS da UFTM.
4. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da UFTM. Colaborador.
5. Enfermeira. Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunto do departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar (DEAH) do Instituto da Saúde e docente do PPGAS da UFTM. Orientadora.



Trabalho 194

analisado. O ano com maior produção foi o de 2005, sendo responsável por 12,5 % dos trabalhos. Todas as teses e dissertações procederam de instituições públicas, a maioria (62%) da região Sudeste, seguida da região Nordeste com 25%. A Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto e a Universidade Federal do Ceará destacaram-se neste cenário, com 22,5% e 17,5% dos estudos, respectivamente. O estado de São Paulo foi responsável por 52,5% das teses e dissertações sobre diagnóstico de enfermagem, seguido pelo Ceará com 17,5%. Quanto ao tipo de estudo, a maioria (78,8%) foi os estudos descritivos e com abordagem quantitativa, dos quais buscaram identificar o perfil diagnóstico de determinado setor ou grupo específico. As pesquisas metodológicas representaram 15 % do total. Os estudos de caso foram apenas 2,5 %, seguido por pesquisa documental, revisão integrativa da literatura e ensaio epidemiológico, com 1,2% cada. No que diz respeito aos objetivos dos resumos, foram encontrados estudos que se propuseram a identificar perfil e frequência de diagnósticos; validar características definidoras; desenvolver instrumento para avaliar acurácia e analisar acurácia diagnóstica; descrever concepções e estratégias para ensino-aprendizado sobre diagnóstico de enfermagem; e adaptar a linguagem da taxonomia II da NANDA – Internacional para o contexto brasileiro. Entre os estudos que realizaram validação diagnóstica foram encontrados 15 (18,75%), e apenas quatro (5%) resumos tratavam sobre acurácia diagnóstica. Sete (8,75%) trabalhos discorreram sobre as concepções e estratégias para ensino-aprendizado de diagnóstico de enfermagem por acadêmicos e enfermeiros. Apenas um trabalho (0,8%) realizou adaptação da linguagem da taxonomia II da NANDA-Internacional para o contexto brasileiro. Todos os demais trabalhos (66,25%) descreveram frequências e identificaram diagnósticos em determinadas populações ou setores. **Conclusão:** A produção científica de teses e dissertações sobre diagnósticos de enfermagem no Brasil ainda é incipiente e está concentrada em determinadas instituições e regiões. Deve-se fomentar a produção sobre a temática nas demais regiões do país com a finalidade de favorecer a utilização das classificações diagnósticas na prática clínica e viabilizar a aplicação das mesmas no contexto brasileiro. Os estudos sobre identificação, frequência e distribuição de diagnósticos em um grupo específico ainda constitui-se o foco principal dos estudos analisados. Contudo, para que haja o aperfeiçoamento dos diagnósticos de enfermagem e de suas classificações, em especial a da NANDA – Internacional, faz-se necessário aumentar os estudos sobre validação e acurácia diagnóstica. **Contribuições para a Enfermagem:** Os resultados deste estudo apontam as lacunas da produção científica sobre o diagnóstico de enfermagem no Brasil e deve direcionar estudos futuros que devem ter como foco, principalmente, a validação e acurácia diagnóstica. A pesquisa sobre os fenômenos de enfermagem subsidia a implementação das classificações existentes na prática clínica e fomenta os estudos voltados para resultados e intervenções. Contribui também para maior cientificidade no processo de enfermagem, autonomia profissional e para o uso de uma linguagem padronizada.

Referências:

- 1- Carvalho EC. Taxonomias de enfermagem e estudos de eficácia, eficiência e efetividade: um desafio. [Editorial]. Revista Latino-Americana de Enfermagem. V. 18, n.04, jul-ago 2010: [02 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_01.pdf>.
- 2- Cruz DALM. Classificações em Enfermagem: tensões e contribuições. Revista Saúde-UnG Online. V.01, nº 01, 2007.
- 3- Carvalho EC, Mello AS, Napoleão AA, Bachion MM, Dalri MCB, Canini SRMS. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexões sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. Revista Eletrônica de Enfermagem. V.10, nº1, p. 235-240, 2008.



Trabalho 194

4- Ferrari AT. Metodologia da pesquisa científica. São Paulo(SP): Mcgraw-Hill do Brasil, 1992.

5- Marques SC, Tyrrel MAR, Oliveira DC. A produção científica da enfermagem na perspectiva da representação social. Brasil, 1975 – 2001. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2006, 14(5):762-769.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Pesquisa em Enfermagem; Enfermagem.

Eixo Temático: Pesquisa em Enfermagem



Trabalho 195

CARACTERÍSTICAS DOS GRUPOS DE PESQUISA EM RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO CADASTRADOS NA PLATAFORMA LATTES DO CNPQ

Alessandra Borges Brum Cleires¹, Marcos Antônio Gomes Brandão²

Este estudo teve como objetivo caracterizar os grupos de enfermagem cadastrados na Plataforma *Lattes* do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que possuem linha de pesquisa com foco em raciocínio diagnóstico. Pesquisa documental, descritiva por meio do levantamento dos dados dos grupos de pesquisa cadastrados, através da busca em sua Base Corrente, no período de março a maio de 2013. Na tela Busca textual de grupos na base atual do Diretório de Pesquisa foi selecionada a opção Grupos e inseridas na caixa de pesquisa as palavras-chave: raciocínio diagnóstico; raciocínio clínico; diagnóstico de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem. O filtro de busca foi a área do grupo Enfermagem. Dos 482 grupos de pesquisa em enfermagem cadastrados, segundo o censo de 2010, foram identificados 69 grupos em uma primeira consulta⁽¹⁾. Destes, 17 foram excluídos por duplicidade e 11 por falta de certificado atualizado pela instituição há menos de doze meses, restando 41 grupos para análise. A partir desta seleção, foram aplicados como critérios de inclusão possuir linha de pesquisa com afinidade no raciocínio clínico/diagnóstico ou pensamento crítico nas palavras-chaves e/ou objetivos; os critérios de exclusão foram a não descrição dos objetivos das linhas de pesquisa, sendo encontrados apenas 05 grupos (1,03%) que atenderam aos critérios, refletindo uma importante lacuna no processo de ensino-aprendizagem dos diagnósticos. Desde a criação dos programas de mestrado em 1972 e dos programas de doutorado em 1981⁽²⁾, o primeiro grupo de pesquisa a abordar o raciocínio diagnóstico, surgiu em 2000 na Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo (EERP/USP) e então levaram mais cinco anos até a formação de novos grupos. Uma crescente relação entre o ano de formação com a promulgação da Resolução nº 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), revogada pela Resolução nº 358/2009 foi estabelecida⁽³⁾, passando de apenas um grupo naquele ano na região Sudeste, onde se encontra a maior concentração (60%) de grupos de pesquisa relacionados ao tema e o maior número de Programas de Pós-Graduação em Enfermagem credenciados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do país⁽²⁾, para o total de 05 grupos em 2013. Foram encontrados outros grupos nas regiões Sul e Centro-Oeste do país. Entendemos que a obrigatoriedade da SAE levou o crescimento dos grupos de pesquisa, assim como o surgimento das linhas de pesquisa envolvidas na temática. Outro fator relevante para o aumento na criação dos grupos de pesquisa foi o fato de que a partir de 2002 tornou-se obrigatório a todos os bolsistas de pesquisa, mestrado, doutorado e iniciação científica, além de orientadores credenciados e demais sujeitos que utilizam o CNPq, cadastrarem o currículo na Plataforma *Lattes*. Dessa forma, os dados sugerem que o crescimento do número de grupos a partir de 2005 pode ter ocorrido em decorrência da exigência das instituições de ensino para que seus pesquisadores aumentassem o número de grupos de pesquisa cadastrados. Essas modificações no sistema informacional do CNPq aumentaram a importância da plataforma para a visibilidade da pesquisa no Brasil e internacionalmente, fortalecendo o vínculo das instituições ao CNPq, ocasionando uma maior exigência sobre os pesquisadores para a

¹ Enfermeira. Mestranda do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Estudante do Grupo de Pesquisa TECCONSAE - UFRJ. Preceptora do Internato do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Arthur Sá Earp Neto. Petrópolis, RJ, Brasil. E-mail: alessandracleires@gmail.com

² Enfermeiro. Doutor. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Pesquisador líder do Grupo de Pesquisa TECCONSAE - UFRJ.



Trabalho 195

formação e cadastramento de grupos⁽²⁾. O desenvolvimento da pesquisa é uma estratégia importante para o fortalecimento da enfermagem como ciência e profissão, sustentando sua prática pela busca contínua de novos conhecimentos. A competência para cuidar, pesquisando, educando e gerenciando, vem sendo desenvolvida na formação e no exercício profissional do enfermeiro⁽⁴⁾. Foram identificadas 17 linhas de pesquisa diferentes, embora ao sistematiza-las, observou-se que apenas 5 (29,4%) relacionam-se com a temática. No que se refere ao número de linhas de pesquisa por grupo, dois deles (40%) apresentam 04 linhas e dois (40%) apresentam 02 linhas, apenas um grupo (20%) apresentou 05 linhas de pesquisa. Todos os grupos possuem apenas 01 linha de pesquisa voltada para a temática. Apesar das linhas apresentarem denominações diferentes, pôde ser assim categorizado a partir da descrição dos seus objetivos e repercussões dos trabalhos do grupo. As linhas determinam os rumos do que vem sendo investigado num dado contexto ou realidade, limitando as fronteiras de um campo específico de conhecimento, oferecendo orientação teórica para a busca e estabelecendo procedimentos adequados ao processo de construção do conhecimento. Oferecem a ideia da produção circunscrita a um mesmo âmbito temático ou teórico, constituindo-se em unidades de análise de desempenho, especialmente dos cursos de graduação e pós-graduação, da produção dos pesquisadores nos órgãos de fomento à pesquisa e outros⁽⁴⁾. O desenvolvimento da pesquisa envolve a participação de 27 pesquisadores, sendo que 03 grupos (60%) possuem 04 doutores, 01 grupo (20%) possui 7 doutores e o outro 6 doutores. Apenas 2 grupos (40%) possuem 02 mestres cada. Foi identificada a participação de 59 estudantes, em sua maioria do mestrado com 21 (35,6%), seguida pela graduação com 19 (32,2%), os quais reforçam a importância dessa principalmente nos projetos de iniciação científica desenvolvidos pelas universidades, incentivando o ingresso e participação de jovens em grupos de pesquisa, preparando-os para ingressarem nos programas de pós-graduação e contribuindo assim para a diminuição do tempo de formação do pesquisador⁽²⁾. Dentre os demais estudantes, 14 (23,7%) eram do doutorado e apenas 5 estudantes (8,5%) de especialização. O estudo permitiu identificar que a maior concentração dos estudantes do mestrado, 14 (76,2%) encontra-se na região Sudeste, enquanto que a maior concentração de estudantes do doutorado, 12 (85,7) encontra-se na região Sul do país. O estudo contribui principalmente para dar maior visibilidade à produção de pesquisas em torno da temática, para o conhecimento da distribuição espacial dos grupos de pesquisa em enfermagem de acordo com as diferentes regiões do Brasil, e proporcionar reflexão sobre a produção de conhecimento e o interesse dos pesquisadores nesta área nos diferentes níveis de formação. Sobretudo, contribuição ainda foi dada para promover o direcionamento da pesquisa nesta área de domínio e o fortalecimento das bases de investigação para o avanço da ciência, tecnologia e inovação da Enfermagem. Notou-se, no entanto, a lacuna existente na produção do conhecimento na área, onde fazem-se necessários a criação de novos grupos de pesquisa, para atender as carências dos cursos de formação, especialização e aperfeiçoamento dos profissionais, voltados para reconhecimento do fenômeno diagnóstico e com vistas à adoção de tecnologias instrumentais que subsidiem o exercício profissional do enfermeiro, haja vista abarcar os cenários de formação acadêmica e a dinâmica de ensino para uma prática consciente.

DESCRITORES: Grupos de Pesquisa; Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

EIXO TEMÁTICO III: Pesquisa em Enfermagem

REFERÊNCIAS



Trabalho 195

1. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Diretórios dos grupos de pesquisa no Brasil. [acesso em 05 Mar 2013]. Disponível em: <<http://dgp.cnpq.br/censos/index.htm>>
2. Barbosa SFF, Sasso GTMD, Berns I. Enfermagem e tecnologia: Análise dos grupos de pesquisa cadastrados na plataforma Lattes do CNPq. Texto Contexto Enfermagem. 2009 jul-set;18(3):443-8.
3. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Br). Resolução COFEN 358/2009, 15 de outubro de 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. Brasília COFEN; 2009. [acesso em 01 Mai 2013]. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>>
4. Erdmann AL, Lanzoni GMM. Características dos grupos de pesquisa da enfermagem brasileira certificados pelo CNPq de 2005 a 2007. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008 jun; 12(2):316-22.



Trabalho 196

ASPECTOS CLÍNICOS DE PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Ana Beatriz de Almeida Medeiros¹, Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão²; Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes³; Maria das Graças Mariano Nunes⁴; Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira⁵

Introdução: As Úlceras Venosas (UV) representam cerca de 70% a 90% dos casos de úlceras de perna e apresentam como causa principal a insuficiência venosa crônica (IVC), a qual se caracteriza por uma alteração no funcionamento do sistema venoso superficial ou profundo ocasionada por varizes primárias, seqüela de trombose venosa profunda, anomalias valvulares venosas ou outras causas que interferem no retorno do sangue venoso, podendo ser resultado de um distúrbio congênito ou ser adquirida. Geralmente aparecem no terço distal da face medial da perna, próximas ao maléolo medial⁽¹⁻²⁾. O Ministério da Saúde caracteriza essa etiologia de úlcera de perna destacando que o membro afetado apresenta extremidade quente, edema, presença de varizes, alterações cutâneas como eczema de estase, esclerose e hiperpigmentação. As queixas de dor em pontada ou contínua são frequentes⁽¹⁾. Uma forma de classificar a úlcera como venosa é através do Índice Tornozelo/Braquial (ITB), a partir da relação entre a pressão sistólica da artéria pediosa ou tibial e da artéria braquial com o estetoscópio do tipo Doppler. Os valores adequados de ITB variam de 0,8 a 1,3, sendo que abaixo deste intervalo implica em insuficiências arteriais, e acima, calcificação das artérias. Dessa forma, os valores enquadrados neste intervalo para pacientes com lesão de perna são característicos de insuficiência venosa, descartando-se a possibilidade de acometimento arterial⁽³⁾. A caracterização do estado de saúde no que diz respeito aos aspectos clínicos dos pacientes com úlcera venosa é prioritária no cuidar em enfermagem dessa clientela, já que contribuirá para realização de um planejamento do cuidado pelo enfermeiro condizente com a realidade local e direcionada às necessidades da clientela em questão, etapa fundamental para sistematização da assistência de enfermagem. Para a realização da caracterização desses pacientes de forma adequada, foi utilizado um referencial próprio da profissão, a Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC), especificamente quanto ao resultado “Integridade tissular: pele e mucosas”⁽⁴⁾. **Objetivo:** Identificar os aspectos clínicos dos pacientes com úlcera venosa através da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). **Descrição metodológica:** Estudo transversal, realizado com 50 indivíduos recrutados através de amostragem consecutiva no ambulatório de clínica cirúrgica de um hospital universitário do nordeste do Brasil. Os critérios de inclusão para a composição da amostra foram: apresentar úlcera venosa, atestada pela caracterização e pelo valor do ITB superior a 0,8, o qual representa comprometimento venoso; estar em consulta referenciada no ambulatório de clínica cirúrgica do Hospital Universitário de Natal-RN; ter idade acima de 18 anos. Os critérios de exclusão: pacientes portadores de úlcera venosa e com transtornos psiquiátricos ou psíquicos, caracterizado por condições de anormalidade, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica, mental ou cognitiva; apresentar ferida oncológica, arterial ou de etiologia mista, porque tais feridas apresentam características diferenciadas das úlceras venosas típicas. O período de coleta dos dados ocorreu entre os meses de fevereiro e junho de 2012 através de um formulário de entrevista e exame físico, baseado no resultado Integridade Tissular: pele e mucosas, presente na Classificação dos Resultados de Enfermagem e em estudo realizado no nordeste do Brasil⁽⁵⁾. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, sob número de protocolo 608/11. **Resultados:** Foram identificadas as seguintes características clínicas segundo a NOC: dor ao deambular e/ou em posição ortostática de intensidade moderada; presença de veias varicosas; pigmentação anormal evidenciando coloração azul-amarronzada na área



Trabalho 196

perilesional e membro acometido; rarefação de pelos ao redor da úlcera e em área adjacente à ferida; presença de tecido de granulação com exsudação e ausência de tecidos com necrose coagulativa ou liquefeita; edema presente representado por cacifo com retorno em até 1 segundo; eritema evidente pela coloração rosa claro; membro quente e espessura caracterizada pela exposição de derme sem atingir tecido subcutâneo. Houve prevalência de pulso regular e forte para as pulsações pediosa e tibial posterior; identificou-se odor fétido em 8% dos pacientes; a mediana para o tempo de úlcera venosa foi de 120 meses, equivalente a 10 anos, tendo como tempo mínimo 15 dias e tempo máximo de 37 anos; mediana da pressão arterial sistólica 120 mmHg, da pressão arterial diastólica 80 mmHg, da pressão sistólica tibial 120 mmHg e do Índice Tornozelo/Braquial igual a 1; a mediana da área da lesão foi de 19,5 cm² e variou de 0,5 cm² a 450 cm². **Conclusão:** Ao final deste estudo foi possível conhecer o perfil clínico de pacientes acometidos por úlcera venosa, segundo os indicadores da NOC. Os resultados deste estudo concordam com estudos realizados com a mesma população, atendida no contexto ambulatorial de instituições públicas de saúde do cenário regional. **Contribuições para enfermagem:** O conhecimento dos fatores clínicos dos pacientes com úlcera venosa e o uso dos indicadores da NOC são primordiais no processo de cuidar em enfermagem, pois ajuda na promoção de novas diretrizes para o acompanhamento e tratamento de úlcera venosa, visando a sua cicatrização e, conseqüentemente, a melhoria do estado de saúde do cliente.

Descritores: Úlcera venosa, Enfermagem, Perfil de Saúde.

Eixo temático: Pesquisa em enfermagem

Referências

1. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. Carmo SS, Castro CD, Rios VS, Sarquis MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Rev Eletrônica Enferm [serie en internet]. 2007 [acceso 15 Mai 2013]; 9(2):506-17. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a17.htm>
3. Kawamura T. Índice Tornozelo-Braquial (ITB) determinado por esfigmomanômetros oscilométricos automáticos. Arq Bras Cardiol. 2008;90(5):322-6.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
5. Santos FAAS. Construção de definições conceituais e operacionais do resultado Integridade Tissular aplicado a úlceras venosas [tesis]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2011.

¹ Enfermeira. Mestre em enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem de Natal da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: abamedeiros@gmail.com

² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁴ Acadêmica do 8º período de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de Iniciação Científica.

⁵ Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



Trabalho 197

ÚLCERA VENOSA: IDENTIFICANDO OS FATORES DE RISCO ATRAVÉS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Ana Beatriz de Almeida Medeiros¹, Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão²; Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes³; Jéssica Dantas de Sá⁴; Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira⁵

Introdução: A principal causa do desenvolvimento de úlceras venosas (UV) é a Insuficiência Venosa Crônica (IVC)⁽¹⁾, entretanto algumas outras doenças são comuns nos clientes com UV e são fatores de risco para IVC e UV, como: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e alguns hábitos sociais: tabagismo, alcoolismo e sedentarismo⁽²⁾. O processo de enfermagem é dividido em etapas, sendo a primeira, levantamento dos dados, bastante importante para o sucesso das demais, neste ocorre a identificação dos fatores de risco para UV. **Objetivo:** Identificar os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de UV. **Descrição metodológica:** Estudo transversal, realizado com 50 indivíduos no ambulatório de clínica cirúrgica de hospital universitário do nordeste do Brasil, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital sob protocolo 608/11. **Resultados:** Os entrevistados apresentaram a HAS (44%) e DM (20%) como doenças de base mais prevalentes; média do Índice de Massa Corporal de 30,29 kg/m²; sedentarismo (96%), uso de álcool (14%) e fumo (6%). **Conclusão:** Evidenciou-se no estudo a HAS como doença de base mais prevalente na clientela, o alto índice de sedentarismo e um percentual importante de pessoas que fazem uso de fumo e álcool. **Contribuições para enfermagem:** É imprescindível que o enfermeiro, diante dos dados visualizados em estudos desta natureza, desenvolva novos processos de ensino-aprendizagem, contribuindo para a melhoria e maior resolutividade da assistência prestada aos pacientes com UV.

Entrevista. Etapa crucial da sistematização da assistência de enfermagem

Descritores: Úlcera venosa, Enfermagem, Fatores de risco.

Eixo temático: Pesquisa em enfermagem

Referências

1. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. Oliveira BGRB, Nogueira GA, Carvalho MR, Abreu AM. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. Rev Eletrônica Enferm [internet]. 2012 [acesso em: 8 jan 2013];14(1):156-63. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a18.pdf>

¹ Enfermeira. Mestre em enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem de Natal da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: abamedeiros@gmail.com

² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁴ Acadêmica do 8º período de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de Iniciação Científica.

⁵ Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



Trabalho 198

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: OLHAR DOS ACADÊMICOS DE UM CURRÍCULO INTEGRADO DE ENFERMAGEM

Josilaine Porfírio da Silva¹, Mara Lucia Garanhani²

Introdução

O Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Londrina (UEL) adotou no ano 2000 a estratégia pedagógica do currículo integrado¹. Neste curso os anos estão estruturados em módulos interdisciplinares e Internato de Enfermagem, e há uma articulação dinâmica entre prática e teoria. Os módulos interdisciplinares contêm unidades de ensino temáticas que propõem sequências de atividades em torno de conceitos-chaves para o alcance de desempenhos necessários para a formação do enfermeiro².

Os módulos interdisciplinares são estruturados com alguns temas transversais, que transpassam as disciplinas curriculares, nomeados pelos docentes como seivas¹. Dentre estas seivas encontra-se a Metodologia da Assistência, tema em que se baseou este estudo.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, é um método que organiza e conseqüentemente, qualifica o cuidado. Se bem elaborada e executada, induz o enfermeiro e a sua equipe à prestação de cuidados integrais e individualizados³.

Entendendo que a utilização da SAE é importante para a prática profissional, e sua abordagem junto aos acadêmicos pode dificultar e até comprometer o aprendizado e incorporação dessa prática pelos mesmos, justifica-se a necessidade de estudar como a Sistematização da Assistência de Enfermagem é compreendida por acadêmicos de um currículo integrado, considerando a proposta que esta organização pedagógica permite e tem possibilidade de alcançar.

Objetivo

O objetivo geral deste estudo foi revelar a compreensão da Sistematização da Assistência de Enfermagem para acadêmicos das quatro séries de um currículo integrado de enfermagem de uma instituição de ensino pública.

Descrição metodológica

Estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa realizado com acadêmicos das quatro séries do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, que utiliza a estratégia pedagógica do currículo integrado.

Os critérios de inclusão foram: ser aluno do Curso de Enfermagem da UEL, estar freqüentando regularmente as aulas e aceitar participar da pesquisa, assinando previamente o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados aconteceu entre os meses de outubro de 2012 e março de 2013. O recurso escolhido para a coleta de dados foi o grupo focal.

Foi realizado um convite presencial nas salas dos acadêmicos, após o levantamento dos interessados procedeu-se a um convite por e-mail e posteriormente por telefone, informando a data e local da realização do grupo.

No dia da realização dos grupos focais além da pesquisadora, estavam presentes dois observadores que acompanharam o desenvolvimento das atividades.

¹ Enfermeira do Hospital Zona Sul de Londrina. Mestranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Londrina – UEL. Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: josi_laine1@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em enfermagem na Universidade Estadual de Londrina-UEL. Londrina, Paraná, Brasil.



Trabalho 198

Foi realizado um grupo focal por série, novos grupos não se fizeram necessários devido à saturação teórica obtida em cada grupo. Participaram dos grupos focais, oito acadêmicos da primeira série, seis da segunda série, sete da terceira série e 12 da quarta série.

A pergunta orientadora para os participantes foi “Fale-me o que vem em sua mente quando você pensa em Sistematização da Assistência de Enfermagem”. Para garantir a fidedignidade das falas os grupos foram gravados e filmados. As entrevistas foram transcritas na íntegra e posteriormente submetidas a um processo de análise de conteúdo, segundo Bardin⁴.

A pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, e obteve parecer favorável, sob o número 84180/2012, conforme CAAE 06270612.2.0000.5231 e seguiu todos os preceitos éticos. Antes de iniciar as entrevistas todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A análise das entrevistas permitiu a construção de quatro categorias: SAE e processo de enfermagem; SAE enquanto método de trabalho do enfermeiro; SAE e a assistência ao paciente; e SAE e a atuação do enfermeiro.

Em alguns momentos as respostas basearam-se no senso comum, ou na própria interpretação do termo SAE, isto foi visualizado quando os entrevistados não conseguiam dar um sentido ao conceito dito, esta dificuldade deu-se principalmente nos estudantes da primeira e segunda série que precisaram de um tempo maior para responder a pergunta orientadora.

A seguir são apresentadas as respostas dos entrevistados de acordo com as categorias construídas.

SAE e o processo de enfermagem

Nesta primeira categoria observamos que ao pensar em SAE os acadêmicos associam-na com o processo de enfermagem. Acadêmicos da terceira e quarta série citaram as etapas do processo de enfermagem, o histórico, a prescrição, a evolução, o diagnóstico e a intervenção. As anotações de enfermagem também surgiram nos discursos dos entrevistados.

SAE enquanto método de trabalho do enfermeiro

Nesta categoria os acadêmicos da primeira à quarta série associaram a SAE com uma maneira de organização do trabalho do enfermeiro a fim de alcançar uma assistência adequada. O termo organização também foi mencionado associado à padronização e ao planejamento. O planejamento também foi citado como medida de preparação seguido da ação assistencial por acadêmicos da primeira, terceira e quarta série. Além destes termos, os entrevistados da segunda e terceira série citaram a palavra padrão ligada à padronização do atendimento, e um entrevistado da primeira série citou o termo controle.

SAE e a assistência ao paciente

A terceira categoria apresenta a relação feita pelos acadêmicos da primeira, terceira e quarta série do curso, entre a SAE e o cuidado ao paciente. Ao pensar em SAE os entrevistados a associaram com uma necessidade no atendimento e cuidado ao paciente, meio de proporcionar qualidade à assistência prestada, forma de cuidado e atendimento integral com foco no paciente e instrumento facilitador da assistência.



Trabalho 198

SAE e a atuação do enfermeiro

Nesta última categoria os entrevistados apresentam a SAE como base da atuação do enfermeiro, uma atividade exclusiva deste, além disso, citaram a SAE enquanto resultado de um trabalho realizado por enfermeiros ao longo da história e não descartam que ainda há dificuldades na implantação da mesma, e que em muitos momentos a SAE não é realizada.

Conclusão

Observou-se uma diversidade de termos que definiram a SAE, no entanto, todos se voltaram para uma importante atividade a ser realizada pelo enfermeiro em sua assistência. Em alguns momentos observamos que as respostas giram em torno do senso comum dos acadêmicos, isto se torna mais claro quando os mesmos não conseguem explicar o sentido de sua resposta, fato este encontrado em estudantes das séries iniciais.

Apesar desta dificuldade, em todas as séries os entrevistados trouxeram respostas significativas à questão, mostrando que a SAE enquanto uma seiva do currículo integrado está permeando as unidades de estudo ao longo do curso, fortalecendo assim a compreensão da temática pelos acadêmicos.

Contribuições / implicações para a Enfermagem

A compreensão desta temática em diferentes cenários poderá contribuir com a organização de cursos de graduação em enfermagem no ensino da SAE, repercutindo positivamente na prática dos futuros profissionais e inevitavelmente contribuindo para a qualidade da assistência ao paciente.

Referências

1. Dellarzo MSG, Rossetto EG, Vannuchi MTO, et al. A organização curricular por módulos. In: Dellarzo MSG, Vannuchi MTO, organizadoras. O currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho a realidade, Londrina: Hucitec; 2005. P. 85-100.
2. Garanhani ML, Valle EM. Educação em enfermagem: análise existencial em um currículo integrado sob o olhar de Heidgger. Londrina: Eduel; 2010.
3. Venturini DA, Matsuda LM, Waidman MAP. Produção científica brasileira sobre sistematização da assistência de enfermagem. Cienc Cuid Saude. 2009 out-dez; 8(4):707-15.
4. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.

Descritores: Educação em enfermagem; Estudantes de Enfermagem; Currículo.

Eixo temático: EIXO 3 – Pesquisa em Enfermagem.



Trabalho 199

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NUM HOSPITAL GERAL DE ENSINO: VANTAGENS E DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO ⁽¹⁾

Geísa da Silva Reis ⁽²⁾

Professora Doutora Maria Angela Reppetto ⁽³⁾

Introdução: A enfermagem organiza-se e expressa sua ação no cuidado com o ser humano, ou na assistência ao indivíduo em diversos lugares, e nas suas condições de saúde. “A enfermagem é gente que cuida de gente”⁽¹⁾. A Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE é reconhecida pelos profissionais de enfermagem como um marco a ser institucionalizado nos serviços de saúde. O Conselho Federal de Enfermagem, através da Resolução COFEN nº 272/2002, dispõe sobre a SAE nas instituições de saúde no Brasil e determina que sua implementação deva ocorrer como em todas as instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas ⁽²⁾. **Objetivos:** Identificar as dificuldades, dos enfermeiros, na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, em unidades de internação de uma instituição hospitalar. Descrever as vantagens da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, pelos enfermeiros de unidade de internação de uma instituição hospitalar. **Métodos:** foi uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 30 enfermeiros, que aceitaram participar do estudo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, das unidades de internação de um hospital de ensino, vinculado ao SUS, localizado na cidade de São Paulo. A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2012, após a aprovação do projeto pelo CEP (parecer nº 008/12 – PB). O instrumento de coleta de dados foi um formulário. **Resultados e discussão:** O sexo feminino foi o mais freqüente, com faixa etária de 31 e 38 anos (11-36,6%); o tempo de formação mais freqüente foi entre 2 e 5 anos (12-40%) de formados, quanto a experiência profissional, a maioria tinha 6 meses a 5 anos (13-45%). As especialidades mais citadas, pelos enfermeiros, foram Nefrologia e Unidade de Terapia Intensiva (8-18,61%). Em relação as respostas dos enfermeiros sobre as fases da SAE mais utilizadas, foram o Diagnóstico de Enfermagem (24-25,5%) e o Plano de Cuidados (23-24,4%). Quanto as respostas dos enfermeiros sobre as fases que encontraram dificuldades em realizar foi o Diagnóstico de Enfermagem (11-36,7%). As respostas dos enfermeiros, mais freqüentes, sobre as dificuldades encontradas para a realização da SAE foram a falta de tempo (27-24,5%), o excesso de atividades (22-20,1%), e o número excessivo de pacientes (14-12,7%). Sobre as vantagens da SAE, as respostas mais freqüentes foram a melhoria qualidade no atendimento (26-19,1%) e a valorização as atividades do profissional enfermeiro (21-15,5%). As sugestões fornecidas pelos enfermeiros quanto a implementação da SAE, no setor, foram adequação do dimensionamento da equipe de enfermagem (12-30%) e a elaboração de impresso adequado (10-25%). **Conclusão:** Mesmo a realização da SAE ser exigência legal e ética para o exercício profissional do enfermeiro faz-se necessária a conscientização de cada um para que seja implementada e implantada, por meio de grupos de estudos afim de que as dificuldades sejam sanadas e suas vantagens valorizadas por ser uma atividade privativa do enfermeiro.

Descritores- Enfermagem. Processo de Enfermagem. Prática Profissional

Referências:

1- Horta WA. Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011.

2- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 272/2002. dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições de Saúde Brasileiras [legislação na Internet]. Rio de Janeiro; 2002



Trabalho 199

2

[citado 2007 jan. 29]. Disponível em: <http://WWW.portalcofen.gov.br/Site/2007/materiais.asp?ArticleID=7100§ionID=34> (15 mar. 2011).

- 1-Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem-Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
- 2-Enfermeira.Graduada pelo Curso de Graduação em Enfermagem-Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
- 3-Enfermeira. Doutor em Ciências.Professora Adjunto- Curso de Graduação em Enfermagem-Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Orientadora



Trabalho 200

CONTRIBUIÇÃO DO GENOGRAMA PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM FAMÍLIAS

INTRODUÇÃO: A família contribui ativamente no crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes, especialmente nos primeiros anos de sua vida. Participa ativamente das suas atividades diárias e muitas vezes as conduz. E para a formação do sujeito, participam não apenas pai e mãe, como também tios, primos, madrinhas, além de vizinhos, pois a rua tornou-se um prolongamento da casa, dividindo com a comunidade as experiências e aprendizados cotidianos. Nesse contexto, a família torna-se um importante aliado na promoção da saúde de seus membros, especialmente quando se trata de um problema de saúde que se estende por um período prolongado de tempo como é o sofrimento psíquico. Estudos comprovam que a família passa por grandes alterações em decorrência do adoecimento psíquico de um de seus membros, o que poderá trazer modificações na dinâmica familiar (CAVALHERI, 2010). Assim, para a assistência a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, é fundamental a inserção da família em todo o processo, especialmente nos modelos de atendimento do CAPS, no qual o paciente passa apenas parte do seu dia com os profissionais e retorna ao seio familiar.² Dessa forma, utilizando-se dos diagnósticos de enfermagem relacionados a família pode-se colaborar para identificação de intervenções a família na busca por melhorias no convívio familiar. A utilização do diagnóstico de enfermagem se faz necessário pois a partir da identificação das prioridades identificadas aos pacientes poderá ser realizado o plano de cuidados direcionado às famílias. **OBJETIVOS:** Identificar diagnósticos de enfermagem na família de uma criança atendida no Centro de Atenção Psicossocial infanto juvenil. **METODOLOGIA:** A coleta de informações ocorreu em um CAPSi de Fortaleza, Ceará, com a utilização de questionamentos circulares e elaboração de genograma e ecomapa junto às famílias, conforme sugerido no Modelo Calgary de Avaliação da Família.³ Foram sujeitos desta pesquisa as famílias, com pelo menos um membro participe do grupo de familiares no CAPSi há mais de dois meses e cujas crianças a eles vinculados tivessem pelo menos três meses de acompanhamento no CAPSi, totalizando 15 famílias. No atual estudo, parte de dissertação de mestrado, analisa-se uma dessas famílias, cujos membros são apresentados com nomes fictícios, que são apresentadas por meio de genograma e ecomapa, além de sua descrição para facilitar a compreensão da mesma. A pesquisa seguiu as normas éticas estabelecidas pela resolução 196/96, sendo aprovada sob número de processo 11043612-1 pela Universidade Estadual do Ceará. **RESULTADO:** Genograma e ecomapa foram construídos em conjunto com a mãe da criança e são apresentados de forma conjunta para visualização da família e suas relações internas e externas. Conforme a entrevistada, a família encontrava-se em modificações na sua formação. A mãe de Mário, estava muito abalada pelas mudanças recentes e não aceitava a velocidade com que os acontecimentos ocorriam em sua casa. Devido aos comportamentos agressivos de Mário, com 7 anos, seu padrasto teve que sair de casa com o irmão caçula, 1 ano, devido ao medo de que Mário cometesse algum ato violento contra o irmão mais novo. Eles mudaram-se para uma casa própria, que era alugada a terceiros, perdendo, portanto, a renda do aluguel desse imóvel. Assim, na residência ficaram Mário e sua mãe. Estes desenvolvem um vínculo de grande intensidade e de maneira harmônica. A mãe de Mário ainda sustentava uma grande amizade com sua irmã, que a ajudou na criação do menino. Outro núcleo familiar era constituído pela avó de Mário, seus dois primos mais velhos e seu tio caçula, que a depoente acredita que “tem problemas mentais”. Esse possuía um vínculo frágil com a mãe da criança acompanhada pelo CAPSi. A avó de Mário estabelecia uma relação conflituosa com a filha, por não compreender o sofrimento psíquico da criança. A entrevistada preferiu colocar a ela mesma e a seu companheiro em dois núcleos familiares diferenciados, pois, assim, retrataria as dificuldades que estava passando distante de seu esposo e do filho mais novo, que ainda



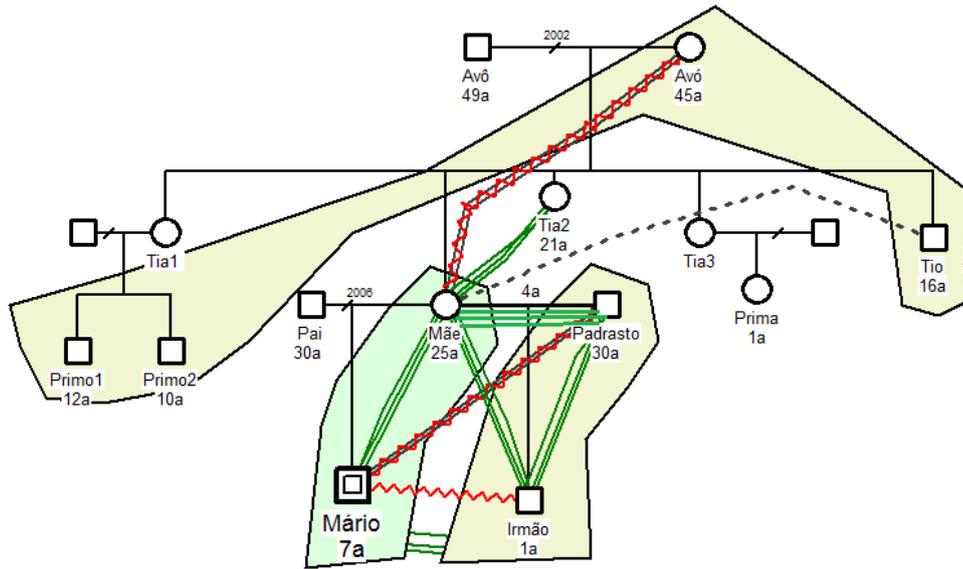
Trabalho 200

mamava, antes dessa separação. Os dois núcleos familiares compostos pelos genitores de Mário, juntos há quatro anos, estavam unidos por um forte vínculo de companheirismo, que, mesmo com a distância, permanecia forte. A mãe de Mário apresentou-se, em vários momentos da entrevista, emocionada, chorando devido ao sofrimento que está enfrentando. Ainda, referiu em vários momentos que pensava em desistir do tratamento, pois ele “podia não levar a nada”. Temia que estivesse desistindo de seu trabalho e do lar sem a certeza da melhora de Mário. Referiu que muitas pessoas diziam que o menino não tinha necessidade de ser acompanhado no CAPSi, que seria “só uma fase” vivenciada por qualquer criança, o que desestimulava a deopente ao tratamento. Ela refletia em muitos momentos da entrevista sobre seu próprio futuro e como que seria para seu filho e sua família. Empenhava-se em investir no projeto arquitetônico de pequenas casas que pensa em construir em um terreno que possui, para que o filho tenha como se sustentar quando adulto. **CONCLUSÃO:** Na família estudada pode-se detectar diversos diagnósticos de enfermagem⁴: 1. Processos familiares disfuncionais caracterizados por incapacidade de lidar com conflitos, orientação para o alívio da tensão em vez de atingir objetivos, capacidade reduzida dos membros da família se relacionarem entre si visando ao crescimento e ao amadurecimento mútuos, dinâmicas familiares perturbadas, papéis familiares interrompidos, tensão, infelicidade, desesperança e angústia; relacionados a falta de habilidade para resolver problemas e habilidades de enfrentamento inadequadas. 2. Processos familiares interrompidos, caracterizados por mudanças na satisfação com a família; relacionado à crises situacionais, transição situacional e mudança no estado de saúde de um dos membros da família. 3. Disposição para processos familiares melhorados, caracterizado por expressar desejo de melhorar a dinâmica familiar, o respeito pelos membros da família é evidente e os laços entre os membros são mantidos. 4. Enfrentamento familiar comprometido caracterizado por Pessoa significante afastar-se do cliente e Pessoa significante tentar comportamento de apoio com resultados insatisfatórios. **IMPLICAÇÃO PARA A ENFERMAGEM:** A utilização do genograma e ecomapa é de grande valor para a análise da família e para a elaboração de diagnósticos de enfermagem relacionados a família para que melhor se possa compreender e intervir na dinâmica familiar.

1.CAVALHERI, S.C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e o seu impacto na família. **Rev Bras. Enferm**, Brasília: 2010 jan-fev; 63(1) :51-7.



Trabalho 200





Trabalho 201

CRIANÇAS ATENDIDAS EM EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA E OS PRINCIPAIS DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS E GASTROINTESTINAIS

Autoras: Lidia Stella, Albertina Aguiar Brilhante, Fernanda Jorge Magalhães, Francisca Elisângela Teixeira Lima, Ana Paula de Oliveira Queiroz, Isis de Oliveira Pinheiro

Os distúrbios gastrointestinais e respiratórios são considerados os mais incidentes e importantes processos patológicos na infância. Tem-se como objetivo identificar as manifestações clínicas das crianças com distúrbios gastrintestinais e respiratórios atendidas em unidade de urgência/emergência de um hospital pediátrico. Estudo descritivo, transversal, desenvolvido em hospital público pediátrico de Fortaleza-CE. A população foi de 283 crianças com distúrbios respiratórios e 282 com distúrbios gastrointestinais atendidas na unidade de urgência/emergência. Amostra composta de 112 crianças com distúrbios respiratórios e 106 com distúrbios gastrointestinais atendendo aos critérios de inclusão: ter idade entre zero a 10 anos acompanhados de um responsável. Os critérios de exclusão: ir à unidade para consulta eletiva ou buscar exames laboratoriais. A coleta de dados ocorreu no período de junho/2010 a julho/2011, por meio de formulário específico. Os dados foram expostos em quadros e tabelas, analisados por estatística descritiva e literatura pertinente à temática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob protocolo nº 80/09. Das crianças com distúrbios gastrintestinais, predominou a idade de um a seis anos (79,2%), sexo masculino (50,9%), a maioria ainda não estudava (54,7%) e possuíam renda familiar de um salário mínimo (51,9%). Em relação as crianças com distúrbios respiratórios prevaleceu a idade de zero a 3 anos (68,1%), renda familiar de um salário mínimo (59,2%), maioria não estudava (57,5%), não houve predominância de sexo. Constataram-se as seguintes incidências principais em relação aos distúrbios gastrintestinais: vômito (52,3%), diarreia (28,5%), dor abdominal (15,4%). E, em relação aos distúrbios respiratórios, tosse (66,3%), febre (50,4%) e dor de garganta (14,1%). É preciso uma sensibilização por parte dos governantes e profissionais da saúde para minimizar os agravos e complicações à saúde da comunidade, evitar o excesso de crianças nas filas de espera melhorando a qualidade da assistência prestada nas unidades de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS.



Trabalho 201

1. Tacsí YRC, Vendruscolo DMS. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto. 2004;12(3):477-484.
2. Ferraz C, Vaz R, Azevedo M, Carvalho I, Santos LA. Readmissões na Urgência Pediátrica do Porto. Arq Med. 2009;23(5):173-175.
3. Salgado RMP, Agüero FCM. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. Pediatría. São Paulo. 2010;32(2):90-7.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.
5. Neves CAB. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2006. [Citado em 06.04.2011]. Disponível em: <http://www.unifaimi.edu.br/v8/Biblioteca/ACOLHIMENTO%20nas%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Produ%C3%A7%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>
6. Mafra AA, Martins P, Shimazaki ME, Barbosa YR, Rates SMM, Noronha R, Belezia BF, Rocha MOC, Sales IMC, Lima FET, Batista FLR, Prado JMS, Castro PMEB, Carvalho FF, Carvalho AL, Martins MCB, Souza MFB, Santos GF, Melo ALL. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria. Ministério da Saúde. Prefeitura de Fortaleza. Fortaleza. 2008.
7. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 17 ed. São Paulo: Cortez. 2009.
8. 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.
9. Franco TB, Bueno WS, Mehry EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1999;15(2): 345-353.
10. Scholze AS, Ávila LH, Silva MM, Dacoreggio STK. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. Revista Espaço para a Saúde. Londrina. 2006;8(1):7-12.
11. Coelho MO, Jorge MBS. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2009.



Trabalho 201

12. Souza ECFS, Vila RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2008; 24(Sup 1):100-110.
13. Costa MAR, Cambiriba MS. Acolhimento em Enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. Cienc Cuid Saude. 2010;9(3):494-502.
14. Matos DPM, Queiroz APO, Lima FET. Dificuldades e benefícios do acolhimento com classificação de risco nos hospitais municipais de Fortaleza. In: anais do XXVIII Encontro de Iniciação Científica da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 21-23/out/2009.
15. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo.(Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2003.
16. Nascimento DD, Correia DMS. The Perception Of Hospitalized Clients In Interpersonal Interaction With Health Professionals. Rev enferm UFPE on line. 2011;5(2):238-47.



Trabalho 202

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS*

Leidiene Ferreira Santos¹

Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira²

Maria Alves Barbosa³

Selma Rodrigues Alves Montefusco⁴

Allison Barros Santana⁵

INTRODUÇÃO: A doença e hospitalização da criança levam a família a vivenciar sentimentos e emoções que variam entre tristeza, medo, insegurança, pena, culpa, impotência e outros. A pessoa que acompanha a criança, durante o período de hospitalização, vivencia a dificuldade de sair de um ambiente familiar para um ambiente totalmente estranho, sente-se isolada e privada do convívio com pessoas significativas em sua vida, como família e amigos e, ainda, se sente em constante tensão devido ao estado clínico da criança¹. Assim, acreditamos que é preciso transformar a permanência da família no hospital, tornando essa experiência menos traumática e fatigante. Para tanto, essa pesquisa objetivou identificar os principais Diagnósticos de Enfermagem em famílias de crianças hospitalizadas segundo a taxonomia II da NANDA², já que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) garante a responsabilidade junto ao cliente assistido, pois este processo permite diagnosticar as necessidades do cliente, fazer a prescrição adequada dos cuidados e pode nortear tomada de decisões em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem³. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados durante doze sessões de um Grupo de Apoio a Pais e Familiares de crianças hospitalizadas (GRAPF) em uma Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um hospital-escola de Goiânia-GO. Participaram da pesquisa os sujeitos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; e pertencer à família de uma criança hospitalizada na UIP do hospital pesquisado no período da coleta de dados, de fevereiro a março de 2010. Os dados foram registrados por meio de gravação em mídia digital e em diário de campo. Para análise do material e identificação dos Diagnósticos de Enfermagem, foi usado processo de raciocínio diagnóstico, que é gradual, interativo e intuitivo. O reconhecimento das evidências, a geração mental dos possíveis diagnósticos, a comparação das evidências com tais diagnósticos, a coleta focalizada e a validação dos diagnósticos fazem parte do processo⁴. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Trinta e quatro pessoas participaram dos doze encontros do GRAPF. O número de familiares, em cada encontro, variou de três a sete e os participantes foram, principalmente, mães (23; 67,6%), seguidas por tios (5; 14,7%), avós (4; 11,8%) e pais (2; 5,9%) das crianças hospitalizadas. A análise do material permitiu a identificação dos seguintes Diagnósticos de Enfermagem, distribuídos em vários domínios: *domínio 1 (promoção da saúde)* - Atividade de

¹Enfermeira; Professora Assistente da Universidade Federal de Tocantins; Doutoranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás; leidienesantos@yahoo.com.br;

²Enfermeira; Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília/UNB/Brasil; Professora Associada da Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem;

³Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP; Professora Titular da Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem;

⁴Enfermeira. Professora Assistente da Universidade Federal de Goiás; Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás;

⁵Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Católica de Goiás/PUC; Professor da Universidade Federal do Tocantins;

*Pesquisa desenvolvida em parceria com a Liga Acadêmica em Sistematização da Assistência de Enfermagem – LASAE/UFT.



Trabalho 202

recreação deficiente; *domínio 4 (atividade e repouso)* - Padrão de sono prejudicado, Manutenção do lar prejudicada; *domínio 5 (percepção/cognição)* - Conhecimento deficiente, Comunicação verbal prejudicada; *domínio 6 (auto percepção)* - Risco de solidão, Risco de baixa autoestima situacional; *domínio 7 (papéis e relacionamentos)* - Paternidade ou maternidade prejudicada, Risco de paternidade ou maternidade prejudicada, Tensão do papel de cuidador, Risco de tensão do papel de cuidador, Processos familiares interrompidos, Disposição para processos familiares melhorados, Interação social prejudicada; *domínio 9 (enfrentamento/tolerância ao estresse)* - Síndrome do estresse por mudança, Risco de síndrome do estresse por mudança, Ansiedade, Sentimento de impotência, Risco de sentimento de impotência, Medo; *domínio 10 (princípios da vida)* - Disposição para religiosidade melhorada; *domínio 11 (segurança/proteção)* - Risco de infecção, Risco de contaminação; *domínio 12 (conforto)* - Conforto prejudicado. Assim como nessa pesquisa, os diagnósticos de Tensão do papel de cuidador, Comunicação verbal familiar prejudicada, Processos familiares interrompidos e Manutenção do lar prejudicada, também foram encontrados em estudo com famílias em situação de acompanhamento de pessoas hospitalizadas para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis⁵. Assim, percebe-se que no ambiente hospitalar a família vivencia experiências que, na maioria das vezes, são negativas em razão do ambiente hostil, das ameaças reais e imaginárias, da ruptura familiar, da perda/redução da autonomia da família em relação a criança. Também é importante destacar que os longos períodos de internação da criança, as visitas recorrentes ao hospital, o repouso prejudicado em decorrência da preocupação e das responsabilidades assumidas nesse processo, e as dificuldades financeiras e de acesso ao serviço de saúde, produzem grande desgaste físico e emocional¹. A família é uma unidade complexa com diversas necessidades, interesses, contradições e com forte influência nos comportamentos de saúde⁵. Por isso, a equipe de saúde deve estabelecer relação cordial e de empatia com a família, pois essa clientela sente dificuldade em lidar com o sofrimento da criança e, também, com seu próprio sofrimento, necessitando de apoio para vivenciar os momentos de dificuldade¹.

CONCLUSÃO: Os Diagnósticos de Enfermagem identificados indicam que famílias de crianças hospitalizadas apresentam várias demandas, tais como: receber informações sobre diagnóstico e quadro clínico da criança, manter diálogo/contato com a equipe de saúde, receber apoio de familiares e pessoas significativas. Assim, é importante que cursos de graduação na área da saúde incluam o estudo da assistência à família em sua grade curricular, oportunizando aos graduandos trabalhar com essa clientela, a fim de compreender a complexidade e a necessidade de incluí-la em seu plano de cuidados. Adentrar a vida da família e olhar com os olhos de quem vive a experiência, e não somente como espectador, permite ao profissional compreender o verdadeiro impacto da doença na dinâmica familiar e o sensibiliza para valorizar as experiências humanas e ter compaixão pela dor do outro, fortalecendo seu compromisso com a responsabilidade social e humanização da assistência.

Descritores: Enfermagem; Enfermagem Familiar; Diagnóstico de Enfermagem; Família.

Eixo temático: Pesquisa em Enfermagem.

Referências:

1- SANTOS, L. F.; OLIVEIRA, L. M. A. C.; MUNARI, D. B.; PEIXOTO, M. K. A. V.; SILVA, C. C.; FERREIRA, A. C. M.; NOGUEIRA, A. L. G. Grupo de suporte como estratégia para assistência de enfermagem à família de recém-nascidos hospitalizados. **Rev Eletr Enferm**, v.14, n.1, p.42-49, 2012.



Trabalho 202

- 2- North American Nursing Diagnosis Association, organizador. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2013.
- 3- SILVA, E. G. C.; OLIVEIRA, V. C.; NEVES, G. B. C.; GUIMARÃES, T. M. R. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.6, p.1380-1386, 2011.
- 4- ROCHA, L. A.; MAIA, T. F.; SILVA, L. F. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev Bras Enferm**, v.59, n.3, p.321-326, 2006.
- 5- MONTEFUSCO, S. R. A.; BACHION, M. M.; NAKATANI, A. Y. K. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o Modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.1, p.72-80, 2008.



Trabalho 203



SAÚDE BUCAL E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM¹



Vanessa dos Santos Ribeiro², Ana Paula Neroni Stina², Cristina Mara Zamarioli³,
Sheila Ramalho Coelho Vasconcelos de Moraes⁴, Emilia Campos de Carvalho⁵

Introdução

Diagnósticos de enfermagem abrangem distintos domínios do saber, inclusive questões relacionadas à saúde bucal.

Objetivo

❖ Caracterizar a saúde bucal e a sua relação com os diagnósticos de enfermagem Mucosa oral prejudicada e Dentição prejudicada.

Método

- Revisão integrativa
- Bases: Medline e LILACS
- Cruzamentos: os próprios rótulos diagnósticos
- 339 documentos (89 duplicidades, 221 exclusões, 29 artigos analisados)
- Período: setembro de 2012

Resultados

Dentição prejudicada

- Novos fatores relacionados identificados: alteração genética, trauma/acidente, perda óssea, sensibilidade à pressão digital.

Referência

Herdman HT. (Ed). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/[NANDA International]. Porto Alegre: Artmed, 2013. 606p.

Mucosa oral prejudicada

- Características definidoras sugeridas: atrofia de mucosa e perda de papila gustativa

- Fatores relacionados sugeridos: contratura mandibular, dificuldade para abrir a boca e perda de apetite.

- Saúde bucal retratada em distintos diagnósticos, porém com elementos comuns: déficits nutricionais; barreira econômica, ao autocuidado e ao cuidado profissional; higiene oral ineficaz.

Conclusões

- Novos elementos foram apontados para os diagnósticos

- Manutenção das definições propostas na taxonomia

Implicações para a enfermagem

- Busca da representatividade do fenômeno e precisão dos diagnósticos.

1. Pesquisa subvencionada pelo CNPq.

2. Alunas de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

3. Enfermeira. Mestranda na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

4. Enfermeira. Prof Msc Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Doutoranda pelo Programa Interunidades na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). E-mail: sh25rcvm@gmail.com

5. Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).



Trabalho 204

REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA: UMA ANÁLISE DE CONCEITO

Katiúcia Martins Barros*, Daclé Vilma Carvalho**

Introdução

Os diagnósticos de enfermagem, enquanto categoria nominal, expressam o raciocínio diagnóstico realizado pelo enfermeiro a partir do exame clínico e permitem a comunicação dos fenômenos pertinentes à assistência de enfermagem¹. Observa-se, no entanto, que determinados diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA-I não representam completamente os fenômenos observados na prática assistencial que demandam condutas de enfermagem. Isso decorre do fato de a definição do diagnóstico não descrever de forma clara e precisa as características dos fenômenos clínicos observados ou não abrangê-las totalmente. Além disso, a falta, na taxonomia em questão, de alguns fatores relacionados e de determinadas características definidoras que representam, respectivamente, causas e manifestações do diagnóstico, também contribuem para que certos diagnósticos não representem os fenômenos observados em sua totalidade. Nesse contexto, verifica-se que a definição do diagnóstico integridade tissular prejudicada não contempla danos às estruturas teciduais localizadas abaixo do tecido subcutâneo limitando sua utilização para diagnosticar lesões físicas com comprometimento de músculos, tendões, ossos, ligamentos, articulações ou cápsulas. Além disso, as listas de características definidoras e de fatores relacionados desse diagnóstico não apresentam, respectivamente, outras lesões teciduais e outros fatores associados à ocorrência de lesões que são evidenciados na prática. Diante do exposto, fez-se necessário realizar um estudo de revisão do diagnóstico de enfermagem integridade tissular prejudicada, pois os nomes atribuídos aos fenômenos clínicos que demandam ações de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem, precisam ser revisados de forma sistemática e contínua para permitir que esses fenômenos sejam claramente comunicados. Espera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para aumentar a abrangência do diagnóstico integridade tissular prejudicada em relação às lesões teciduais que são diagnosticadas e tratadas por enfermeiros, bem como para o aprimoramento da taxonomia da NANDA-I no que se refere a esse diagnóstico.

Objetivo

Revisar o diagnóstico de enfermagem integridade tissular prejudicada apresentado pela taxonomia da NANDA - I (2009-2011).

Material e métodos

Trata-se de uma análise de conceito do diagnóstico integridade tissular prejudicada. Esse método consiste na etapa inicial de revisão e validação de um diagnóstico de enfermagem e tem como objetivo identificar os atributos característicos de um conceito evidenciando, assim, a base teórica e conceitual do diagnóstico². Considerando que os diagnósticos de enfermagem

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Docente do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte e dos cursos de especialização em Terapia Intensiva da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte e do Centro Universitário UNA. E-mail: katiuciamartins@hotmail.com

** Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais nos níveis de graduação e pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado).



Trabalho 204

são conceitos que precisam ser desenvolvidos ou aperfeiçoados por meio de métodos sistemáticos, a análise de conceito tem sido apontada como um método relevante no processo de desenvolvimento de novos diagnósticos ou no aperfeiçoamento de diagnósticos que já constam na taxonomia da NANDA-I³. Dessa forma, considera-se que a análise de conceito seja a abordagem metodológica mais adequada para a etapa inicial de revisão do diagnóstico integridade tissular prejudicada, uma vez que a análise de conceito, ao evidenciar a base teórica e conceitual do diagnóstico em questão, irá contribuir para aumentar a coerência e o entendimento do seu uso na prática clínica. Entre os vários modelos de análise de conceito descritos na literatura, optou-se pela abordagem metodológica de Walker e Avant, realizando-se as seguintes etapas: seleção do conceito, determinação do objetivo da análise conceitual, identificação dos usos do conceito, determinação dos atributos definidores, determinação dos antecedentes e definição dos referentes empíricos. Para determinar o uso do conceito **integridade tissular prejudicada**, bem como os atributos definidores e os antecedentes desse diagnóstico, realizou-se uma revisão integrativa da literatura⁴, orientada pelas seguintes questões: *quais características definidoras do diagnóstico de enfermagem integridade tissular prejudicada são descritas na literatura? quais fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem integridade tissular prejudicada são descritos na literatura?* Os estudos foram selecionados nas bases MEDLINE/PubMed, LILACS, BDeF, CINAHL, TESESENF, no Banco de Teses da CAPES, no Banco de Dados Bibliográficos da USP (DEDALUS) e por meio de busca no Google Acadêmico, considerando os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em português, inglês e espanhol e dissertações ou teses publicados em português que descrevem características definidoras e/ou fatores relacionados do diagnóstico integridade tissular prejudicada, publicados a partir de 2006. Uma vez que o conceito selecionado para a análise conceitual foi o diagnóstico integridade tissular prejudicada e que o objetivo desta análise de conceito foi esclarecer o significado desse diagnóstico, considerou-se pertinente utilizar, para a busca dos estudos nas bases de dados consultadas, bem como no portal de busca Google Acadêmico, o descritor não controlado **integridade tissular prejudicada** e seus sinônimos em inglês e espanhol. Ressalta-se que apenas na base de dados MEDLINE/PubMed, além dos descritores não controlados *impaired tissue integrity* e *integridad tisular perjudicada*, também foi utilizado o descritor controlado *nursing diagnosis* da base de descritores controlados da MEDLINE/PubMed, o vocabulário MESH. Das 635 publicações recuperadas inicialmente, 28 foram selecionadas para compor a amostra da revisão integrativa.

Resultados e discussão

Os resultados da revisão integrativa da literatura evidenciaram atributos definidores e antecedentes de integridade tissular prejudicada que representam, respectivamente, características definidoras e fatores relacionados desse diagnóstico. Ao confrontar as características definidoras e os fatores relacionados evidenciados na literatura com aqueles apresentados pela taxonomia da NANDA-I para integridade tissular prejudicada, foi possível identificar lesões com comprometimento abaixo do subcutâneo e outras causas de lesões teciduais que não constam na referida taxonomia. Esses resultados permitiram revisar a definição, as características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico em questão,

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Docente do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte e dos cursos de especialização em Terapia Intensiva da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte e do Centro Universitário UNA. E-mail: katiuciamartins@hotmail.com

** Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais nos níveis de graduação e pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado).



Trabalho 204

bem como elaborar uma proposta de reformulação desses componentes estruturais. Assim, sugere-se a seguinte proposta de revisão para o diagnóstico integridade tissular prejudicada: definição (dano a membranas mucosas, córnea, pele, tecido subcutâneo, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, articulação, cápsula e/ou ligamento); características definidoras (tecido destruído: tecidos necróticos ou perdas teciduais irreparáveis; tecido lesado: lesões teciduais reparáveis, com ou sem perdas teciduais); fatores relacionados (circulação alterada, déficit de conhecimento, déficit de líquidos, excesso de líquidos, extremos de temperatura, fatores mecânicos, fatores nutricionais, irritantes químicos, mobilidade física prejudicada, radiação, fatores elétricos, estado metabólico prejudicado, neuropatia periférica, sensibilidade alterada, processo de envelhecimento, umidade e uso de imunossupressores). Apesar de não constituir objetivo do estudo, a identificação de antecedentes de integridade tissular prejudicada possibilitou a elaboração de uma proposta de um diagnóstico que não consta na taxonomia da NANDA-I: risco de integridade tissular prejudicada.

Conclusões

Os resultados desta análise conceitual permitiram recomendações para a realização de futuras pesquisas. Ressalta-se que são necessários estudos de validação de conteúdo e validação clínica das propostas de revisão do diagnóstico integridade tissular prejudicada e do diagnóstico risco de integridade tissular prejudicada apresentadas nesta pesquisa, no intuito de aumentar o nível de evidência desses diagnósticos.

Descritores: Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Formação de conceito.

Eixo 3: Pesquisa em Enfermagem

Referências

- 1 Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. Garces RM, tradutora. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 2 Hoskins LM. Clinical Validation, Methodologies for Nursing Diagnoses Research. In: CARROL-JOHNSON, R.M. (ed.). Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Eighth Conference. Philadelphia: Lippincott; 1989. p. 126-31.
- 3 Walker LO, Avant KC. Concept analysis. 5nd ed. Pearson; 2011. Strategies for theory construction in nursing; p. 157-179.
- 4 Broome ME. Integrative Literature Reviews for the development of Concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000.

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Docente do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte e dos cursos de especialização em Terapia Intensiva da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte e do Centro Universitário UNA. E-mail: katiuciamartins@hotmail.com

** Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais nos níveis de graduação e pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado).



Trabalho 205

REVISÃO DO DIAGNÓSTICO RISCO DE CHOQUE

Djindyra Izabel Carneiro Maia*, Juliana de Cássia Sena Pinto*, Katiucia Martins Barros**

Introdução

Um diagnóstico de enfermagem é definido como um julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde ou a processos da vida reais ou potenciais, fornecendo a base para a seleção das intervenções de enfermagem necessárias para o alcance de resultados pelos quais os enfermeiros têm responsabilidade¹. A lista de diagnósticos de enfermagem aprovados para a taxonomia da NANDA-I vem crescendo e aperfeiçoando-se por meio de submissões de diagnósticos desenvolvidos ou revisados com base em pesquisas. Entretanto, cumpre ressaltar que a taxonomia da NANDA-I não possui todos os seus diagnósticos validados, o que pode contribuir para uma pouca utilização dos diagnósticos na prática clínica dos enfermeiros, uma vez que alguns desses diagnósticos possam não representar as reais necessidades de saúde dos pacientes². Nesse sentido, verifica-se, na prática profissional, que determinados diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA-I não representam de forma abrangente os fenômenos observados na prática assistencial do enfermeiro. Isso decorre do fato de a definição do enunciado diagnóstico não descrever de forma clara e precisa as características dos fenômenos clínicos identificados na prática assistencial ou não abrangê-las totalmente. Além disso, a falta de alguns fatores relacionados e/ou de risco e de determinadas características definidoras que representem, respectivamente, as causas e/ou os fatores de risco e as manifestações do diagnóstico observadas na prática também contribuem para que certos diagnósticos não representem os fenômenos observados em sua totalidade³. Dessa forma, ao se analisar o diagnóstico **risco de choque**, cuja definição é “risco de fluxo sanguíneo inadequado aos tecidos do corpo, capaz de levar à disfunção celular, com risco à vida”¹, percebe-se que sua definição não contempla todas as características do fenômeno choque. Em consulta ao banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), verifica-se que o descritor **choque** é definido como uma “afecção manifestada por falha na perfusão ou oxigenação de órgãos vitais”. Assim, considera-se que a definição do diagnóstico **risco de choque** proposta pela taxonomia da NANDA-I (2012-2014) não contempla todas as características do fenômeno **choque**. Considera-se, portanto, que a expressão “risco de fluxo sanguíneo inadequado aos tecidos do corpo” da definição do diagnóstico **risco de choque** encontra-se aquém dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos no de choque. Assim, faz-se necessário realizar este estudo de revisão da definição do diagnóstico em questão, uma vez que os nomes atribuídos aos fenômenos clínicos que demandam condutas de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem, precisam ser revisados sistemática e continuamente para permitir que tais fenômenos sejam claramente comunicados³. Espera-se, portanto, que os resultados do estudo possam contribuir para aumentar a abrangência do diagnóstico de enfermagem **risco de choque** em relação às características do fenômeno **choque**, bem como para o aprimoramento da taxonomia da NANDA-I no que se refere a esse diagnóstico.

* Acadêmicas do 9º período do curso de enfermagem da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte.

** Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Docente do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte e dos cursos de especialização em Terapia Intensiva da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte e do Centro Universitário UNA. Orientadora. E-mail para correspondência: katiuciamartins@hotmail.com



Trabalho 205

Objetivo

Revisar a definição do diagnóstico de enfermagem **risco de choque** apresentado pela taxonomia da NANDA-I (2012-2014).

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método de pesquisa que contribui para aprofundar o conhecimento sobre um determinado tema, uma vez que reúne e sintetiza estudos já realizados sobre o tema pesquisado, de forma sistemática e ordenada. Além disso, a revisão integrativa tem sido recomendada como etapa inicial de revisão, elaboração e validação de diagnósticos de enfermagem⁴. A revisão integrativa foi orientada pela seguinte questão norteadora de pesquisa: *quais os aspectos fisiopatológicos envolvidos no choque?* A amostragem dos estudos ocorreu por meio de busca eletrônica nas bases de dados do portal Biblioteca Virtual de Saúde, bem como de busca reversa e manual. Na busca eletrônica, utilizou-se o descritor controlado **choque** e os sinônimos em português desse descritor, quais sejam: colapso da circulação periférica, choque hipovolêmico, colapso circulatório, choque hemodinâmico e insuficiência circulatória. Foram considerados como critérios de inclusão, na busca eletrônica: artigos publicados em português e espanhol, nos últimos 5 anos, que descreviam a fisiopatologia do choque em humanos. Para a busca reversa e manual, os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos 5 anos, em português, inglês e espanhol, bem como livros e dicionários publicados nos últimos 10 anos, em inglês, português e espanhol. O recorte temporal de 5 anos para os artigos deve-se à recomendação da NANDA-I para utilizar, nos estudos de revisão, elaboração e validação de diagnósticos de enfermagem, pesquisas com 5 anos de publicação¹. As publicações foram selecionadas nas bases LILACS, IBECs, MEDLINE e na biblioteca da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte e a amostra final da revisão integrativa foi constituída por 16 publicações.

Resultados e discussão

As 16 publicações selecionadas para compor a amostra desta revisão integrativa foram ordenadas cronologicamente e categorizadas segundo tipo de documento, ano e idioma de publicação, fonte dos documentos e título do periódico. A análise das publicações selecionadas evidenciou que o choque tem sido considerado como uma síndrome clínica caracterizada por um estado de hipoperfusão celular generalizada no qual a liberação de oxigênio a nível celular é inadequada para atender as necessidades metabólicas. Com base nessa afirmação, o choque pode ser classificado em termos dos determinantes da perfusão e oxigenação celulares, associado a falência cardíaca, dilatação do sistema vascular e redução do volume dos líquidos corporais, independente da patologia de base, acarretando risco à vida⁵. Diante dos achados da revisão integrativa, fica evidente a necessidade de reformular a definição do diagnóstico de enfermagem **risco de choque**. Sugere-se, portanto, a seguinte definição para o diagnóstico de enfermagem **risco de choque**: **risco de hipoperfusão tecidual, secundário a colapso cardiocirculatório ou a perda de volume de líquidos**

* Acadêmicas do 9º período do curso de enfermagem da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte.

** Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Docente do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte e dos cursos de especialização em Terapia Intensiva da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte e do Centro Universitário UNA. Orientadora. E-mail para correspondência: katiuciamartins@hotmail.com



Trabalho 205

circulante, provocando hipóxia, alteração do metabolismo, disfunção e morte celular, com risco à vida.

Conclusão

Considera-se que o objetivo do estudo foi alcançado. Acredita-se que a reformulação da definição do diagnóstico em estudo poderá contribuir para que esse diagnóstico represente, de forma mais abrangente, os fenômenos relativos ao risco de choque. No intuito de aumentar o nível de evidência desse diagnóstico, segundo os critérios estabelecidos pela NANDA-I¹, recomenda-se que sejam realizados estudos de validação de conteúdo da definição proposta neste estudo.

Descritores: Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Choque.

Eixo 3: Pesquisa em Enfermagem

Referências

¹ NANDA-International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2012-2014. Garcez RM, tradutora. Porto Alegre: Artmed; 2013.

² Chaves ECL. Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual. 2008. 255 f. Tese [doutorado em enfermagem] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2008.

³ Barros KMB. Revisão do Diagnóstico de Enfermagem Integridade Tissular Prejudicada: uma análise de conceito [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.

⁴ Mendes KDS; Silveira RCCP; Galvão CM. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem [texto e contexto]. Florianópolis, v. 17, n. 04 out./dez. 2008.

⁵ Araújo NF; Abreu, JR; Baunworcel L; Rocha, RM. Angioplastia de Tronco em Nonagenária com Choque Cardiogênico [relato de caso]. Rev Bras Cardiol. 2011; 24(5):335-338. Set./ Out.

* Acadêmicas do 9º período do curso de enfermagem da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte.

** Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Docente do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte e dos cursos de especialização em Terapia Intensiva da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte e do Centro Universitário UNA. Orientadora. E-mail para correspondência: katiuciamartins@hotmail.com



Trabalho 206

REVISÃO INTEGRATIVA DOS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA MEMÓRIA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Ocília Maria Costa Carvalho¹
Iane Ximenes Teixeira²
Michelle Helcias Montoril²
Viviane Martins da Silva³

INTRODUÇÃO: No cuidado de enfermagem, considera-se que uma tecnologia, dentre elas os diagnósticos de enfermagem, ao serem utilizadas pelo enfermeiro, deve melhorar o padrão da assistência de enfermagem, reduzir custos pela diminuição das falhas no processo e favorecer situações que possam interferir no bem-estar do paciente. **OBJETIVO:** Analisar na literatura como a memória está sendo avaliada em pacientes que sofreram AVE. **METODOLOGIA:** A seleção dos artigos foi realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando o método de busca integrada pelo assunto “memória” AND “acidente vascular encefálico”, nas bases de ciências da saúde em geral, que compreende as bases de dados LILACS, IBICS e MEDLINE. A amostra final foi composta de 11 artigos científicos. **RESULTADOS:** Em relação ao tipo de revista nas quais os artigos incluídos na revisão, 10 foram publicados em revistas de especialidade, e apenas um foi publicado em revista de medicina geral. Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, evidenciou-se, na amostra: dez estudos observacionais descritivos e um ensaio clínico randomizado controlado. Observou-se a predominância de estudos que buscavam identificar o comprometimento cognitivo após o AVE. **CONCLUSÃO E CONTRIBUIÇÃO:** Conclui-se, que, apesar de encontrarmos vários estudos que buscavam verificar esse tipo de comprometimento, nenhum deles avalia especificamente a memória, porém os métodos de mensuração utilizados contemplam sua avaliação, de modo que pode ajudar ao enfermeiro aferir com mais precisão o diagnóstico de enfermagem memória prejudicada.

Descritores: cuidados de enfermagem; memória; acidente vascular encefálico.

Eixo 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM.

1. Enfermeira, Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Brasil. E-mail: ociliacarvalho@hotmail.com
2. Enfermeira, Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Brasil.
3. Doutora, Professora adjunta da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Brasil.



Trabalho 207

MAGNITUDE DA ASSOCIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS EM CRIANÇAS COM INFECÇÃO RESPIRATÓRIA.

Ocilia Maria Costa Carvalho¹

Daniel Bruno Resende Chaves²

Viviane Martins da Silva³

Marcos Venícios de Oliveira Lopes⁴

Lívia Zulmyra Cintra Andrade⁵

INTRODUÇÃO: O sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional é um dos mais divulgados e utilizados mundialmente. Neste sistema encontra-se uma padronização da linguagem para que essa possa ser utilizada no processo, no produto do raciocínio, no julgamento clínico de problemas reais ou potenciais de saúde e sobre os processos vitais. No entanto, em situações clínicas específicas, o processo de inferência diagnóstica pode se tornar ainda mais complexo e sujeito a incertezas. Os diagnósticos de enfermagem respiratórios possuem características definidoras comuns, o que pode contribuir para inferências diagnósticas pouco acuradas.² Estudos que visem a melhor definição e aplicação prática destes diagnósticos podem ajudar a tornar o processo de inferência diagnóstica mais fidedigno. O diagnóstico de enfermagem Desobstrução de vias aéreas (DIVA) foi inserido em 1980, sendo revisado em 1996 e 1998. Este tem como definição: incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída.³ Este diagnóstico pode ser encontrado tanto em adultos quanto em crianças numa multiplicidade de situações clínicas. Uma das principais doenças que ocorre na primeira infância e que está associada à DIVA é a Infecção Respiratória Aguda (IRA). A fisiopatologia das IRAs e as propriedades inerentes à população infantil podem justificar a alta ocorrência deste diagnóstico de enfermagem. Destaca-se que os diagnósticos respiratórios apresentados por crianças com IRA representam fenômenos de enfermagem prioritários, pois afetam diretamente a oxigenação tissular, sendo esta uma função vital. Portanto, estes problemas de saúde necessitam de intervenções de enfermagem rápidas e resolutivas. **OBJETIVO:** Identificar as características definidoras mais prevalentes, verificando a força da associação destas características com a DIVA. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em dois hospitais públicos pediátricos na cidade de Fortaleza-CE. Os sujeitos do estudo foram 249 crianças com, no máximo, cinco anos de idade e com diagnóstico médico inicial de IRA. Para a coleta dos dados, construiu-se um instrumento com base em consultas à literatura que contemplava

¹Enfermeira, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal do Ceará - UFC – Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: ociliacarvalho@hotmail.com

²Enfermeiro, Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal do Ceará - UFC – Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: dbresende@yahoo.com.br

³Doutora em Enfermagem, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: viviane.silva@ufc.br

⁴Doutor em Enfermagem, Professor Associado do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: marcos@ufc.br

⁵Enfermeira, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal do Ceará - UFC – Fortaleza (CE), Brasil. Bolsista CAPES-DS. E-mail: liviacintraandrade@gmail.com.



Trabalho 207

as técnicas de exame clínico e avaliação pulmonar, bem como publicações relacionadas às doenças respiratórias e aos diagnósticos de enfermagem.³ O instrumento contemplava dados pessoais, sócio demográfico, antecedentes médicos, antecedentes familiares, sinais e sintomas respiratórios apresentados pela criança e exame físico pulmonar detalhado. Outras informações referentes ao internamento foram obtidas do prontuário. Para a realização das inferências diagnósticas foram convidados dois enfermeiros especialistas, participantes de um núcleo de pesquisas em diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. A ocorrência dos diagnósticos foi determinada pela concordância absoluta entre os enfermeiros. Nos casos em que houve divergências, estes foram convidados para discutir os casos até que um consenso fosse alcançado. Os dados foram processados no software IBM SPSS versão 19.0 *for Windows*. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, recebendo parecer favorável (parecer nº. 309/10). **RESULTADOS:** Das 249 crianças avaliadas no estudo, 139 (55,8%) eram do sexo masculino, com mediana de idade de 13,76 meses (IQ = 22,28). Dentre as IRAs encontradas, a pneumonia foi a mais frequente com 79,9%. O DE em questão apresentou alta prevalência na população estudada. DIVA foi encontrado em 222 crianças (89,2%). Encontrou-se associação entre crianças que não frequentavam creche e a presença de DIVA ($p = 0,047$). As crianças que não frequentavam creche apresentaram chance 14% menor de desenvolver o diagnóstico. Enquanto que aquelas com antecedentes familiares de asma apresentaram 13% mais chance de desenvolver DIVA. As características definidoras manifestadas com maior frequência foram: “Tosse ineficaz” (91,3%), “Ruídos adventícios respiratórios” (77,1%), “Dispneia” (69,3%), “Mudança na frequência respiratória” (56,6%), “Ortopneia” (54,2%) e “Expectoração” (32,1%). Encontraram-se as seguintes CD com associação estatisticamente significante: “Dispneia”, “Expectoração”, “Ortopneia”, “Ruídos adventícios respiratórios”, “Sons respiratórios diminuídos” e “Tosse ineficaz”. Para as CD “Expectoração”, “Ortopneia”, “Dispneia” e “Tosse ineficaz”, as crianças apresentaram respectivamente chance de 4, 3, 2 e 85 vezes maior para desenvolver DIVA. **CONCLUSÃO:** O estudo possibilitou identificar as características definidoras mais prevalentes, bem como verificar a força de associação das características definidoras para o diagnóstico DIVA. É importante destacar que o perfil das características definidoras, bem como do diagnóstico de enfermagem em estudo sofrem grandes variações de acordo com as peculiaridades de cada população (sexo, idade, patologia, etc.) e, por conseguinte, generalizações devem ser vistas com ponderação. **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Conhecer como se apresentam os indicadores clínicos de DIVA em populações específicas, como a pediátrica, pode ajudar os enfermeiros no processo de inferência diagnóstica. Identificar o quanto cada característica definidora encontra-se associada ou é representativa de DIVA é outro ponto de importante relevância. Os indicadores clínicos associados à avaliação respiratória apresentam espectros variados de ocorrência, assim como DIVA. Sugere-se para realização de futuros estudos que se qualifique em graus variados estes indicadores para que se possa determinar de forma mais acurada o grau de comprometimento respiratório da criança.

REFERÊNCIA:

1. Müller-staub M, Lavin MA, Needham I, Achtergerg T. Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNPs, ICF, NANDA and ZEFP. *InternationalJournalofNursingStudies*. 2007; 44:702–713.
2. Carlson-Catalano J, Lunney M, Paradiso C, Bruno J, Luise BK, Martin T, Massoni M, Pachter S. Clinical validation of ineffective breathing pattern, ineffective airway clearance, and impaired gas exchange. *J. Nurs. Scholarship*. 1998; 30(3):243-248.



Trabalho 207

3. Herdman TH. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed, 2010.

DESCRITORES: Infecções respiratórias, Criança, Diagnóstico de enfermagem.

EIXO 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM



Trabalho 208

DESENVOLVIMENTO INFANTIL: CONSTRUINDO O CONCEITO

Juliana Martins de Souza¹

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo²

O desenvolvimento infantil (DI) é um aspecto central da saúde da criança, especialmente na primeira infância, quando o tecido nervoso tem maior plasticidade sendo, portanto, o período mais vulnerável bem como o que responde melhor às terapias e estímulos. Estudos da neurociência demonstram que o ambiente atua sobre a herança genética na determinação do DI, sendo o ambiente compreendido como a qualidade do cuidado direto a criança e as condições sociais em que esta vive⁽¹⁾. Assim, profissionais e comunidade devem atuar na promoção do desenvolvimento infantil. A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma ferramenta para o enfermeiro atuar na promoção do DI que necessita de conceitos precisos para garantir a qualidade dessa assistência. Estudo teórico realizado para verificar a abordagem do DI nas classificações de enfermagem da NANDA-I e na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE) evidenciou que estas classificações não abordam o fenômeno na sua complexidade⁽²⁾. Este estudo demonstrou que a análise de conceito do termo Desenvolvimento Infantil poderá trazer contribuições para os profissionais que atuam no atendimento à criança e subsidiar as classificações de enfermagem. A análise de conceito tem a finalidade de esclarecer, reconhecer e definir conceitos que descrevem os fenômenos da enfermagem, buscando identificar os atributos, antecedentes, consequências e definição do conceito. Os atributos são as características do conceito; os antecedentes são os eventos ou incidentes que influenciam o conceito; as consequências do conceito são os eventos ou incidentes que resultam da ocorrência do conceito; a definição do conceito permite que ele seja citado, comunicado, identificado e reconhecido⁽³⁾. O modelo Híbrido proposto por Schwartz-Barcott e Kim⁽⁴⁾ propõe uma análise de conceito qualitativa em três etapas: Fase Teórica; Fase de Campo e Fase Analítica. Apresenta-se a Fase de Campo da análise de conceito do termo Desenvolvimento Infantil segundo este modelo. **Objetivo:** descrever a etapa de análise do conceito Desenvolvimento Infantil segundo a compreensão de profissionais que atuam no cuidado à criança. **Descrição metodológica:** pesquisa qualitativa; coleta de dados em entrevistas semiestruturadas com profissionais que atuam no atendimento à criança em instituições de saúde e educação da rede municipal, e que participaram de um projeto de formação para promoção do DI em cinco municípios do estado de São Paulo. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. O projeto aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa e na coordenação da rede básica nos municípios; os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultado:** Participaram seis enfermeiros, dois pedagogos, um psicólogo e um assistente social. O tempo de atuação em saúde da criança variou de dois a vinte anos. Os participantes tiveram dificuldade em formular as respostas, abordando aspectos muito gerais e algumas vezes confundindo os termos crescimento e desenvolvimento. Os dados foram categorizados de acordo com o modelo de análise de conceito em quatro categorias. Na categoria *Definição do conceito*, o DI foi explicado como um processo único de cada criança, contínuo durante toda a vida, que integra dimensões bio-psico-sociais e é expresso pela aquisição de habilidades; também foi definido como uma finalidade em si mesmo. Na categoria *Antecedentes do conceito*, emergiram aspectos individuais da criança, como fatores genéticos, biológicos e pré-natais; e aspectos relacionados ao contexto, como o cuidado, o ambiente próximo a criança, características do

- 1- Enfermeira. Aluna de doutorado do curso de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da USP. Docente do Centro Universitário de Araraquara. Email: jumartins@usp.br
- 2- Enfermeira. Professora Dr^a da Escola de enfermagem da USP.



Trabalho 208

cuidador e aspectos sociais. Todos os aspectos podem ser classificados como protetores ou de risco para o DI, sejam esses relativos ao cuidado familiar, institucional, ou às condições sociais. A categoria *Atributos do Conceito* incluiu aspectos físicos e biológicos que caracterizam o DI, como dados de crescimento, e aspectos expressivos de aquisições, como comportamentos e habilidades da criança. As *Consequências do conceito* consistem em melhor qualidade de vida, oriunda de melhor desempenho individual, numa perspectiva mais imediata, bem como por possibilitar conquistas futuras, impactando na sociedade. Além destas, outra categoria que emergiu dos dados foi *Profissionais precisam de habilidades específicas para apreender o DI na sua complexidade*, a qual incluiu criação de vínculo com a criança e com a família, e uso de recursos como instrumentos, habilidades clínicas e atuação em equipe multiprofissional. **Discussão:** A abordagem de temas relacionados ao fenômeno crescimento, provavelmente ocorre devido à complexidade do fenômeno DI e a ampla difusão de teorias do desenvolvimento baseadas na maturação orgânica. Ainda, o foco na aquisição de habilidades, processual e continuamente, tanto na definição do conceito como na descrição de seus atributos, relaciona-se às ações profissionais de avaliação do DI. O ambiente é apontado como primordial para o DI, com grande destaque ao cuidado oferecido, bem como as condições sociais. A menor ênfase nos fatores biológicos que influenciam o DI reforça que os profissionais consideram o cuidado como decisivo para o desenvolvimento. Assim, nota-se apreensão de novos conhecimentos, na perspectiva da abordagem interacionista do desenvolvimento, conteúdo este bastante enfatizado nos cursos de formação em promoção do DI ocorridos nos municípios. As consequências do DI são relevadas tanto para o indivíduo como para a sociedade, demonstrando sua magnitude para o desenvolvimento humano de forma ampla. Ao reconhecer a necessidade de habilidades específicas e variadas para promover o DI em sua atuação profissional, os participantes reiteram a complexidade do DI, bem como manifestam apreensão de responsabilidade para essa atuação. **Conclusão:** As categorias abrangeram todas as dimensões do conceito, com contribuições para sua descrição, o que corrobora a escolha do Modelo Híbrido como vantajoso para o estudo de conceitos, ao incluir os conhecimentos oriundos dos que realizam a prática clínica. **Implicações para enfermagem:** A análise do conceito do termo DI contribuirá para aprimorar a prática, as classificações de enfermagem e novas pesquisas.

Palavras chave: desenvolvimento infantil, formação de conceito, enfermagem.

Eixo temático: Pesquisa em Enfermagem

Referências Bibliográficas

1-Bronfenbrenner U. Morris PA. The bioecological model of human development. In: Damons W, Lerner RM editors. Handbook of child psychology. 6ª ed. New York: Wiley;2006. p. 793-828.

2-Souza JM, Veríssimo MLOR. Child development in the NANDA-I and International Classification for Nursing Practices nursing classifications. International Journal of Nursing Knowledge, February 2013;24(01).

3-Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 4ª ed. New Jersey: Pearson, 2005.

- 1- Enfermeira. Aluna de doutorado do curso de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da USP. Docente do Centro Universitário de Araraquara. Email: jumartins@usp.br
- 2- Enfermeira. Professora Drª da Escola de enfermagem da USP.



Trabalho 208

4-Schwartz-Barcott D, Kim HS. An expansion and elaboration of the Hybrid Model of concept development. In Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications; 2ªed. Ed Saunder (Elsevier), 2000. p. 129-159.

- 1- Enfermeira. Aluna de doutorado do curso de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da USP. Docente do Centro Universitário de Araraquara. Email: jumartins@usp.br
- 2- Enfermeira. Professora Drª da Escola de enfermagem da USP.



Trabalho 209

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Juliana Martins de Souza¹
Fabiana Cesário de Souza²
Gilcléia Gama de Freitas Faria³
Aline Helena Apolloni Eduardo⁴

Introdução: A Resolução 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem dispõe sobre a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos ambientes em que ocorre o cuidado profissional da enfermagem. **Objetivo:** Identificar a percepção de enfermeiros sobre a SAE. **Método:** Estudo qualitativo exploratório desenvolvido com enfermeiros de um hospital filantrópico do interior de São Paulo. Aplicado um questionário com perguntas fechadas e abertas, os dados foram submetidos a análise de conteúdo. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética. **Resultados:** Participaram 09 enfermeiros de diferentes setores do hospital, idade média 33,8 anos e tempo de formação de 2 a 12 anos. A maioria dos enfermeiros (89%) relatou que tiveram o conteúdo de SAE na graduação e alguns (33%) realizaram cursos de extensão sobre o assunto. Consideram importante o uso da SAE na prática clínica, mas não a utilizam no cotidiano, priorizando apenas alguns casos de pacientes graves, atribuindo a dificuldades como sobrecargas de trabalho, insuficiência de profissionais e coleta de dados ineficaz. **Discussão:** Os profissionais tiveram conteúdo teórico sobre o tema, o consideram importante, porém não há implementação eficaz da SAE na prática clínica, podendo estar relacionada a falta de uma estrutura pré-definida com equipe em número suficiente e qualificada, e organização do sistema de trabalho. **Conclusão:** A SAE é reconhecida como ferramenta importante para o trabalho do enfermeiro, porém é necessário desenvolvimento de estratégias para concretizar sua efetiva implementação. **Implicações para a enfermagem:** A implementação da SAE na prática clínica contribuirá para qualificar a assistência de enfermagem.

Palavras chave: enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem.

Eixo temático: Pesquisa em enfermagem

Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Gaidzinski RR et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2008.

1-Enfermeira. Aluna de doutorado do curso de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da USP. Docente do Centro Universitário de Araraquara. Email: jumartins@usp.br

2-Enfermeira pelo Centro Universitário de Araraquara.

3-Enfermeira pelo Centro Universitário de Araraquara.

4- Enfermeira. Aluna de doutorado do curso de Pós Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.



Trabalho 210

ANÁLISE DE CONCEITO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE RISCO DE LESÃO DO TRATO URINÁRIO: PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Danielle Cristina Garbuio

Anamaria Alves Napoleão

O processo de enfermagem é considerado a base para a prática de enfermagem. Trata-se de um instrumento metodológico que direciona os cuidados de enfermagem¹. Dentro deste processo, o diagnóstico de enfermagem é a etapa que fornece subsídios para propor intervenções de enfermagem para resolver os problemas de saúde encontrados. O estudo dos diagnósticos facilita a comunicação, pois proporciona uma linguagem própria, principalmente através das classificações científicas². A padronização da linguagem de enfermagem reflete e apresenta seu trabalho, além de permitir uma avaliação da qualidade e da eficácia do cuidado realizado. O cateterismo urinário é uma prática antiga, utilizada há milhares de anos. Trata-se de um procedimento comum em pacientes hospitalizados, sendo estes em sua maioria realizados por profissionais enfermeiros. Contudo, não é um procedimento isento de riscos, e por este motivo é preciso que o enfermeiro, tenha conhecimento dos fatores de risco que possam levar a uma possível lesão no trato urinário. Considerando a dificuldade em selecionar um diagnóstico de enfermagem que contemple a situação de risco dos pacientes que fazem uso destes cateteres e que o cateterismo vesical é um procedimento amplamente utilizado, que apresenta riscos de complicações, o presente trabalho propôs um novo diagnóstico. O objetivo deste estudo foi elaborar, propor e validar Risco de lesão do trato urinário como um diagnóstico de enfermagem. Para que este objetivo fosse atendido o percurso metodológico foi dividido em três etapas: análise de conceito de Lesão do trato urinário, elaboração da proposta de diagnóstico de enfermagem e validação desta proposta por um grupo de especialistas. Para a realização da primeira etapa, a análise de conceito, foi utilizado o método evolucionário de Rodgers³. Para fundamentar esta análise foi realizada uma busca nas bases de dados LILACS, *The Cochrane Library*, CINAHL e PubMed através da combinação de descritores controlados e não controlados. Uma busca em livros texto sobre a temática também foi realizada. Deste modo, a amostra final selecionada foi composta por 21 artigos e um capítulo de livro. Cada texto foi lido primeiramente em sua totalidade e posteriormente buscando por atributos do conceito, conceitos relacionados, termos substitutos e bases contextuais interdisciplinares, socioculturais, antecedentes e consequências. Após a realização da análise de conceito, os achados foram organizados de modo a elaborar os elementos do diagnóstico de enfermagem proposto, considerando os sete eixos da Taxonomia II da NANDA-I e os passos propostos por Scroggins⁴. Estes elementos foram organizados em um instrumento que foi enviado aos peritos para a validação de conteúdo diagnóstico, através do método de validação consensual⁵. Como resultado da análise de conceito encontramos que Lesão do trato urinário é um conceito utilizado em referência aos danos, sejam estes traumáticos, inflamatórios ou infecciosos, que acometem o sistema urinário inferior como consequência de uma agressão que pode ser atribuída a diversos fatores, mas principalmente ao uso de cateteres vesicais. As principais complicações identificadas através dos atributos do conceito analisado foram infecção do trato urinário, falso trajeto, dor, fistula uretral, estenoses, incapacidade ou dificuldade para urinar, irritação da mucosa, erosão uretral e vesical, laceração de meato, da bexiga e da uretra, necrose tecidual e espasmos vesicais. Os principais fatores de risco foram identificados a partir dos antecedentes do conceito, são eles idade avançada, anormalidades urológicas, alergia ao látex, constipação, ingestão inadequada de líquidos, obesidade, variações anatômicas de órgãos da pelve, prejuízo cognitivo, confusão mental, sedação, dissinergia detrusor-esfínteriana, lesão da medula espinhal, longo tempo de cateterização vesical, cateter mal-lubrificado no momento da inserção, falta de cuidado na Mestre em enfermagem. Professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFSCar. Contato: dgarbuio@yahoo.com.br Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSCar.



Trabalho 210

manipulação do cateter, dificuldade para introduzir e retirar o cateter, obstrução do cateter, tamanho e material do cateter, balão de retenção excessivamente cheio, bolsa coletora com volume acima do limite indicado, fixação incorreta ou ausente, repetidas e frequentes cateterizações. Com base nestes dados foi elaborada a proposta de diagnóstico Risco de lesão do trato urinário, com sua inserção na taxonomia, sua definição e fatores de risco. Estes dados foram submetidos na forma de um instrumento com escala likert de quatro pontos para a avaliação de 16 especialistas. A inserção do diagnóstico proposto foi validada no Domínio 11 e na Classe 2 da taxonomia II da NANDA-I. O enunciado foi validado como Risco de lesão do trato urinário e a definição foi validada com algumas alterações. Os fatores de risco validados foram: idade avançada, alergia ao látex, obesidade, variações anatômicas de órgãos pélvicos, prejuízo cognitivo, dissinergia detrusor-esfincteriana, lesão medular, confusão mental, conhecimento deficiente do paciente ou cuidador acerca dos cuidados com o cateter vesical, longo tempo de uso de cateteres vesicais, necessidade de utilizar balão de retenção insuflado com 30ml ou mais, necessidade de utilização de cateter vesical de grande calibre, mobilidade do cateter vesical, múltiplas cateterizações. Estes resultados contribuem para a qualificação do trabalho da enfermagem, uma vez que, o uso de classificações padronizadas facilita a comunicação e apresenta visibilidade ao trabalho da enfermagem, além de ser útil na avaliação da qualidade e da eficácia deste cuidado. As consequências das lesões no trato urinário em decorrência do uso destes dispositivos afetam o indivíduo, suas relações familiares e sociais, além de acarretar uma sobrecarga dos serviços de saúde por aumentar o número dos dias de internação e os custos com o tratamento. Ressalta-se que o profissional de enfermagem está diretamente envolvido no processo de inserção e manutenção de cateteres vesicais e por este motivo o conhecimento acerca dos pacientes que apresentam risco e quais os fatores de risco apresentados por cada paciente podem auxiliar no planejamento de cuidados individualizados e contribuir para a redução da incidência destas lesões.

Referências:

- (1) Cruz DALM. Processo de Enfermagem e Classificações. In: Gaidzinski RR, et al. Diagnóstico de Enfermagem na Prática Clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 28-37.
- (2) Lira ALBC, Albuquerque JG, Lopes MVO. Perfil dos diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes transplantados renais. Rev Enf UERJ. 2007; 15(1):13-9.
- (3) Rodgers BL. Concept analysis: an evolutionary view. In: Rodgers BL, Knafelz KA. Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications. 2nd ed. Philadelphia: W.B.Saunders; 2000. p. 77-102.
- (4) Scroggins LM. O processo de desenvolvimento de um diagnóstico de enfermagem aprovado pela NANDA-I. In: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 65-75
- (5) Westmoreland D, Wesorick B, Hanson D, Wyngarden K. Consensual Validation of Clinical Practice Model Practice Guidelines. J Nurs Care Qual. 2000; 14(4):16-27.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem; Estudos de validação; Cateteres.

Eixo 3: Pesquisa em Enfermagem

Mestre em enfermagem. Professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFSCar.

Contato: dgarbuio@yahoo.com.br

Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSCar.



Trabalho 211

VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO E RISCO PARA DESEQUILÍBRIO NO VOLUME DE LÍQUIDOS: VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Amália de Fátima Lucena^{*}, Cecília Zys Magro^{**}, Denise Severo dos Santos^{***}, Maria do Carmo Rocha Laurent^{***}

Introdução: A Nursing Interventions Classification (NIC) apresenta em um dos seus capítulos intervenções ligadas aos diagnósticos de enfermagem (DEs) da NANDA International. Estas ligações não são prescritivas, sendo os estudos de validação importantes para seu refinamento. **Objetivo:** Validar o conteúdo das intervenções e atividades de enfermagem NIC para os DEs Volume de líquidos excessivo e Risco para desequilíbrio no volume de líquidos, para pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica em terapia renal substitutiva (TRS). **Método:** Estudo de validação de conteúdo baseado em Fehring, com participação de 19 enfermeiros peritos atuantes nas unidades de Hemodiálise e Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital universitário, que concordaram em participar da pesquisa, aprovada em comitê de ética e pesquisa (110465). A coleta de dados ocorreu com dois instrumentos. O primeiro coletou dados para a caracterização dos peritos, bem como os destinados à validação das intervenções de enfermagem ligadas aos DEs. O segundo, constituiu-se das atividades de cada intervenção, que também foram submetidas ao processo de validação. A análise dos dados foi estatística descritiva, considerando-se a média ponderada dos escores obtidos na validação das intervenções e atividades. Considerou-se como principais as que obtiveram média ponderada $\geq 0,80$. **Resultados:** A intervenção Controle Hídrico foi validada como principal para os DEs Volume de líquidos excessivo e Risco para desequilíbrio no volume de líquidos. A monitorização dos sinais vitais e o registro preciso de ingestão e eliminação se apresentaram dentre as atividades validadas como principais. **Conclusão e implicações à enfermagem:** A promoção do equilíbrio hídrico e a prevenção de complicações resultantes de níveis anormais de líquidos mostrou-se prioritário na assistência de enfermagem aos pacientes em TRS.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Estudos de validação.

Eixo temático: Pesquisa em enfermagem.

1. DOCHTERMAN, J.M; BUTCHER, H.K; BULECHEK, G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. – 5ª edição – Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
2. FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care**. Estados Unidos, v.16, n.6, p.625-629, nov,1987.
3. NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**. Definições e Classificação 2012-2014. Artmed,2012.

^{*}Professora Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.
Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso – GEPECADI
Coordenadora da Comissão do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA. E-mail: afatimalucena@gmail.com

^{**}Enfermeira do Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre

^{***}Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



Trabalho 212

MUDANÇA DE PARADIGMAS DURANTE A HISTÓRIA DA PESQUISA EM ENFERMAGEM ATÉ OS DIAS ATUAIS (*)

Diego Perinetto*, Fernanda Sangalli**, Viviane Longo***, Roseana Maria Medeiros****

INTRODUÇÃO: A pesquisa em enfermagem é uma investigação sistemática, destinada a obter dados confiáveis sobre temas importantes para a profissão, incluindo a prática, ensino, administração e informação. A pesquisa de enfermagem iniciou com Florence Nightingale, mas, no começo, desenvolveu-se lentamente, até experimentar uma aceleração rápida na década de 1950 do século XX. Desde os anos de 1980, o foco tem sido a pesquisa em enfermagem clínica, ou seja, problemas relacionados com a prática profissional¹. A pesquisa proporciona um meio para que as perguntas e problemas de enfermagem sejam estudados em maior profundidade dentro do contexto de enfermagem². **OBJETIVO:** O presente trabalho tem como objetivo descrever as mudanças de paradigmas que ocorreram durante a história da pesquisa em enfermagem até os dias atuais. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de um estudo de revisão de literatura relacionado com as mudanças que ocorreram no paradigma da pesquisa em enfermagem em âmbito nacional e internacional até os dias atuais, com destaque para o Domínio 1 da Promoção a saúde. A pesquisa foi realizada durante o mês de maio de 2013, através da busca de artigos e livros referentes ao tema na biblioteca da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI - Campus Erechim. **RESULTADOS:** Entendemos que os enfermeiros experimentaram profundas mudanças ao longo da história na pesquisa de enfermagem. Após, os trabalhos de Nightingale, por muitos anos, a literatura de enfermagem começou a declinar. Os primeiros estudos foram publicados no começo da década de 1990 e tratavam, basicamente, da formação de enfermeiros. Ainda nos anos de 1980, os enfermeiros começaram a realizar projetos formais, especificamente destinados a aumentar a utilização de pesquisas. Na década de 1960, começaram a surgir na literatura pesquisas sobre vários tópicos clínicos orientados à prática, e à pesquisa de enfermagem aumentou no mundo inteiro. No final da década de 1980, várias forças fora da enfermagem ajudaram a moldar a paisagem da pesquisa em enfermagem na atualidade¹. Já a Pesquisa na Enfermagem brasileira emergiu nos anos 60 do século XX com a criação da carreira universitária. Evoluiu sobremaneira com o início do primeiro curso de Mestrado em Enfermagem, a partir de 1972, na Escola Anna Nery de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aquele ano se constituiu num marco do crescimento dessa produção, dando início aos cursos de pós-graduação em enfermagem na América Latina. Desde então, a pesquisa passou a ser institucionalmente assumida como um compromisso da enfermagem, vinculada ao sistema de ensino e a carreira universitária, mas pouco articulada com o sistema de enfermagem. A pesquisa de enfermagem brasileira desenvolveu-se em uma relação intrínseca com a organização da produção científica do país. Em decorrência dos conflitos que o país viveu ao longo de décadas em seu terreno político-social, a pesquisa de enfermagem também foi impactada por estas relações denotando estratégias, desafios e problemáticas no pesquisar. Para as mesmas autoras³ a produção da pesquisa em enfermagem, por longo tempo, foi enfatizada na modalidade de pesquisa clínica, como reflexo do modelo de formação profissional que privilegiava a prática hospitalar em detrimento da prática na comunidade. Muitos estudos não eram publicados, mantendo-se inéditos e desconhecidos. A falta de divulgação e ou a divulgação das pesquisas em espaços restritos inviabilizava o acesso dos profissionais e a utilização dos resultados na prática profissional. Um dos marcos temporais mais significativos para a pesquisa em enfermagem no Brasil passou a ocorrer a



Trabalho 212

partir do final da década de 80 do século passado. Inicialmente em razão da abertura democrática e a necessidade urgente da área produzir além da visão hospitalocêntrica, e, em seguida, já nos anos 90, por razão da virada de concepções em torno do processo saúde-doença. Abriram-se, então, possibilidades de atuação dos núcleos e grupos de pesquisa que tenham como finalidade primordial a coordenação, o intercâmbio de experiências e o desenvolvimento de estudo em colaboração. Também ressaltou a necessidade de desenvolvimento de metodologias de investigação que permitissem investigar os problemas, abordando-os de acordo com a visão de mundo do investigador, a seleção de metodologias, os recursos existentes e a factibilidade dos projetos³. Considerando a pesquisa de enfermagem no âmbito mundial, no futuro, provavelmente, a pesquisa nesta área vai enfatizar projetos de prática baseada em evidências, replicações de pesquisas, integração de pesquisas por meio de revisões sistemáticas, estudos interdisciplinares em múltiplos locais, expansão dos esforços e disseminação de informações e aumento do foco nas disparidades de saúde¹. Nos últimos anos viemos acompanhando inúmeras pesquisas na área de saúde coletiva, devido à implantação e consolidação das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE evidenciada no Domínio 1 Promoção da saúde aborda diagnósticos relacionados com a saúde coletiva, como por exemplo, o diagnóstico de Controle familiar ineficaz do regime terapêutico, onde na definição é apontado o padrão de regulamento e integração aos processos familiares de um programa de tratamento de doenças e sequelas que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde⁴. **CONCLUSÃO:** Pelo exposto, espera-se que os enfermeiros compreendam e realizem suas pesquisas baseadas em suas práticas profissionais. Entendemos que as mudanças dos paradigmas históricos relacionados com a Pesquisa em Enfermagem foram fundamentais para evidenciar a evolução da pesquisa até os dias atuais. Para a Enfermagem não é só importante adquirir conhecimentos, para exercer a profissão, mas, admitir que a pesquisa faça parte da carreira de forma contínua.

DESCRITORES: Enfermagem. Pesquisa em Enfermagem. História da Pesquisa em Enfermagem.

Eixo Temático: Pesquisa em Enfermagem

(*) Relato de pesquisa.

*Autor/Relator. Acadêmico do 7º sem. Enfermagem. Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI – Campus Erechim. E-mail: diperinetto@gmail.com.

***** Autora. Acadêmica do 7º sem. Enfermagem. Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI – Campus Erechim.

****Autora/Orientadora. Formada em Enfermagem e Obstetrícia (UCS-1983). Licenciatura em Enfermagem (UCS-1983). Especialista em Arte-Educação (UCS-1986). Especialista em Educação Pública (UNISINOS-1990). Mestre em Educação (UFRGS-1995). Doutora em Educação (UNISINOS-2010). Professora Doutora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI – Campus Erechim.

Referências:

1. Introdução à pesquisa em enfermagem baseadas em evidências. In: Polit DP, Beck, CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ªed. São Paulo: Artmed; 2011.



Trabalho 212

2. Prática Baseada em Evidências. In: Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009, p.61.
3. Cabral IE, Tyrrel MAR. Pesquisa em enfermagem nas Américas. Revista Brasileira de Enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ – Escola Anna Nery de Enfermagem; 2010.
4. Nanda, Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificações 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.



Trabalho 213

RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: O NOVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Cássia Teixeira dos Santos¹, Magali Costa Oliveira², Miriam de Abreu Almeida³, Amália de Fátima Lucena⁴

Introdução: Estudo sobre o perfil de pacientes em risco de úlcera por pressão (UP) apontou falta de especificidade dos diagnósticos de enfermagem (DEs) para estes pacientes¹, uma vez que não existe na NANDA- *International*² um DE que defina esta situação. **Objetivos:** Desenvolver a definição do DE *Risco de úlcera por pressão* e estabelecer seus fatores de risco. **Método:** Revisão Integrativa, como questão norteadora: “Quais são os fatores de risco para o desenvolvimento da UP?”. Coletaram-se artigos em português, inglês e espanhol, na última década e disponíveis on-line na íntegra, em bases de dados *MEDLINE*, *LILACS* e *Web of Science*, descritores: *Pressure ulcer*, *Nursing diagnosis*, *Risk Factor*, *Prevention*. Os artigos foram estruturados em quadro sinóptico. O projeto foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa protocolo 13-0034. **Resultados:** Identificaram-se 35 artigos na base *MEDLINE*, 15 na *LILACS* e 20 na *Web of Science*. Definiu-se o DE Risco de UP: “Risco de dano celular na pele e tecido subjacente, como resultado da compressão dos tecidos moles geralmente sobre uma proeminência óssea, durante um período de tempo capaz de ocasionar isquemia local”. Os fatores de risco foram imobilidade, umidade, pressão, cisalhamento, fricção, sensações prejudicadas, desidratação, estado nutricional desequilibrado (obesidade, emagrecimento), baixo nível de hemoglobina, anemia, hipertermia, edema, tabagismo, decréscimo da oxigenação e perfusão tissular, anomalias circulatórias, envelhecimento e prematuridade. **Considerações finais:** O estudo possibilitou construir uma definição para este novo DE, estabelecer os fatores de risco e contribuir para pesquisa em enfermagem. A próxima etapa será a submissão à NANDA-I.

Descritores: Úlcera por pressão, Diagnósticos de enfermagem, Fatores de risco.

EIXO TEMÁTICO 1: PESQUISA EM ENFERMAGEM

1. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Clinical Profile and Nursing Diagnosis of Patients at Risk of Pressure Ulcers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2011 May-Jun;19(3), 523-30.
2. NANDA- INTERNATIONAL. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification – 2012-2014. Wiley-Blackwell, 2013. 515p.

1. Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição. cassia.teixeira87@hotmail.com
2. Acadêmica de enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. magali_oliveirac@hotmail.com
3. Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Associada da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação da UFRGS. miriam.abreu2@gmail.com
4. Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunto da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação da UFRGS. afatimalucena@gmail.com



Trabalho 214

REPRESENTAÇÕES LÚDICAS DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM ACERCA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador¹; Kálya Yasmine Nunes de Lima²; Viviane Euzébia Pereira Santos³; Kisna Yasmin Andrade Alves⁴ e Cláudia Cristiane Filgueira Martins⁵.

Introdução: A formação do profissional constitui um elemento chave para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma vez que o despreparo profissional é apontado como um dos elementos que dificultam a efetivação de tal processo. Nesse sentido, identificar o que os discentes do curso de graduação em enfermagem compreendem acerca do tema contribui para reflexão sobre a forma como esse conteúdo está sendo desenvolvido nas instituições formadoras, bem como para analisar possíveis lacunas existentes e a importância atribuída pelos acadêmicos à SAE, aspecto que influirá diretamente na sua prática profissional futura. Deste modo, elencou-se como questionamento dessa pesquisa: como os discentes do curso de graduação em enfermagem representam ludicamente a SAE? **Objetivo:** identificar as representações lúdicas de acadêmicos de enfermagem acerca da SAE, utilizando a mandala humanopoiética como técnica projetiva. **Descrição metodológica:** Trata-se de um recorte dos resultados da fase de ambientação com o campo e com o instrumento de estudo do projeto de dissertação de mestrado intitulado “Compreensão do típico ideal de técnicos de enfermagem acerca da sistematização da assistência de enfermagem”, em desenvolvimento pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). A coleta de dados foi realizada através da técnica do grupo focal, realizado de acordo com a Pedagogia Vivencial Humanescente. Nesse contexto, foi utilizada a prática da mandala humanopoiética como técnica projetiva, através da representação figurativa com miniaturas e massas de modelar, para compreender as representações lúdicas dos acadêmicos de enfermagem sobre a SAE, associando o representar, o redigir e o compartilhar reflexões como meio de facilitar a apreensão do *típico ideal* dos sujeitos, a partir da questão norteadora: “Quais são suas percepções acerca da SAE?”. O estudo seguiu os princípios éticos, sendo aprovado pelo Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, nº 98.424, de 31 de agosto de 2012, CAAE nº 05906912.0.0000.5537. O grupo focal contou ainda com um relator, que anotou aquilo que não pode ser captado pelas gravações, tais como: expressões faciais, expressões corporais, dentre outros aspectos; e de outro colaborador, responsável pelo registro fotográfico e apoio. Após ouvir as gravações, foi realizada a sua transcrição e leitura dos registros realizados pelo relator do grupo focal. Utilizou-se o *Microsoft Word 2010* para a

¹ Mestranda do PPGENF-UFRN. Professora Substituta da Escola de Enfermagem de Natal e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Associada efetiva da ABEN-SC. E-mail: petalatuani@hotmail.com

² Mestranda do PPGENF-UFRN. Membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: lima.yasmine@yahoo.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e Pós Graduação em Enfermagem e Vice-líder do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Associada efetiva da ABEN-SC. E-mail: vivianeepsantos@gmail.com

⁴ Mestranda do PPGENF-UFRN. Membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: kisnayasmin@hotmail.com

⁵ Mestre em Enfermagem. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: claudiacrisfm@hotmail.com



Trabalho 214

realização da transcrição do encontro e o *Microsoft Excel 2010* para síntese dos resultados por meio de uma planilha. Por fim, as falas foram organizadas, mediante múltiplas leituras, o que possibilitou, juntamente com a análise dos cenários construídos, identificar as representações lúdicas de acadêmicos de enfermagem acerca da SAE por meio da mandala humanopoiética.

Resultados: O grupo focal, intitulado “O que eu penso acerca da SAE”, totalizou 125 minutos e aconteceu em setembro de 2012, no Departamento de Enfermagem da UFRN, contando com a colaboração de oito acadêmicas de enfermagem, de 19 a 24 anos, cursando o 5º (3; 37%), o 6º (2; 26%) ou o 7º período (3; 37%). A partir da análise dos cenários, das falas e das descrições escritas das acadêmicas de enfermagem, foi possível compreender como que elas representavam ludicamente a SAE, perpassando três eixos temáticos: benefícios da SAE; problemas vivenciados; e possibilidades de melhoria. As acadêmicas de enfermagem, em sua totalidade, construíram uma imagem positiva da SAE, demonstrando que acreditam em sua essencialidade, o que pode ser reflexo de sua formação, cujo contato inicial com a temática se deu no 4º período do curso, na disciplina Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem. Os cenários foram construídos ludicamente de diversas maneiras, combinando miniaturas e massas de modelar, bem como utilizando palavras na construção de seus cenários. Apreende-se que as acadêmicas acreditam na SAE como elemento qualificador da prática de enfermagem, proporcionando como benefícios a solidificação de um cuidado individualizado, reflexivo, sistematizado e humanizado, o que contribui essencialmente para o reconhecimento profissional e para a valorização do cuidado como essência da enfermagem. Reconheceu-se, entretanto, que muitos entraves ainda integram o ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem, como a sobrecarga de trabalho e as más condições laborais, o que, somado ao desconhecimento e à predominância do pensamento fragmentado, dificulta a efetivação da SAE. Contudo, reconhecendo seus benefícios e defendendo a implementação da SAE, as acadêmicas traçaram possibilidades de melhoria, na forma de um caminho a ser trilhado pela enfermagem, envolvendo união, perseverança, lutas por melhores condições de trabalho e a busca incessante de conhecimento.

Conclusão: O objetivo inicial foi alcançado: se compreendeu como as acadêmicas de enfermagem representam ludicamente a SAE, isso por meio da utilização da mandala humanopoiética como técnica projetiva. As acadêmicas de enfermagem representaram, em sua totalidade, a SAE de forma positiva. Destaca-se que o uso da mandala humanopoiética como técnica projetiva constitui um elemento qualificador do estudo, estimulando a expressão das subjetividades e favorecendo a verbalização das percepções. Acrescenta-se, ainda, que, ao unir a representação por meio de cenários, a descrição escrita dos mesmos e o compartilhamento verbal das construções, a expressão das representações lúdicas foi enriquecida.

Contribuições ou implicações para a Enfermagem: Elucidou-se que as acadêmicas de enfermagem representaram ludicamente uma imagem profissional valorizada, com base em novas perspectivas que privilegiam a verdadeira essência da Enfermagem: o cuidado a pessoa humana. Espera-se contribuir para que outros estudos sejam alçados, uma vez que conhecer a opinião de acadêmicos significa compreender como que o ensino está sendo refletido na formação crítica e reflexiva de futuros profissionais, que irão lutar pela consolidação efetiva na SAE.

Referências

1. Cavalcanti KB. *Pedagogia Vivencial Humanescente: para sentipensar os sete saberes na educação*. Curitiba (PR): Editora CRV; 2010.
2. Sousa FEM, Oliveira EN, Nunes JM, Lopes RE, Gubert FA. Percepção de estudantes de enfermagem acerca da profissão. *Rev Rene* 2010; 11(4):110-7.
3. Mendes MA, Bastos MAR. Processo de enfermagem: sequências no cuidar, fazem a diferença. *Rev Bras Enferm* 2003; 56(3):271-6.



Trabalho 214

Descritores: Planejamento de Assistência ao Paciente; Processos de Enfermagem; Estudantes de Enfermagem.

Eixo temático: 3 – PESQUISA EM ENFERMAGEM.



Trabalho 215

PERFIL DAS DISSERTAÇÕES E TESES BRASILEIRAS ACERCA DA INTERFACE PROCESSO DE ENFERMAGEM E ATENÇÃO BÁSICA

Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador¹; Viviane Euzébia Pereira Santos²; Cilene Nunes Dantas³; Kisna Yasmin Andrade Alves⁴ e Cláudia Cristiane Filgueira Martins⁵.

Introdução: A atenção básica, regida atualmente pela Portaria 2488/2011, é compreendida como o nível de complexidade da assistência que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral. Nesse âmbito, destaca-se o papel do enfermeiro, profissional que atua imperativamente, norteando-se pela realização de consultas de enfermagem, nos diversos ciclos de vida e níveis de atenção à saúde. As consultas de enfermagem caracterizam-se como práticas autônomas e estratégicas para a integralidade da atenção e devem, prioritariamente, seguirem o raciocínio clínico fundamental, pautando-se na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), edificada por meio do Processo de Enfermagem. Assim, tendo por base a essencialidade das consultas de enfermagem no âmbito da atenção básica e, compreendendo que a eficácia de tais ações relaciona-se com o seguimento clínico adequado por meio do processo de enfermagem, bem como apreendendo a função da pesquisa científica na produção e desenvolvimento de conhecimentos fundamentais para a melhoria das práticas de saúde, estabeleceram-se como questões de pesquisa: quais as características das dissertações e teses disponíveis no Banco de Dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que versam sobre o processo de enfermagem na atenção básica? Em quais aspectos o processo de enfermagem na atenção básica vem sendo abordado nos estudos científicos? **Objetivo:** Caracterizar as dissertações e teses disponíveis no Banco de Teses da CAPES que versam sobre o processo de enfermagem na atenção básica. **Descrição metodológica:** Trata-se de uma pesquisa documental. A coleta de dados foi realizada em maio de 2013, em pares, seguindo protocolo de pesquisa previamente estabelecido e validado pela análise de enfermeiras doutoras. Pesquisou-se no Banco de Teses da CAPES, utilizando os descritores controlados *Processos de Enfermagem*, *Atenção Primária à Saúde* e *Teoria de Enfermagem*, e o descritor não controlado *Atenção Básica*, por meio de duas combinações: *Processos de Enfermagem e Atenção Primária à Saúde*; e *Teoria de Enfermagem e Atenção Básica*. A pesquisa foi realizada no campo de busca *assunto*, por meio da opção *todas as palavras*. Foram selecionadas as dissertações e teses, cujos resumos estavam disponíveis eletronicamente no Banco de Teses da CAPES, que versassem sobre o processo de

¹ Mestranda do PPGENF-UFRN. Professora Substituta da Escola de Enfermagem de Natal e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Associada efetiva da ABEN-SC. E-mail: petalatuanii@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e Pós Graduação em Enfermagem e Vice-líder do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Associada efetiva da ABEN-SC. E-mail: vivianeepsantos@gmail.com

³ Doutoranda do PPGENF-UFRN. Professora do Centro Universitário FACEX e Enfermeira na Secretaria Municipal de Natal/RN. Membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: cilenenunesdatnas@bol.com

⁴ Mestranda do PPGENF-UFRN. Membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: kisnayasmin@hotmail.com

⁵ Mestre em Enfermagem. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: claudiacrisfm@hotmail.com



Trabalho 215

enfermagem na atenção básica, excluindo-se aquelas que não abordassem a temática relevante para o alcance da pesquisa. Após a coleta de dados, os resumos selecionados foram analisados criticamente, em pares, através da criação de um banco de dados no *Microsoft Excel 2010*, englobando as categorias de análise: nível acadêmico; local de desenvolvimento do estudo; ano; formação do autor; desenho metodológico; temática; teoria de enfermagem seguida; sistema de classificação utilizado; benefícios e dificuldades vivenciadas. **Resultados:** Do universo de 120 dissertações e teses resultantes da pesquisa, apenas seis estudos (5,0%) versavam sobre a interface do processo de enfermagem com a atenção básica, compondo a amostra da pesquisa. Destacaram-se as produções resultantes do mestrado acadêmico (5; 83,3%), com apenas um produto de doutoramento (16,7%). A Universidade Estadual do Ceará foi local de desenvolvimento de três estudos (50%), e as demais universidades tiveram uma produção, cada: Universidade de São Paulo, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal de Santa Catarina. A dimensão temporal variou de 1998 a 2011, e 100% resultou de trabalhos de enfermeiros. Os estudos descritivos predominaram (5; 83,3%), existindo apenas uma pesquisa quase-experimental, delineada sob a forma de um ensaio clínico com grupo experimental e grupo controle. Dentre as temáticas trabalhadas, a Hipertensão Arterial Sistêmica foi foco de dois trabalhos (2; 33,3%), destacando-se, ainda: a saúde da criança, o diabetes *mellitus*, a cardiopatia e os transtornos de humor. As teorias de enfermagem foram utilizadas em cinco produções (83,3%), englobando: a Teoria de Adaptação de Callista Roy, a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, a Teoria do Cuidar Transpessoal de Jean Watson e a Teoria Transcultural de Madeleine Leininger. Os Sistemas de Classificação foram foco de apenas dois estudos (33,3%), que utilizaram a CIPE e a CIPESC. Apenas uma produção científica (16,7%) utilizou tanto teoria de enfermagem quanto o sistema de classificação, combinando a Teoria de Roy e a CIPE. Dentre os benefícios do uso do processo de enfermagem na atenção básica, foram citados: é viável; propicia um cuidado de qualidade; contribui para a autonomia do enfermeiro; potencializa o reconhecimento das necessidades dos usuários; estimula a interação enfermeiro-usuário; contribui para a atuação reflexiva do enfermeiro; permite ao enfermeiro desenvolver atitudes humanísticas; e colabora com a implementação do cuidado humanizado e científico. Como dificuldades de viabilização do processo de enfermagem na atenção básica, elucidou-se: o desenvolvimento de consultas individualizadas e focadas nas questões biológicas; a formação de profissionais direcionada ao modelo biomédico; o sentimento de inferioridades dos usuários com relação aos profissionais; e a priorização do uso das técnicas em detrimento do cuidado humano. **Conclusão:** Visualizou-se uma incipiência de produções científicas, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de novas investigações. Experiências positivas do uso do processo de enfermagem na atenção básica contribuem para afirmar seus benefícios em tal nível de complexidade e a essencialidade dessa interface. Dificuldades também foram ressaltadas, demonstrando desafios que ainda necessitam ser superados. **Contribuições ou implicações para a Enfermagem:** O trabalho visa contribuir para colocar em relevo a essencialidade da interface processo de enfermagem e atenção básica, compreendendo o papel ímpar de tal nível de complexidade no âmbito do sistema único de saúde brasileira. Espera-se contribuir para que os enfermeiros da atenção básica compreendam os benefícios do uso do processo de enfermagem como elemento qualificador de suas consultas.

Referências

1. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4):533-9.



Trabalho 215

Descritores: Planejamento de Assistência ao Paciente; Processos de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

Eixo temático: 3 – PESQUISA EM ENFERMAGEM.



Trabalho 216

PERFIL DAS PRODUÇÕES SOBRE A SAE/PE NAS PÓS-GRADUAÇÕES EM ENFERMAGEM DO NORDESTE DO BRASIL

Erik Cristóvão Araújo de Melo¹ Lidiany Galdino Félix¹ Rosângela Vidal de Negreiros¹ Bertha Cruz Enders² Maria Viviane da Silva Guedes³

Introdução: A Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE) tem representado o principal modelo metodológico para a enfermagem, tendo os estudos desenvolvidos nos programas de pós-graduação em enfermagem alvo de destaque¹. **Objetivo:** Identificar o perfil dos artigos científicos sobre a SAE/PE produzidos nas pós-graduações em enfermagem do Nordeste do Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Utilizou-se o portal da CAPES e a Plataforma Lattes para localização dos cursos, docentes e artigos científicos. Foram encontrados 10 programas de pós-graduação em enfermagem, que produziram 153 artigos científicos. **Resultados:** Houve um número maior de publicações nos anos de 2012 (21,5%) e 2011 (15,7%). A UFC (46,4%), UFPB (23,5%) e UFRN (13,7%) tiveram maior destaque. Os focos foram os diagnósticos de enfermagem (52,3%) e a implementação/aplicação da SAE/PE (25,5%) e os tipos de estudos foram os descritivos (61,4%) e os estudos de caso (18,3%). O Journal of Nursing UFPE On Line (16,3%) e a Revista RENE (10,4%) foram os periódicos mais publicados, destacando-se o qualis B1 (34%), B2 (34%) e A2 (15%). **Conclusão:** As informações apresentadas apontam que a região Nordeste é um importante polo acadêmico e científico para a SAE/PE, com programas de pós-graduação consolidados e com periódicos científicos em consolidação proporcionando um crescimento científico e um maior sucesso na aplicabilidade da SAE/PE. **Contribuições/Implicações para a Enfermagem:** Espera-se que a produção científica sobre a SAE/PE nas pós-graduações do Nordeste ganhem mais força, incentivo e publicidade, potencializando o crescimento da área e o real sucesso na sua implantação.

Referências:

1. Silva V, Oliveira T, Damasceno M, Araujo T et al. Languages of the nursing process in the dissertations and theses. A bibliographical study. *Online Brazilian Journal of Nursing* 2006; 5 (2).

Palavras chaves: pesquisa em enfermagem, processos de enfermagem, educação de pós-graduação em enfermagem

Eixo temático 3: Pesquisa em enfermagem

¹ Enfermeiros(as). Mestres em Enfermagem. Docentes do curso de enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail: erikcristovao@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

³ Discente do curso de graduação em enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)



Trabalho 217

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO BRASIL

Carolina Beatriz Cunha Prado¹
Aldenôra Laís P de Carvalho Cordeiro¹
Ricardo Jader Cardoso²
Maria Helena Barbosa³

Introdução: As intervenções de enfermagem contribuem para o aperfeiçoamento da prática baseada em evidências e qualidade da assistência. ¹ **Objetivo:** Identificar o conhecimento produzido sobre Intervenções de Enfermagem disponíveis nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que contém teses e dissertações de todo o Brasil, no período de 2000 a 2010. **Metodologia:** Trata-se de um estudo bibliométrico, descritivo e retrospectivo realizado após acessar aos catálogos pelo endereço eletrônico: enfermagem.bvs.br/php/level.php?lang=pt&componente=23&item=100. Foram selecionados todos os resumos de teses e dissertações que continham o termo: “Intervenções de enfermagem” seguido de leitura e fichamento dos trabalhos e análise estatística descritiva dos dados. **Resultados:** Foram identificados 26 estudos de teses e dissertações sobre o tema, apresentando uma média de 2,1 trabalhos por ano. Destes 58,6% foram dissertações e 41,4%, teses. O ano com maior produção foi 2009 (17,2%). Todos os trabalhos procederam de instituições públicas nas regiões Sudeste (65,5%), Nordeste (27,6%) e Centro-oeste (6,9%). As Universidades com maior volume de trabalhos foram a Universidade de São Paulo - SP e a Universidade Federal do Ceará com 27,6% e 20,7%, respectivamente. O tipo de estudo mais frequente foram os descritivos com abordagem quantitativa (58,6%) seguidos dos metodológicos (24,1%). A maioria (58,6%) dos trabalhos objetivaram identificar, propor e avaliar intervenções e 10,3% validaram intervenções de enfermagem. **Conclusões:** A produção científica sobre intervenções de enfermagem é pequena e concentrada em alguns centros. Grande parcela dos estudos é descritiva e poucos de validação de intervenções. **Contribuições para a enfermagem:** Estudos como esse proporcionam um panorama sobre a cientificidade da enfermagem, além de fomentar e direcionar a produção do conhecimento futuro.

Referências:

1. MATA, L.R.F., CARVALHO, E.C., NAPOLEÃO, A.A..Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011; 20 (esp): 36-44

Descritores: Estudos de validação; Cuidados de enfermagem; Pesquisa em enfermagem

Eixo Temático: Pesquisa em Enfermagem

1. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde (PPGAS) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
2. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da UFTM
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunto do departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar (DEAH) do Instituto da Saúde e docente do PPGAS da UFTM. Orientadora.



Trabalho 218

PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO DO PACIENTE NEFROPATA NO TRATAMENTO CONSERVADOR: CONSTRUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NANDA

Jessica Poliana de Souza¹; Ana Paula Modesto²; Dandara N. Spigolon³

Introdução: A doença renal crônica (DRC) retrata um quadro de alta mortalidade, com incidência e prevalência aumentando progressivamente no Brasil, bem como em todo o mundo¹. A insuficiência renal torna-se crônica, quando há deterioração irreversível da função renal e elevação persistente da creatinina no organismo. Ocorre por falha na capacidade do organismo manter o equilíbrio metabólico e eletrolítico, ocasionando uremia.¹ Devido a esta capacidade adaptativa, os sinais de grande relevância, como as alterações do equilíbrio ácido básico, hiperfosfatemia, hipercalemia e uremia, que indicam falência renal, surgem apenas quando a DRC está em estágios avançados, indicando terapia renal substitutiva (diálise ou transplante renal). Os estágios da DRC podem ser classificados em 5 fases, caracterizadas pela faixa de filtração glomerular respectivamente: Fase 1 maior ou igual a 90, fase 2 de 60-89, fase 3 de 30-59, fase 4 de 15-29 a a fase 5 menor que 15, sendo que a quinta e última fase, inclui a insuficiência renal terminal ou dialítica.² **Objetivo:** Reconhecer na taxionomia NANDA® (2009/2011), os diagnósticos de enfermagem relacionados à pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador. **Metodologia:** É um estudo de revisão bibliográfica temática e de atualização onde, a definição do tema, questões de pesquisa, objetivos e sua implementação são atividades a serem desenvolvidas e estão ligadas ao trabalho cotidiano.³ **Resultados:** Foram encontrados 21 diagnósticos logo descritos, com suas características definidoras e fatores de risco ou relacionados: **Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional** – Fator de risco: Agentes farmacêuticos (ex. constipação relacionada ao tratamento a base de cálcio), ansiedade e estresse. **Eliminação urinária prejudicada** – Características definidoras: Disuria, poliúria, hesitação urinária, incontinência, nocturia, retenção urinária e urgência urinária. Fatores relacionados: Múltiplas causas. **Intolerância à atividade** – Características definidoras: Desconforto aos esforços, dispneia aos esforços, relato verbal de fadiga e fraqueza. Fatores relacionados: Fraqueza generalizada (devido a anemia). **Risco de desequilíbrio eletrolítico** – Fator de risco: Desequilíbrio hídrico e disfunção renal. **Volume de líquidos excessivos** – Características definidoras: Anasarca, azotemia, edema, eletrólitos alterados, hematócrito e hemoglobina diminuídos e oligúria. Fatores relacionados: mecanismos reguladores comprometidos. **Risco de integridade da pele prejudicada** – Fatores de risco: Estado nutricional desequilibrado, mudanças no turgor da pele, mudanças no estado metabólico, mudanças no estado hídrico. **Troca de gases prejudicada** – Características definidoras: Respiração anormal (ritmo, frequência, profundidade) e ausculta apresentando anormalidades. Fatores relacionados: acúmulo de líquidos nos pulmões. **Risco de confusão aguda** – Fatores relacionados: Anormalidades metabólicas (azotemia, desequilíbrio eletrolítico, desidratação, hemoglobina diminuída e ureia e creatinina aumentadas) e medicamentos. **Débito cardíaco diminuído** – Características

¹ Acadêmica de Enfermagem Jessica Poliana de Souza – jessica.poliana@pucpr.br

² Profª Dda. Ana Paula Modesto – PUCPR – enfanapaula@hotmail.com

³ Dda. Dandara Novakowski – PUCPR – dandaraspigolon@gmail.com



Trabalho 218

definidoras: Resistência vascular sistêmica aumentada, oligúria e edema. Fatores relacionados: Pós-carga alterada e volume de ejeção alterado. **Disfunção sexual** - Características definidoras: Déficit percebido de desejo sexual e mudança do interesse por si mesmo e por outras pessoas. Fator relacionado: Função corporal afetada (ex. processo de doença). **Fadiga** – Características definidoras: Cansaço, desatento, desempenho diminuído, falta de energia, sonolento e incapacidade de manter o nível habitual de atividade física. Fatores relacionados: Anemia, estresse, ansiedade e eventos negativos na vida. **Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico** – Características definidoras: -Aceleração inesperada da doença e recursos de assistência à saúde insuficientes. Fatores relacionados: a serem desenvolvidos. **Risco de infecção** – Fator de risco: -Agentes farmacêuticos, diminuição de hemoglobina, doença crônica, procedimentos invasivos e imunidade adquirida inadequada. **Risco de glicemia instável** – Fatores de risco: Aumento/Perda de peso, uso de medicamentos e estresse. **Conhecimento deficiente** – Característica definidora: Seguimento inadequado das instruções. Fator relacionado: Falta de capacidade de recordar (devido a mentalização diminuída, ocasionada pela DRC). **Risco de solidão** – Fator de risco: Falta de energia. **Ansiedade** – Características definidoras: Aflito, ansioso, incerteza, nervoso, preocupado e sentimento de inadequação. **Risco de sentimento de impotência** – fatores de risco: Estresse e mudanças no estado de saúde. **Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais** – Características definidoras: Comer em resposta a estímulos internos que não a fome (ex. ansiedade), dobra da pele do tríceps > 25mm em mulheres e >15mm em homens e nível de atividade sedentário. Fator relacionado: Ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas. **Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais** – Características definidoras: Aversão ao ato de comer, falta de informação, falta de interesse na comida, perda de peso com ingestão adequada de comida, relato de ingestão inadequada de alimentos (menor que a porção diária recomendada) e relato de sensação de sabor alterada⁴. **Conclusão:** Por ser uma doença que se desenvolve em longo prazo, as intervenções de enfermagem agem positivamente no prognóstico. Sendo assim, nota-se a grande relevância da descrição dos diagnósticos de enfermagem, para que o profissional possa intervir de maneira adequada e relevante na prevenção da progressão da doença. **Contribuições para a Enfermagem:** Ao detalharmos todos os diagnósticos de enfermagem, pode-se intervir de modo correto e holístico, contribuindo com a melhora do paciente. Isto gera confiança e respeito recíproco entre Enfermeiro e paciente e demonstra autonomia perante outros profissionais da saúde. As perspectivas para o tratamento conservador do portador de DRC e os cuidados de enfermagem incluem: Educar o cliente sobre a sua doença e torná-lo responsável pelo seu tratamento, limitar exposições a fatores de risco, preservando a função residual, prevenir e controlar comorbidades (principalmente cardiovasculares) e complicações urêmicas, integrar o cliente como participante ativo no controle da doença renal; preparar o cliente para TRS, reduzir atendimentos de urgências, favorecer a reabilitação em âmbito social, orientar o cliente para a coleta de urina de 24 horas para cálculo da taxa de filtração glomerular (TFG) e quantificação da proteinúria, incorporar ao plano de ação de novas medidas de autocuidado, de acordo com a progressão da doença renal, revisar, a cada consulta a adesão do cliente à terapia medicamentosa através de perguntas simples e avaliação comparativa de exames laboratoriais e aplicar o programa preventivo: controle de retornos, busca de faltosos e controle de consultas agendadas⁵. O enfermeiro deve comprometer-se com



Trabalho 218

o paciente, interessando-se por ele, por seus pensamentos, sua situação de vida, seu sofrimento e estar disposto a ajudá-lo a encontrar respostas ou saídas para situações possíveis de serem resolvidas, como também tornar-se capaz de apoiá-lo naquelas situações que não podem ser modificadas, a exemplo do portador de doença Renal.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica; Assistência de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

Eixo temático: Pesquisa em Enfermagem

REFERÊNCIAS

- 1 Ribeiro, R, et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do estado de São Paulo. **Acta Paul Enferm**, v.21 n.especial, p.207–211. 2008.
- 2 Riella, C.M. **Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010
- 3 Trentini, L.P.M **Pesquisa em Enfermagem**: uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: UFSC . 1999. p. 162
- 4 NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2012
- 5 Canzini, M.E; Mastroianni, G. K, cols. **Doença Renal Crônica - Manual Prático - Uso Diário Ambulatorial e Hospitalar**. São Paulo: Baliero, 2013



Trabalho 219

MAPEAMENTO DE TERMOS DA CIPE® COM OS ATRIBUÍDOS POR UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

Rudval Souza da Silva¹

Maria Miriam Lima da Nóbrega²

Álvaro Pereira³

Ana Claudia Torres Medeiros⁴

Núbia Virgínia Almeida de Jesus⁵

Na sociedade moderna percebe-se que há um isolamento da morte, quase como uma negação de sua existência. Esse comportamento acaba por deixar tanto a pessoa que vai morrer quanto seus familiares e amigos totalmente despreparados para algo que é inevitável – a morte. Isso nos remete a um sentimento negativo da morte, como algo contagioso e ameaçador, motivo pelo qual os vivos possivelmente afastam-se involuntariamente daqueles que estão morrendo, causando o que se pode caracterizar como uma morte social¹. Preocupando-se com tal situação, surge a filosofia dos cuidados paliativos, os quais segundo a Organização Mundial de Saúde² consistem numa abordagem em prol da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, em face de problemas associados com doenças com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Logo, percebe-se que é possível cuidar com qualidade e dignidade das pessoas em processo de terminalidade, o que torna relevante propor uma sistematização do cuidado prestado a estas pessoas e seus familiares, contribuindo para que o enfermeiro realize o julgamento clínico e terapêutico, pautando-se num modelo de cuidar humano, individualizado e ético, tomando por base o Processo de Enfermagem. Nessa perspectiva, dentre os elementos que caracterizam o processo de cuidar, destaca-se o diagnóstico de enfermagem, julgamento clínico realizado pelo enfermeiro acerca de um fenômeno da prática profissional, direcionando a seleção das intervenções de enfermagem. Podendo representar o estado de saúde ou adoecimento da pessoa, bem como as potencialidades de complicações³. Para tal, adotou-se como sistema de referência, a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®), a qual surgiu como o marco unificador dos sistemas de classificação capaz de descrever a prática de enfermagem mundialmente. Na busca por acompanhar os avanços em pesquisa que vem acontecendo em todo o mundo utilizando-se da CIPE® e na oportunidade de contribuir com os serviços de cuidados paliativos, a presente pesquisa teve por objetivo identificar os termos empregados pela equipe de enfermagem, de uma UTI de um hospital especializado em oncologia, no cuidado a pessoa em processo de terminalidade, que caracterizam a linguagem específica da Enfermagem, analisando os termos identificados e mapeando-os com o Modelo de Sete Eixos da CIPE® 2011. Desse modo, o presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva realizada no período de janeiro a maio de 2013, utilizando dados secundários da dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia intitulada “O cuidar para uma boa morte: significado para a equipe de enfermagem de uma UTI”⁴, a qual teve lócus, a Unidade de Terapia Intensiva de

¹ Enfermeiro, Doutorando em Enfermagem pelo PPGEnf da UFBA. Bolsista CAPES. Professor Assistente da Universidade do Estado da Bahia – UNEB/Campus VII. Senhor do Bonfim – BA. Brasil. E-mail: rudvalsouza@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do PPGEnf da UFPB. Pesquisadora do CNPq. João Pessoa – PB. Brasil.

³ Enfermeiro. Doutor em Filosofia da Enfermagem. Docente do PPGEnf da Escola de Enfermagem da UFBA. Salvador – BA. Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo PPFEnf da UFPB. João Pessoa – PB. Brasil.

⁵ Enfermeira. Graduada pela UNEB/Campus VII. Senhor do Bonfim – BA. Brasil.



Trabalho 219

um hospital especializado em oncologia na cidade de Salvador - Bahia. A pesquisa foi aprovada pelo CEP da instituição lócus do estudo, atendendo a Resolução CNS 196/96, sob protocolo nº 264/10. Teve início com a identificação dos termos, correspondente a primeira etapa de um projeto de tese em desenvolvimento. Essa etapa configurou-se como uma pesquisa documental, realizada a partir de entrevistas com os profissionais da equipe de enfermagem, possibilitando a identificação de termos relevantes para a prática de enfermagem. O processo de identificação dos termos se deu a partir de leituras das entrevistas, com foco na identificação de termos que caracterizam a prática da enfermagem com ênfase nos cuidados paliativos, identificando-se um total de 915 termos, os quais passaram por um processo de normalização⁵ quanto ao Gênero (masculino), ao Grau (singular), foram retiradas as duplicações de termos, feitas as correções gráficas, e remoção de tempos verbais, resultando num total de 432 termos. Em seguidas estes termos foram digitados no *software Microsoft Office Excel*® 2010 e realizado a técnica de “*cross-mapping*” possibilitando o cruzamento desses termos com os da CIPE® 2011 utilizando-se do *software Microsoft Office Access*® 2010, para a identificação de termos constantes e não constantes nessa terminologia. A CIPE® 2011 tem por base o Modelo dos Sete Eixos, atendendo a Norma ISO 18.104:2003 disposta em: Ação, Cliente, Foco, Julgamento, Localização, Meios e Tempo. No estudo, dos 433 termos, foram identificados 167 termos constantes da CIPE® 2011, dos quais 39 foram classificados como similares e 95 termos não constantes sendo quatro destes considerados como mais abrangentes, nove mais restritos e 82 não apresentaram concordância com os termos da CIPE® 2011. Restando um total de 170 termos considerados como lixo terminológico⁵. Os termos não constantes foram distribuídos nos sete eixos da CIPE® levando-se em consideração àqueles que não apresentaram concordância, os termos mais abrangentes e os mais restritos, classificando-se em cada eixo: sete termos no eixo Ação, cinco no eixo Cliente, 31 no eixo Foco, 17 no eixo Julgamento, um no eixo Localização, 30 no eixo meio e quatro no eixo Tempo. Dos termos não constantes da CIPE® 2011, observou-se uma predominância de termos dos eixos foco, julgamento e meio. Em relação aos termos do eixo foco, pode-se inferir que há uma preocupação por parte dos profissionais da equipe de enfermagem com a dimensão psicológica do ser, considerando-se os termos identificados como amor, apoio psicológico, boa morte, humanização, respeito, singularidade, prazer e processo psicológico. Ainda que em número reduzido, pode-se observar a preocupação com a dimensão espiritual, ao ser identificado termos como aspectos psicoespirituais. Termos do eixo cliente refletem a preocupação tanto com a pessoa, a partir da identificação de termos como: gente, paciente terminal e ser, quanto com a família considerando-se a identificação de termos como ente querido e acompanhante. O que esta coadunando com a definição de cuidados paliativos da Organização Mundial de Saúde, que engloba uma preocupação tanto com os cuidado para o paciente quanto para a família. No eixo ação, foi possível identificar termos como: dedicar, descontrair e proporcionar, que nos faz pensar em intervenções voltadas para o viver os últimos dias de vida com intensidade e dignidade, no entanto, ainda é forte a preocupação com a luta contrária ao fenômeno da morte, haja vista a identificação de termos como investir e lutar. A partir da identificação desses termos, sugere-se a realização de estudos utilizando a pesquisa metodológica para a construção de enunciados para diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem por meio de métodos como a análise de conceito e a validação de conteúdo e quiçá a validação clínica, para que desta forma possa garantir a compreensão e o reconhecimento intersubjetivo do significado dos termos futuramente a serem incluídos no sistema de classificação da prática de enfermagem, contribuindo para a qualidade do cuidado prestado a pessoa em processo de terminalidade, direcionando-se para um cuidado com vista na dignidade da pessoa.

Descritores: Enfermagem, Cuidados Paliativos, Terminologia.



Trabalho 219

Eixo Temático: PESQUISA EM ENFERMAGEM

Referências

1. Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora. 2001.
2. World Health Organization. Definition of Palliative Care [on line]: Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> p. 2013.
3. Conselho Internacional de Enfermagem. CIPE® - Versão 1.0. São Paulo: Algor; 2007.
4. Silva RS. O cuidar/cuidado para uma boa morte: significados para uma equipe de enfermagem intensivista. (Dissertação). Programa Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. 114 p.
5. Pavel S, Nolet D. Manual de terminología. Public Works and Government Services: Canada; 2002.



Trabalho 220

MANUAL DE PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM PESSOAS COM HANSENÍASE E TERMOS DA CIPE® VERSÃO 2.0: MAPEAMENTO CRUZADO

Michele Dias da Silva Oliveira¹, Maria Márcia Bachion²

Introdução: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, com alta prevalência no mundo, constituindo em uma das endemias priorizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pelo seu grande potencial incapacitante e estigmatizante¹. Ainda é incipiente a produção de conhecimento sobre abordagem clínica de enfermagem, os fenômenos de interesse e competência de enfermagem na assistência a pessoas com hanseníase no Brasil. A enfermagem como disciplina científica tem como desafio identificar, traduzir e codificar os elementos de sua prática no intuito de definir o seu corpo de conhecimento e gerar um sistema de classificação dos termos da linguagem profissional². Classificações promovem e facilitam a organização do conhecimento. Classificação de enfermagem é um alto nível de linguagem de conceitos específicos da área que facilita compartilhar informações entre diferentes contextos e pessoas. Em decorrência do grande desafio de universalizar sua linguagem e evidenciar elementos de sua prática, o ICN (Conselho Internacional de Enfermagem) está desenvolvendo um Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® cujo objetivo é representar o conhecimento de enfermagem mediante a identificação, organização, e definição de conceitos relevantes para a prática de enfermagem, nomear diagnósticos, intervenções e resultados. Atualmente, está disponível para utilização a versão da CIPE® 2.0, a qual contém uma única estrutura de classificação, organizada em 7 eixos: foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente³. O presente estudo tem como **objetivos:** mapear termos do Manual de prevenção de incapacidade do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde 2008) que trata hanseníase, nos eixos foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente conforme definição da CIPE® e comparar os termos mapeados com aqueles contidos na CIPE® versão 2.0. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo descritivo, de análise documental, com abordagem quantitativa, utilizando a pesquisa terminológica⁴. Elegeu-se para o mapeamento uma publicação do Ministério da Saúde: o Manual de prevenção de incapacidades: caderno de prevenção e reabilitação em hanseníase⁵. No segundo momento foi feita leitura da publicação selecionada por duas pesquisadoras para realizar a extração dos termos, ou seja, coletar fragmentos de informações que permitiram reconhecer as características das diferentes classes de objetos concretos ou abstratos baseado no modelo de 7 eixos da CIPE® (versão 2.0). A extração dos termos coletados foi realizada por duas pesquisadoras, e as divergências foram resolvidas mediante discussão até chegar a um consenso. Estes termos foram inseridos em uma planilha do *Excel for Windows*, agrupados em foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente. Realizou-se o mapeamento cruzados destes com os termos da CIPE® (versão 2.0). O mapeamento cruzado entre os termos teve como finalidade localizar termos do Manual do Ministério da Saúde que trata hanseníase: iguais, semelhantes e diferentes dos termos contidos na versão da CIPE® versão 2.0. Os resultados foram apresentados por frequência absoluta. **Resultados:** Foram extraídos 732 termos do Manual de prevenção de incapacidade do Ministério da Saúde, sendo 270 termos do eixo Foco; 52 do Eixo Julgamento; 89 do Eixo Ação; 162 do Eixo Meio; 125 do Eixo

¹ Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora Assistente da FEN/UFG. E-mail: mds.fen@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Titular da FEN/UFG. Pesquisadora nível 2 do CNPq. E-mail: mbachion@gmail.com



Trabalho 220

Localização; 18 do Eixo Cliente; 16 do Eixo Tempo. Dos 270 termos do Eixo Foco, 20 eram iguais aos termos da CIPE[®] versão 2.0, 1 era semelhante e 249 eram diferentes aos termos da CIPE[®] versão 2.0. Dos 52 termos do Eixo Julgamento, 4 eram iguais aos termos da CIPE[®] versão 2.0, 1 era semelhante aos termos da CIPE[®] versão 2.0 e 47 eram diferentes aos termos da CIPE[®] versão 2.0. Dos 89 termos do Eixo Ação, 26 eram iguais, 14 eram semelhantes aos termos da CIPE[®] versão 2.0 e 49 eram diferentes aos termos da CIPE[®] versão 2.0. Dos 162 termos do Eixo Meio, 9 eram iguais aos termos da CIPE[®] versão 2.0, 14 eram semelhantes aos termos da CIPE[®] versão 2.0 e 139 eram diferentes aos termos da CIPE[®] versão 2.0. Dos 125 termos do Eixo Localização, 13 eram iguais aos termos da CIPE[®] versão 2.0, 9 eram semelhantes aos termos da CIPE[®] versão 2.0 e 103 eram diferentes aos termos da CIPE[®] versão 2.0. Dos 18 termos do Eixo Cliente, 3 eram iguais aos termos da CIPE[®] versão 2.0, nenhum era semelhante aos termos da CIPE[®] versão 2.0 e 15 eram diferentes aos termos da CIPE[®] versão 2.0. Dos 16 termos do Eixo Tempo, 3 eram iguais aos termos da CIPE[®] versão 2.0, 3 eram semelhantes aos termos da CIPE[®] versão 2.0 e 10 eram diferentes aos termos da CIPE[®] versão 2.0. **Conclusão:** De acordo com os resultados obtidos, pode-se concluir que os objetivos que nortearam esta pesquisa foram alcançados. Considerando as definições da CIPE[®] para foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente, foi possível identificar elementos da prática de enfermagem no contexto da prevenção e incapacidades decorrentes da hanseníase, que podem contribuir para a definição do escopo da atuação profissional de enfermagem nesse contexto. No mapeamento cruzado verificou-se um grande número de termos que não estava contemplado na CIPE[®] e que são utilizados na prática clínica no atendimento a esta clientela. Dessa maneira, para que esta classificação seja mais aplicável nessa área, deve ser ampliada, de modo a conter os termos que são inerentes ao exercício profissional de enfermagem. **Implicações para a Prática:** esta pesquisa pode contribuir com a delimitação do escopo da disciplina de Enfermagem no contexto do atendimento à pessoas com hanseníase. Além disso, pode favorecer o refinamento da CIPE[®], de modo que seja amplamente utilizada nos cenários de atuação de enfermagem. A partir desse mapeamento podem ser elaborados diagnósticos, intervenções e resultados, para validação futura e direcionamento da abordagem clínica e do ensino.

Referências:

- 1-WHO. Leprosy elimination. Leprosy Today. [cited 2013 jun 14] Available from <http://www.who.int/lep/en/>
- 2-ROTEGAARD, A.K. RULAND, C.M. Patient centeredness in terminologies:coverage of health assets concepts in the International Classification of Nursing Practice. *J Biomed Inform*, v. 43,s.5,p.805-11,2010.
- 3-CIPE versão 2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/ Comitê Internacional de Enfermeiros ; (tradução Heimar de Fátima Marin) – São Paulo : Algor, 2011.
- 4-PAVEL,S.; NOLET, D. Manual de terminologia. Public Works and Government Services: Canadá, 2002. [cited 2013 jun 14] Available from http://www.octante.net/arquetipo/pt/docs/terminologia_presport.pdf
- 5- MINISTERIO DA SAUDE. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de Incapacidades/ Ministrério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departametno de Vigilância Epidemiológica – 3ed rev e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Descritores: Hanseníase; Enfermagem; Vocabulário controlado



Trabalho 220

Eixo 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM



Trabalho 221

**ANÁLISE DO CONCEITO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
'RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA'**

Tallita Mello Delphino¹
Rosimere Ferreira Santana²
Priscilla Alfradique de Souza³

Introdução: A assistência de enfermagem durante o pós-operatório constitui um desafio devido às alterações fisiológicas complexas que ocorrem nesta fase⁽¹⁻²⁾. Neste contexto, para oferecer uma assistência qualificada e direcionada para as necessidades do paciente cirúrgico, é necessário que os profissionais de enfermagem identifiquem corretamente os possíveis diagnósticos neste período, para agir de forma adequada, viabilizando a redução de possíveis complicações⁽¹⁻²⁾. Sendo assim, a identificação acurada e precisa do Diagnóstico de Enfermagem (DE) Recuperação Cirúrgica Retardada (RCR) pode se tornar uma ferramenta essencial para promover a orientação acerca da recuperação plena, realização correta do curativo cirúrgico, prevenção de infecção, alimentação adequada e retomada de suas atividades rotineiras e, por conseguinte, contribuir para redução das complicações pós-operatórias⁽³⁾. O diagnóstico de enfermagem RCR, segundo a classificação NANDA-I, insere-se no domínio 4 Atividade/Repouso, 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”⁽⁴⁾. A necessidade de se analisar conceitualmente um diagnóstico vem do fato de que muitas vezes alguns conceitos são utilizados de forma errada ou mal compreendidos na prática pelos profissionais de enfermagem. Isso ocorre devido à terminologia confusa ou ao modo como foram construídos, o que suscita a necessidade de estratégias que ajudem na sua elaboração para que sejam claramente expostos quanto a sua representação da realidade. Desta forma, considera-se importante o aprofundamento do DE RCR aplicado nesta fase cirúrgica, visto que nem sempre as evidências clínicas definidas como pertinentes correspondem à observação prática. **Objetivos:** Analisar o conceito do diagnóstico de enfermagem RCR segundo a classificação NANDA-I, através do método proposto por Walker e Avant (1995). **Método:** Utilizou-se o método de *Análise do Conceito* proposto por Walker e Avant (1995), por ser uma técnica de análise tradicional e clara para diagnóstico de enfermagem. A estratégia compreende 08 etapas: (1) *Seleção do conceito*; (2) *Objetivos da análise*: a análise do conceito pode ter diferentes objetivos: esclarecer o significado de um conceito, desenvolver uma definição operacional e adicionar/renovar uma teoria existente⁽⁵⁾; (3) *Identificação dos usos do conceito*: nessa etapa, os autores sugerem identificar a maior

¹Enfermeira e Licenciada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. Residente em Clínica Médico- Cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Ex-bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq/PROPPi. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal fluminense – GESAE_UFF E-mail: tallitamell@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, RJ, Brasil. 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

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem Nursing Scholl of San Antonio, Texas, Estados Unidos. Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal fluminense – GESAE_UFF E-mail: prialfra@hotmail.com



Trabalho 221

variedade possível de aplicações do conceito ⁽⁵⁾; (4) *Determinação dos atributos definidores*: Os atributos definidores também chamados de atributos críticos são características que atuam como elementos para diagnósticos diferenciais ⁽⁵⁾; (5) *Desenvolvimento de casos-modelos*: essa etapa visa ilustrar o conceito através de um exemplo que contenha os atributos definidores do mesmo, o caso deve representar um caso padrão, onde se observa o conceito e atributos essenciais ⁽⁵⁾; (6) *Desenvolvimento de outros casos*: são citados outros casos para auxiliar na decisão quanto aos atributos realmente importantes para o conceito. Todos esses casos não são exemplos legítimos do conceito ⁽⁵⁾; (7) *Identificação de antecedentes e consequentes* corresponde ao levantamento de eventos que acontecem a priori e posteriori ao fenômeno, respectivamente. (8) *Definição de referências empíricas*: A última fase busca identificar referências empíricas para os atributos definidores ⁽⁵⁾. **Resultados**: As etapas referentes à análise do conceito serão apresentadas separadamente, para facilitar a compreensão. (1) *Seleção do conceito*: optou-se por analisar o conceito de ‘Recuperação Cirúrgica Retardada’; (2) *Objetivos da análise*: a análise teve como propósito o esclarecimento do fenômeno na área da enfermagem cirúrgica e seus tributos; (3) *Identificação dos usos do conceito*: Após a realização de uma Revisão Integrativa observou-se que nenhum dos 36 artigos incluídos na revisão trouxe diretamente o conceito de RCR. Contudo, mediante a leitura dos estudos, percebeu-se que a definição de recuperação cirúrgica retardada pode estar ligada à idéia central de ‘aumento do número de dias de pós-operatório’, ‘dificuldade para autocuidado’ e ‘demora na cicatrização da ferida’, permitindo a discussão do conceito para o DE. (4) *Determinação dos atributos definidores*: destacaram-se os seguintes atributos: ‘deiscência de sutura’, ‘vermelhidão na ferida operatória’, ‘presença de secreção na ferida operatória’, ‘prolongamento do tempo de pós-operatório’ e ‘relato de que é necessário mais tempo para recuperação’, estes se mostraram como os principais atributos de RCR. (5) *Desenvolvimento de casos-modelos*: Como caso modelo para RCR temos: “M.J.L., 53 anos, sexo masculino, vendedor, em D15 de pós-operatório de reconstrução de trato intestinal, relata necessitar de mais tempo para recuperação e preocupação com trabalho, pois não se sente totalmente restabelecido. Apresenta incisão cirúrgica abdominal extensa, edemaciada, ruborizada, com exsudado seroso em média quantidade e deiscência no terço inferior da ferida operatória”. (6) *Desenvolvimento de outros casos*: Como Caso Contrário temos: “B.F.S., 20 anos, sexo feminino, em D3 de pós-operatório de tireoidectomia total, apresenta incisão cirúrgica de aproximadamente 6 cm em região anterior do pescoço, com cicatrização de primeira intenção e sem sinais de infecção, exsudado, edema, ou vermelhidão, com provável alta para amanhã.” Como Caso Ilegítimo temos: “V.N.F., 49 anos, em D17 de internação, com diagnóstico médico de câncer de bexiga metastásica para quadril D, refere dor 9 segundo Escala Visual Analógica (EVA) a mais de 8 meses. Realizou procedimento cirúrgico de confecção de cistostomia, cicatrizado e funcionando com urina límpida. Aguardando esquema de controle da dor”. (7) *Identificação de antecedentes e consequentes*: Os antecedentes para RCR podem ser: *infecção pós-operatória, dor na incisão cirúrgica, desconforto, sentimentos pós-operatórios* (ansiedade, medo, preocupações e estresse), *idoso, diabetes mellitus, deficiência nutricional, uso de corticoides e náusea e vômitos*. Ou seja, esses fatores podem anteceder/contribuir para retardo na cicatrização da ferida operatória e consequentemente prolongamento da recuperação do paciente. Alguns dos atributos de RCR podem ser classificados como consequentes do fenômeno: *dificuldade para mobilizar-se, necessita de ajuda para completar o auto cuidado; adia o retorno as atividades de trabalho e emprego, perda de apetite, edema na ferida cirúrgica, hiperemia na ferida cirúrgica, presença de secreção na ferida e deiscência*. (8) *Definição de referências empíricas*: Mediante a escassez de estudos sobre o diagnóstico, há um déficit de instrumentos existentes para medir o fenômeno RCR. Sendo assim, caso de RCR, as referências empíricas serão as mesmas dos atributos definidores. **Conclusão**: O estudo apresentou limitações, no



Trabalho 221

que se refere a escassez deste conceito na literatura, o que dificultou sua análise e discussão do tema. Contudo foi possível o levantamento de importantes atributos definidores que certamente contribuíram para o entendimento sobre RCR. **Contribuições para a Enfermagem:** O estudo fornece subsídios para direcionar o enfermeiro ao raciocínio diagnóstico de forma acurada, contribuindo para a redução de incongruências diagnósticas impostas pela utilização de diagnósticos imprecisos, além de possibilitar discussões futuras no ensino e na pesquisa em enfermagem.

Referências:

1. Pompeo DA, Nicolussi AC, Galvão CM, Sawada NO. **Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato.** Acta Paul. Enferm. 2007; 20(2):191-198.
2. Zago MMF, Casagrande LDR. **A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: A influência cultural.** Rev. Latino-Am Enferm. 1997; 5(4):69-74.
3. Rothrock JC. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.** Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
4. North American Nursing Diagnosis Association; tradução Regina Machado Garcez. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação.** 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2010.
5. Walker LO, Avant KC. **Strategies for theory construction in nursing.** 5th ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall; 2011.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Enfermagem Perioperatória, Estudos de Validação

EIXO 3: Pesquisa em Enfermagem



Trabalho 222

VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA COM FOCO EM LACTENTES

Francine Ramos de Miranda¹; Ari Miotto Junior²; Anamaria Alves Napoleão³

Introdução: Sabe-se que a observação da eliminação urinária da criança na rotina da clínica pediátrica pode identificar respostas humanas e com isso prevenir complicações atuais e futuras. Pode-se inferir que a análise do enfermeiro acerca da eliminação urinária da criança e a acurácia na elaboração de diagnósticos de enfermagem (DE) é de fundamental importância. No que diz respeito ao DE Eliminação urinária prejudicada da NANDA-I, Inc¹ identifica-se a possibilidade de existência de lacunas, especialmente em relação a lactentes com distúrbios na eliminação urinária, uma vez que essa população possui particularidades na forma como manifestam esse problema. Diante da necessidade de aperfeiçoamento e continuidade no desenvolvimento do Diagnóstico de Enfermagem, bem como de uma abordagem especializada por parte da enfermagem junto aos lactentes, sentiu-se a necessidade de realizar a validação do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada junto a essa população. **Objetivos:** O objetivo geral foi validar o diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada considerando sua ocorrência entre lactentes, e os objetivos específicos foram: realizar a análise do conceito de eliminação urinária prejudicada; analisar criticamente o enunciado, definição, fatores relacionados e características definidoras (CD) do diagnóstico Eliminação Urinária Prejudicada da NANDA-I, Inc quanto a necessidade de adequações considerando os resultados da análise de conceito; submeter o diagnóstico Eliminação Urinária Prejudicada com as potenciais adequações à análise de especialistas da área de Processo de Enfermagem e Enfermagem Pediátrica e identificar características definidoras junto a lactentes com disfunções no trato urinário. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de validação de diagnóstico de enfermagem, com base no modelo proposto por Hoskins², uma vez que foram percorridas as três etapas propostas, a análise de conceito (AC) e a validação por especialistas e validação em ambiente clínico. Para o desenvolvimento da análise de conceito foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados LILACS, PubMed, CINAHL e Biblioteca Cochrane, buscando selecionar estudos que fundamentassem a análise de conceito baseada no modelo de Walker e Avant³ que propõe um processo de investigação de elementos básicos de um conceito desenvolvido em oito passos. Foram elegíveis para a condução da análise de conceito 25 estudos. Para realizar a análise de todos os elementos do diagnóstico, também foram consultados 2 livros de Urologia Pediátrica, 2 livros de fisiologia humana e 2 Dicionários de termos médicos. Na etapa de validação por peritos, optou-se por explorar um modelo de validação que pudesse ser conduzido com menor quantidade de especialistas, uma vez que um dos pontos mais críticos nos estudos de validação é a seleção por peritos, devido ao perfil proposto para os mesmos. Assim, no presente estudo a etapa de validação de peritos foi realizada com base na Validação por Consenso⁴, que consiste em um processo onde se obtém a opinião ou concordância entre o autor e um grupo composto por no mínimo 3 especialistas. Segundo o referencial metodológico adotado a etapa de validação clínica prevê a confirmação da existência no ambiente clínico das características definidoras encontradas na primeira etapa - análise de conceito - e avaliadas por peritos na segunda etapa - validação por especialistas. No presente

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS.

² Médico. Doutor em Urologia. Médico do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul Rosa Pedrossian – HRMS.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.



Trabalho 222

estudo, foi identificada a necessidade de adaptação deste modelo, devido ao limite de tempo para o término da pesquisa. Assim, os dados relativos às características definidoras foram coletados através de entrevista com os pais ou responsáveis pelos lactentes e também através de consulta aos prontuários. **Resultados:** Como resultado da AC identificou-se que o conceito EUP foi utilizado com maior frequência pela medicina e suas especialidades e em uma quantidade menos expressiva pela enfermagem. Os atributos definidores identificados foram: febre, retenção urinária, jato urinário fraco, choro inconsolável, choro ao urinar, irritabilidade, hematuria, urina fétida, percepção de disúria pelos pais e micção por gotejamento, entre outros. Entre os antecedentes identificados encontram-se: dilatação de vias urinárias; hidronefrose, má formação geniturinária, pielonefrite, uropatia obstrutiva, infecção do trato urinário, refluxo vesicoureteral, entre outros. As principais consequências foram: perda de peso, falência renal, lesão aguda do parênquima renal, déficit de crescimento e diminuição da função renal. Diante dos dados da AC foram sugeridas alterações na redação da CD disúria e inclusão de novas CD. As alterações propostas após a AC foram submetidas à análise de 10 peritos. Para seleção e pontuação dos peritos foi utilizada a escala proposta por Fehring na qual os peritos devem atingir no mínimo 5 pontos. Dos 10 peritos selecionados, 60% atingiram uma pontuação de 5 a 7 pontos e 40% atingiram uma pontuação de 10 a 14 pontos. Como resultado desta etapa, das CD propostas pela NANDA- I, Inc foram validadas retenção urinária e disúria. Foi proposta nova redação para a característica definidora disúria, qual seja, disúria (em lactentes, choro ao urinar ou relato dos pais de percepção de disúria no lactente). Das novas CD propostas foram validadas hematuria, urina fétida, anúria, oligúria, irritabilidade e febre. Também foram sugeridas novas CD pelos peritos. Quanto aos Fatores Relacionados (FR), dos propostos pela NANDA- I, Inc apenas o FR múltiplas causas não foi validado. A etapa clínica foi composta por uma amostra de 10 lactentes, 5 meninos e 5 meninas, 40% com idade de 1 a 3 meses; 20% com idade de 5 a 7 meses e 40% com idade de 8 a 12 meses. A maioria dos diagnósticos médicos encontrados foi o de Infecção do Trato Urinário (ITU). As CD encontradas com maior frequência foram: Febre (80%), choro ao urinar (60%), esforço ao urinar (60%) e oligúria (50%). **Conclusão:** Com base nos resultados das três etapas deste estudo foi possível sugerir uma nova redação para uma CD a inserção de novas CD para o Diagnóstico de Enfermagem Eliminação Urinária Prejudicada, considerando sua ocorrência entre lactentes **Implicações para a enfermagem:** Os resultados podem contribuir para a melhoria do cuidado dos lactentes que apresentam disfunção na eliminação de urina, levando a intervenções adequadas a esta população e promovendo um cuidado seguro em busca de resultados satisfatórios.

Referências

1. Herdman, TH. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014. Artmed: 2012.
2. Hoskins, LM. Clinical Validation, methodologies for nursing diagnosis research. Proceedings of eighth conference of North American Nursing Diagnosis; 1989 126-31; Philadelphia: Lippincot, 1989
3. Walker, LO; Avant, KC. Concept Analysis. In: Walker, LO; Avant, KC. Strategies for Theory Construction in Nursing. New Jersey; Pearson, 2005. p. 63-84.
4. Westmoreland, D; Wesorick, B; Hanson, D; Wyngarden, K. Consensual Validation of Clinical Practice Model Practice Guidelines. J Nurs Care Qual. 2000 14(4): 16-27.



Trabalho 222

Descritores: Diagnóstico de enfermagem, Estudos de validação, Lactentes

Eixo 3: Pesquisa em enfermagem



Trabalho 223

RISCO DE QUEDAS EM PACIENTES NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Allyne Fortes Vitor¹; Ingrid Caroline da Costa Vitorino²; Suênia Silva de Mesquita Xavier³; Maria Isabel Dias Fernandes⁴; Raissa Gomes da Costa².

Introdução: No contexto da internação hospitalar, considera-se período pós-operatório (PO) desde o momento em que o paciente deixa a sala de cirurgia até o término do acompanhamento pela equipe de saúde, após a sua avaliação final. Por ser uma fase crítica, os pacientes internados em período pós-operatório estão sujeitos a diversas complicações, dentre elas o risco de quedas. Este evento adverso pode resultar em substancial morbidade para o paciente e, conseqüente, responsabilidade para a instituição. Destarte, torna-se, fundamental identificar os fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade do indivíduo. Remete-se então, à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), mediante o Processo de Enfermagem (PE) como ferramenta metodológica para identificar e prevenir tais riscos. Nessa perspectiva, o risco de quedas pode ser identificado como um fenômeno da enfermagem reconhecido na linguagem de seus sistemas de classificação por meio do diagnóstico de enfermagem (DE) Risco de Quedas. **Objetivo:** identificar o diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em pacientes no período pós-operatório internados em um hospital universitário e os principais fatores de risco nesta clientela. **Descrição metodológica:** Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de caráter quantitativo, desenvolvido em um hospital universitário público localizado Município de Natal/ RN, Brasil. A população foi composta por pacientes em pós-operatório, internados nas unidades de clínica cirúrgica do referido hospital. A amostra foi consistida em 80 pacientes. Os dados foram coletados de outubro a dezembro de 2012, mediante realização de anamnese, exame físico e consulta ao prontuário. A análise estatística foi realizada de acordo com os princípios da estatística descritiva e associativa. Os dados foram estatisticamente tratados por pacotes estatísticos de análise de dados. Foram utilizados os testes: exato de Fisher, Mann-Whitney, teste-T assumindo variâncias iguais e foi calculado o Coeficiente Phi. Ressalta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob o parecer nº 121.028 e registrado mediante o CAAE 07614812.6.0000.5537, em concordância com as determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que define as diretrizes e normas que regem a pesquisa envolvendo seres humanos. **Resultados:** Dentre os participantes, o DE Risco de quedas esteve presente em 69 pacientes (86,25%). o risco de quedas foi identificado com maior frequência em pessoas do sexo masculino (48,75%), com uma média de 50,00 ($\pm 15,48$) anos de idade e 6,62 ($\pm 4,85$) anos de estudo. Concernente ao cruzamento entre o diagnóstico Risco de quedas e os dados sociodemográficos descritos foi verificada associação significativa com a religião (associação fraca, $\phi = -0,339$, $p=0,005$). Neste caso, os pacientes praticantes de alguma religião têm 86% menos chance de apresentar o Risco de quedas, embora, sob o ponto de vista clínico, não se perceba uma relação entre estas variáveis. De acordo com o apurado, merece destaque a associação significativa entre a idade e a ocorrência do diagnóstico Risco de quedas ($p=0,000$). Não foi identificada associação estatisticamente significativa entre os fatores de risco específicos para adultos. Já com relação aos fatores de risco fisiológicos, notou-se associação estatística significativa entre o fator de risco Condições pós-operatórias e o DE Risco de quedas (associação moderada, $\phi = 0,513$, $p= 0,000$). Tal associação sugere que pacientes em

¹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. (allyne@ufnet.br)
² Acadêmica do 9º período, Estudante de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.
³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.
⁴ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.



Trabalho 223

período pós-operatório apresentam 18 vezes mais chance de desenvolver o risco de quedas. Se nesta pesquisa fosse considerado um nível de significância de 10%, a condição de anemia e o DE Risco de quedas apresentariam associação estatisticamente significativa. Concernente aos fatores de risco medicamentosos, não foi identificada associação estatisticamente significativa entre o uso de narcóticos/opiáceos e o DE Risco de quedas. Por outro lado, constatou-se associação estatística significativa entre o uso de agentes anti-hipertensivos (associação fraca, $\phi = 0,279$, $p = 0,011$). Segundo a razão de chance, esta associação indica que os pacientes em uso de anti-hipertensivos apresentam 9 vezes mais chance de desenvolver o risco de quedas. Entre os pacientes incluídos no estudo 86,25% apresentaram o DE Risco de quedas, em sua maioria homens. Esse dado contradiz os resultados de um estudo de coorte retrospectivo realizado no Texas, no qual a proporção de mulheres foi maior. Por outro lado, um estudo prospectivo observacional que acompanhou os fatores de risco para quedas desde o pré até o pós-operatório apontou para uma maior quantidade de homens no estudo. Concernente à relação entre idade e o DE Risco de quedas ora identificada, relação semelhante foi encontrada em um estudo realizado no Reino Unido. Pesquisas mostram que ao envelhecer as pessoas apresentam maior tendência à instabilidade postural, alterações de marcha, bem como enrijecimento das articulações musculoesqueléticas. Com relação ao fator História de quedas um estudo executado para comparar demográfica, clínica e funcionalmente idosos institucionalizados com e sem episódios de quedas, mostrou que a ocorrência de uma ou mais quedas no ano anterior resulta em aumento de reincidência deste evento. Relativo à associação estatística significativa encontrada entre a condição pós-operatória e o DE Risco de quedas, conforme revelado por um estudo de coorte, as quedas do cliente em pós-operatório tiveram como causa a fraqueza, a perda do equilíbrio, até mesmo a síncope. Um estudo de caso-controle revelou associação entre o uso de analgésicos narcóticos e o risco de quedas em pacientes com osteoartrite. Em uma pesquisa cujo objetivo foi verificar a relação entre o uso de medicamentos e o risco para fratura por queda no idoso, foi identificado que os agentes hipotensores podem provocar hipotensão postural, sonolência, vertigem, polaciúria, dentre outros efeitos, os quais podem propiciar o acontecimento de quedas. **Conclusão:** Diante da diversidade de fatores de risco encontrados em pacientes no período pós-operatório, torna-se imperativo a identificação precoce desses por parte dos profissionais de saúde, a fim de propor ações preventivas e eficazes que suprimam ou minimizem tais riscos. **Contribuições ou implicações para a Enfermagem:** Recomenda-se o desenvolvimento e validação de instrumentos acurados e precisos para avaliação da situação de saúde do paciente com relação ao risco de quedas, além de quantificar a presença dos fatores de risco no estado de saúde do indivíduo. Desta forma, a enfermagem poderá atuar de forma direcionada e enfocar suas ações para prevenção do evento queda no período pós-operatório.

Descritores: Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Gerenciamento de Segurança.

Referências:

Vargas MAO, Luz AMH. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. *Enfermagem em Foco*. 2010; 1(1):23-27.

¹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. (allyne@ufrnet.br)

² Acadêmica do 9º período, Estudante de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

⁴ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.



Trabalho 223

Garcia TL, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(1): 188-193.

Chatterjee S. Risk of falls and fractures in older adults using atypical antipsychotic agents: a propensity score-adjusted, retrospective cohort study. The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy. 2012; 10(2): 83- 94.

Swinkels A, Newman JH, Allain TJ. A prospective observational study of falling before and after knee replacement surgery. Age ageing. 2009; 38:175-181.

Armstrong MEG, Cairn BJ, Banks E, Green J, Reeves GK, Beral V. Different effects of age, adiposity and physical activity on the risk of ankle, wrist and hip fractures in postmenopausal women. Bone (N.Y.). 2012; 50: 1394-1400.

Eixo temático 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM

¹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. (allyne@ufrnet.br)

² Acadêmica do 9º período, Estudante de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

⁴ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.



Trabalho 224

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO DOMÍNIO SEGURANÇA/PROTEÇÃO EM PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO

Allyne Fortes Vitor¹, Raissa Gomes da Costa², Laísila Alves Moura³, Ingrid Caroline da Costa Vitorino², Lorena Cabral Felipe².

Introdução: O período pós-operatório (PO) é uma fase crítica que demanda cuidados redobrados de toda a equipe de saúde, tendo destaque a equipe de enfermagem. Entende-se PO como o período desde o momento em que o paciente deixa a sala de cirurgia até o término de seu acompanhamento pela equipe de saúde. Em conformidade com a portaria Ministerial nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que destaca em seus objetivos a promoção e apoio a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção; assim como a produção, sistematização e difusão dos conhecimentos sobre segurança do paciente. Com vistas a garantir uma assistência de enfermagem segura e reduzir os danos indesejáveis aos pacientes e as despesas em saúde, faz-se indispensável o reconhecimento prévio das necessidades manifestadas por esses indivíduos e quais são mais propensos a sofrer tal episódio. Referente ao processo de organização do trabalho da enfermagem apresenta-se o Processo de Enfermagem como um instrumento metodológico que guia a prática profissional. **Objetivo:** caracterizar os diagnósticos de enfermagem do Domínio Segurança/ proteção da taxonomia NANDA-I apresentados por pacientes no período pós-operatório internados em um hospital universitário do Município de Natal – RN. **Descrição metodológica:** Estudo descritivo, do tipo transversal, desenvolvido em um hospital universitário, público e de nível terciário localizado Município de Natal/ RN - Brasil. A amostra foi definida com base na aplicação de uma fórmula desenvolvida para estudos com populações infinitas e que leva em consideração o nível de confiança, a prevalência de procedimentos cirúrgicos e o erro amostral, o nível de confiança adotado foi de 95% e erro amostral de 5%. Desta maneira, a amostra foi estabelecida em 80 indivíduos. Para inclusão na amostra foram considerados os seguintes critérios: estar internado no setor de clínica-cirúrgica do referido hospital; ter idade igual ou superior a 18 anos; estar em condições físicas e emocionais de responder às perguntas e de ser submetido ao exame físico. Foram excluídos da amostra aqueles pacientes que durante a coleta de dados apresentaram situações de emergência com risco de morte. A amostragem foi efetuada do tipo consecutiva e de forma sequencial. Enfatiza-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob parecer número 121.028 em 26/10/2012 e CAAE 07614812.6.0000.5537, em concordância com as determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que define as diretrizes e normas que regem a pesquisa envolvendo seres humanos. Desta feita, a coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2012. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de coleta de dados e exame físico baseado na Taxonomia da NANDA-I, com destaque para o Domínio Segurança/proteção, alvo desse estudo. A inferência dos diagnósticos foi desempenhada de acordo com o processo de julgamento diagnóstico preconizado por Gordon. Os dados foram compilados em um banco de dados e analisados estatisticamente de acordo com os princípios da estatística descritiva. **Resultados:** Entre os pacientes estudados, 60,0% eram do sexo masculino, a maioria procedentes do interior do

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta II da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Vice-líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: allyne@ufrnet.br

² Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³ Enfermeira. Mestranda em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



Trabalho 224

estado do Rio Grande do Norte (60,0%), com média de 47,46 ($\pm 16,15$) anos de idade e 6,75 ($\pm 4,87$) anos de estudo. A maior parte dos participantes (70,0%) vivia com companheiro, declarou possuir renda familiar de dois salários mínimos (1,0- 3,0), e 73,8% afirmaram ser praticante de alguma religião. O tipo de cirurgia mais prevalente foram as cirurgias abdominais (70%). Foram identificados oito diagnósticos de enfermagem do Domínio Segurança/ proteção. Destes, três apresentaram frequência maior que 50% a saber: Risco de quedas (86,3%), Dentição prejudicada (71,3%) e Risco de infecção (55%). Outros diagnósticos presentes na população estudada foram: Risco de resposta alérgica (10,0%), Risco de trauma vascular (8,8%), Risco de sangramento (6,3%), Recuperação cirúrgica retardada (3,8%), Risco de aspiração (2,5%). Os fatores de risco e relacionados mais prevalentes foram: Condições pós-operatórias (83,8%), Ausência de material antiderrapante no box do chuveiro (82,5%), Ambiente com móveis e objetos em excesso (76,3%), Higiene oral ineficaz (58,8%), Uso de Narcóticos/opiáceos (55%), Procedimentos invasivos (55%) e Defesas primárias inadequadas (pele rompida) (55%), Agentes anti-hipertensivos (43,8%), Anemia (33,8%) e Mobilidade física prejudicada (25%). As inferências encontradas como manifestação deste diagnóstico, as características definidoras, foram: Falta de alguns dentes (55%), Cáries na raiz do dente (32,5%), Desalinhamento dos dentes (32,5%), Dentes Estragados (30%). **Conclusão:** Os dados levantados mostraram-se representativos das necessidades afetadas e dos riscos a que os pacientes em período pós-operatório estão propensos, assim como a realidade da assistência prestada nas unidades de internação. Chama-se atenção para a recomendação de um cuidadoso preparo pré-operatório referente a profilaxia oral e a sua relação com o diagnóstico Risco de infecção e a infecção propriamente dita, ao considerar os importantes desdobramentos clínicos que o não seguimento desta conduta pode gerar à recuperação do paciente e, os consequentes gastos excessivos para o sistema de saúde. **Contribuições ou implicações para a Enfermagem:** A identificação dos diagnósticos de enfermagem do domínio segurança e proteção nesse período poderá auxiliar os enfermeiros na elaboração de intervenções fundamentadas e adequadas às necessidades individuais de cada paciente, colaborando para a implementação de ações rápidas e eficazes para a resolução dos problemas identificados. Reconhecem-se as limitações deste estudo inicialmente pelas peculiaridades do seu delineamento. Por se tratar de uma pesquisa transversal, entende-se que não é possível estabelecer relações de causalidade. Para tanto, sugere-se estudos longitudinais que possam verificar associação causal entre as variáveis.

Descritores: Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Gerenciamento de Segurança.

Referências:

Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 12 ed. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

Portaria N. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União (Brasília). 2013 Abr 02.

Resolução 196/96. Decreto nº 93.333 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. BRASIL. Conselho nacional de saúde. Bioética. 1996; 4 supl. 2:15-25.

Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012- 2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Eixo Temático 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM



Trabalho 225

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE ACORDO COM O DOMÍNIO NUTRIÇÃO DA NANDA I

Suênia Silva de Mesquita Xavier¹, Allyne Fortes Vitor², Marcos Antonio Ferreira Júnior³, Laísia Alves Moura³, Raissa Gomes da Costa⁴

Introdução: Considera-se período pós-operatório (PO) aquele que se estende desde a saída do paciente da sala de cirurgia até a sua alta. O cuidado de enfermagem deve ser integral de modo a reduzir a dor, reestabelecer o equilíbrio fisiológico do paciente e prevenir complicações⁽¹⁾. Pacientes submetidos a cirurgias de grande porte tendem a apresentar um maior desequilíbrio nutricional. O tempo de internação e o aparecimento de complicações no PO estão diretamente relacionados com o estado nutricional no momento da admissão e durante o período de internação, o tempo de jejum no período pré e pós-operatório, a presença de sintomas gastrointestinais que prejudicam a ingestão e absorção dos alimentos, o uso de suplementação de nutrientes através da nutrição parenteral ou via Sonda nasoenteral⁽²⁾. O processo de enfermagem (PE) constitui uma prática intelectual que direciona as ações de enfermagem de uma maneira sistemática, concordante com a individualidade de cada paciente e que se subdivide em cinco níveis ou etapas. O Diagnóstico de enfermagem é a fase do PE na qual se exige um raciocínio clínico rigoroso, embasado por um conhecimento científico prévio e deve ser direcionado por uma taxonomia própria que prevê uma padronização, nesse caso utiliza-se a taxonomia da NANDA-I⁽³⁾. Dessa forma, os diagnósticos de enfermagem constituem importante recurso utilizado para que o enfermeiro reconheça a vulnerabilidade da sua clientela e desenvolva intervenções direcionadas a fim de evitar agravos⁽⁴⁾. **Objetivo:** Este estudo buscou identificar os diagnósticos e fatores de risco associados aos pacientes no pós-operatório de acordo com o domínio Nutrição da NANDA- I. **Descrição metodológica:** Tratou-se de estudo descritivo transversal realizado no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) em Natal-RN. A amostra totalizou 80 indivíduos na condição de pós-operatório, devidamente admitidos em uma das três unidades de clínica-cirúrgica do referido hospital. Os mesmos deveriam apresentar idade igual ou superior a 18 anos, emocional, física e cognitiva mínimas para responder aos questionamentos. Enquanto a capacidade emocional foi avaliada a partir da vontade de participar expressa pelo paciente, a capacidade cognitiva foi avaliada pelo Mini Mental State Examination (MMSE), o qual considerou como parâmetro de inclusão as seguintes pontuações: > 15 (se analfabeto); > 22 (se de 1 a 11 anos de estudo) e > 27 (se tempo de estudo superior a 11 anos). Para o cálculo amostral utilizou-se a seguinte fórmula:

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente I. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: sueniamesquita@yahoo.com.br

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Vice-líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: allyne@ufrnet.br

³Enfermeiro. Doutor em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Professor Adjunto I. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: marcosjunior@ufrnet.br

⁴Enfermeira. Mestranda em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: laislaalves19@gmail.com

⁴Acadêmica de Enfermagem do 9º período, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



Trabalho 225

$N = (Z\alpha^2 \cdot P \cdot Q) / E^2$, utilizada para populações infinitas. Foi considerado o intervalo de confiança (IC) 95% e erro amostral de 5%. A coleta de dados foi realizada após aprovação no comitê de ética com protocolo de nº121. 028 em 26/10/2012. Vale ressaltar que a pesquisa respeitou todos os preceitos éticos estabelecidos pela portaria 196/96⁽⁵⁾ do Conselho Nacional de Saúde. A análise descritiva foi realizada por um software estatístico específico após a exportação dos dados tabulados e codificados em planilhas do Excel®. **Resultados:** A amostra constituiu-se de 80 pacientes em pós-operatório dos quais 48% eram do sexo masculino e 52% eram do sexo feminino. A média de idade foi de 47,46 anos com desvio padrão de 16,48. A média de escolaridade foi de 6,75 anos e da renda familiar foi de 2,31 salários mínimos. Quanto ao tipo de procedimento, as cirurgias abdominais foram as mais prevalentes (70%; IC 95%= 58,7 - 79,7) precedidas pelas cirurgias de cabeça e pescoço (12,5%; IC 95%=6,2 - 21,8). Foram identificados oito diagnósticos entre os pacientes sendo eles: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (58,8%; IC=0,49-0,71), Volume de líquidos excessivo (43,8%; IC 95%=0,34-0,56 0,34), Risco de função hepática prejudicada (42,5%; IC 95% = 0,31- 0,54), Deglutição prejudicada (26,3%; IC95%= 0,17-0,37), Nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais (12,5%; IC 95% = 0,05-0,2), Risco de desequilíbrio eletrolítico (17,5%; IC95%=0,09-0,27), Volume de líquidos deficiente (13,8%; IC95%= 0,02-0,22), Risco de volume de líquidos deficiente (6,3; IC95%=0,01-0,12). Os fatores relacionados/de risco mais prevalentes foram: Ingestão excessiva em relação atividade física (56,3%; IC95%= 0,45), Capacidade prejudicada de ingerir alimento (27,5%; IC95%= 0,17), Abuso de substância (21,3%; IC95%= 0,11), Medicamentos hepatotóxicos (20,0%; IC95%= 0,11), Volume de líquido excessivo(25,0%; IC95%= 0,16), Mecanismos reguladores comprometidos (48,8%; IC95%=0,38). **Conclusão:** Pode perceber que o diagnóstico Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais foi o mais prevalente entre a amostra que estava relacionada com a capacidade prejudicada de ingerir alimentos como consequência do pós operatório. O Volume de líquidos excessivo foi o segundo diagnóstico mais prevalente relacionado com o comprometimento dos mecanismos reguladores. O Risco de função hepática prejudicada foi o terceiro mais prevalente relacionado principalmente, ao abuso de substâncias alcoólicas e medicamentos hepatotóxicos. Por ser o profissional que passa mais tempo com os pacientes, o enfermeiro é um grande responsável por evitar complicações pós-cirúrgicas e à medida que conhece os fatores de risco aos qual o paciente está exposto consegue elaborar ações efetivas de prevenção de agravos e de complicações. É necessário que se desenvolva mais estudos com esse foco a fim de subsidiar mais o enfermeiro na sua prática hospitalar.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Serviço Hospitalar de Enfermagem.

Referências:

1. Smeltzer SC, Bare BG. BRUNNER &SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
2. Oliveira LB, Rocha Junior PB, Guimarães NM, Didonet MT. Variáveis relacionadas ao tempo de internação e complicações no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia do trato gastrointestinal. Com. Ciências Saúde. 2010; 21(4): 319-30.



Trabalho 225

3. AQUINO, RD et al. Mapeamento dos diagnósticos de enfermagem em uma unidade de pneumologia. *Acta paul. enferm.* 2011;24(2):192-198.
4. DalriCC,Rossi LA,Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006; 14(3): 389-96.
5. Resolução 196/96. Decreto nº93.333 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. BRASIL. Conselho nacional de saúde. *Bioética.* 1996; 4 supl. 2:15-25.

Eixo Temático 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM



Trabalho 226

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE INFECÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO

Suênia Silva de Mesquita Xavier¹, Allyne Fortes Vitor², Raissa Gomes da Costa³, Ingrid Caroline da Costa Vitorino³, Aryele Rayana Antunes de Araujo³.

Introdução: O período pós-operatório (PO) é uma fase crítica que demanda cuidados redobrados de toda a equipe de saúde, com destaque para a equipe de enfermagem. Entende-se PO como o período desde o momento em que o paciente deixa a sala de cirurgia até o término de seu acompanhamento pela equipe de saúde. Por ser a categoria profissional mais próxima do paciente durante sua internação e, está presente desde sua chegada até sua saída do hospital, a enfermagem é responsável por reconhecer previamente as necessidades e fragilidades do paciente. Referente ao processo de organização do trabalho da enfermagem apresenta-se o Processo de Enfermagem como um instrumento metodológico que guia a prática profissional. Referente à etapa de diagnóstico de enfermagem, têm-se, como um dos mais notáveis e utilizados em nosso meio, o sistema de classificação da NANDA Internacional. O Domínio 11: Segurança/ proteção é composto por trinta e sete diagnósticos de Enfermagem, destacamos nesse estudo o Diagnóstico Risco de Infecção. **Objetivo:** caracterizar o diagnóstico de enfermagem Risco de Infecção da taxonomia NANDA-I em pacientes no período pós-operatório internados em um hospital universitário do Município de Natal – RN. **Descrição metodológica:** Estudo descritivo, do tipo transversal, desenvolvido em um hospital universitário, público e de nível terciário localizado Município de Natal/ RN - Brasil. A amostra foi definida com base na aplicação de uma fórmula desenvolvida para estudos com populações infinitas e que leva em consideração o nível de confiança, a prevalência de procedimentos cirúrgicos e o erro amostral, o nível de confiança adotado foi de 95% e erro amostral de 5%. Desta maneira, a amostra foi estabelecida em 80 indivíduos. Para inclusão na amostra foram considerados os seguintes critérios: estar internado no setor de clínica-cirúrgica do referido hospital; ter idade igual ou superior a 18 anos; estar em condições físicas e emocionais de responder às perguntas e de ser submetido ao exame físico. Foram excluídos da amostra aqueles pacientes que durante a coleta de dados apresentaram situações de emergência com risco de morte. A amostragem foi efetuada do tipo consecutiva e de forma sequencial. Enfatiza-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob parecer número 121.028 em 26/10/2012 e CAAE 07614812.6.0000.5537, em concordância com as determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que define as diretrizes e normas que regem a pesquisa envolvendo seres humanos. Desta feita, a coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2012. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de coleta de dados e exame físico baseado na Taxonomia da NANDA-I, com destaque para o Domínio Segurança/proteção, alvo desse estudo. A inferência dos diagnósticos foi desempenhada de acordo com o processo de julgamento diagnóstico preconizado por Gordon. Os dados foram compilados em um banco de dados e analisados estatisticamente de acordo com os princípios da estatística descritiva. **Resultados:** Entre os pacientes estudados, 60,0% eram do sexo masculino, a maioria procedentes do interior do estado do Rio Grande do Norte (60,0%), com média de 47,46 ($\pm 16,15$) anos de idade e 6,75 ($\pm 4,87$) anos de estudo. A maior

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente I da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: sueniamesquita@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta II da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Vice-líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica. E-mail: allyne@ufnet.br

³ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



Trabalho 226

parte dos participantes (70,0%) vivia com companheiro, declarou possuir renda familiar de dois salários mínimos (1,0- 3,0), e 73,8% afirmaram ser praticante de alguma religião. O tipo de cirurgia mais prevalente foram as cirurgias abdominais (70%). Quanto aos dados clínicos, 45% dos pacientes apresentavam um quadro de infecção e a mediana da escala numérica de dor foi de zero (0,0- 4,0). Sobre isso, é importante esclarecer que para as variáveis dor e renda familiar utilizou-se o valor da mediana por ser tratar de uma distribuição assimétrica. As demais variáveis apresentaram distribuição simétrica ($p>0,05$). O Diagnóstico Risco de infecção mostrou-se particularmente relevante nesta pesquisa, uma vez que esteve presente em 55% (43,5 - 66,2) da amostra, caracterizando um risco peculiar da condição de pós-operatório. Merece destaque a observação de que a outra parte da amostra (45% dos pacientes) apresentava um quadro de infecção já instalado e diagnosticado ou em tratamento. Verifica-se, desta forma, que a totalidade dos participantes do estudo apresentava algum comprometimento relacionado à infecção, seja a infecção propriamente instalada ou o Risco de infecção. Neste âmbito, os fatores de risco predominantes foram: Procedimentos invasivos (55%) e Defesas primárias inadequadas (pele rompida) (55%). Diversos estudos com pacientes em PO encontraram o DE Risco de infecção em 100% de suas respectivas amostras. Este diagnóstico é comumente identificado em pessoas submetidas à cirurgia e sua prevalência possui forte conexão com os procedimentos invasivos inerentes à terapêutica cirúrgica, como o acesso venoso, cateterismo vesical, drenos, além das defesas primárias inadequadas (pele rompida) devido à própria cirurgia, ao provocar o rompimento da continuidade da pele e de sua função protetora, que expõe os tecidos corporais a patógenos.

Conclusão: Os dados levantados mostraram-se representativos das necessidades afetadas e dos riscos a que os pacientes em período pós-operatório estão propensos, assim como a realidade da assistência prestada nas unidades de internação. A caracterização do Diagnóstico Risco de Infecção em pacientes em pós-operatório poderá auxiliar os enfermeiros na elaboração de intervenções fundamentadas e adequadas às necessidades individuais de cada paciente, colaborando para a implementação de ações rápidas com vistas a garantir um padrão de segurança adequado. Reconhecem-se as limitações deste estudo inicialmente pelas peculiaridades do seu delineamento. Por se tratar de uma pesquisa transversal, entende-se que não é possível estabelecer relações de causalidade. Para tanto, sugere-se estudos longitudinais que possam verificar associação causal entre as variáveis.

Contribuições ou implicações para a Enfermagem: Recomenda-se a construção e validação de instrumentos, capazes avaliar com acurácia e precisão o estado de saúde do paciente com base nas taxonomias relacionadas ao Processo de Enfermagem. Ressalta-se, outrossim, a necessidade de fomentar ainda mais a avaliação do estado de saúde dos pacientes em período pós-operatório, com o intuito maior de orientar de maneira mais fidedigna as ações de enfermagem para a gestão destes agravos.

Descritores: Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Gerenciamento de Segurança.

Referências:

Portaria N. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União (Brasília). 2013 Abr 02.

Resolução 196/96. Decreto nº93.333 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. BRASIL. Conselho nacional de saúde. Bioética. 1996; 4 supl. 2:15-25.

Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012- 2014. Porto Alegre: Artmed;2013.



Trabalho 226

Bitencourt GR, Santana RF, Cavalcanti ACD, Cassiano KM. Comparação de diagnósticos de enfermagem em adultos e idosos hospitalizados no pós-operatório. Rev. eletrônica enferm. 2011; 13(4): 604-11.

Eixo Temático 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM



Trabalho 227

RESULTADO DE ENFERMAGEM PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO: ANÁLISE DE CONCEITO E VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

Ana Railka de Souza Oliveira¹; Thelma Leite de Araujo²; Alice Gabrielle de Sousa Costa³; Tahissa Frota Cavalcante⁴; Huana Carolina Cândido Morais⁵.

INTRODUÇÃO: O uso de uma classificação de resultado de enfermagem (RE) torna-se progressivamente útil pela oportunidade de tornar visível o impacto dos cuidados de enfermagem. De outra forma, confiar tão-somente em informações e avaliações de outros profissionais usurpa do enfermeiro a possibilidade de inserir-se efetivamente no processo decisório sobre o cuidado ao paciente e o respaldo legal que a mensuração das suas ações lhe permite¹. Moorhead et al¹ destacam que resultados de enfermagem confiáveis e válidos são necessários para a eficácia da enfermagem e para a pesquisa de efetividade. Conforme é percebida, a classificação prossegue em avaliação, desenvolvimento e refinamento, na medida em que novos resultados surgem e outros necessitam de reformulações². Neste contexto, envolve diferentes tipos e métodos, porém, ainda é pouco conhecido como o processo de validação dos elementos da Taxonomia NANDA-I/NIC/NOC (NNN) é enfocado na literatura brasileira. **OBJETIVO:** Construir e validar as definições conceituais e os referentes empíricos para o resultado de enfermagem Prevenção da aspiração, direcionado para pacientes após acidente vascular cerebral (AVC), com base na Classificação dos Resultados de Enfermagem. **METODOLOGIA:** Estudo do tipo metodológico conduzido em duas fases: Análise de Conceito e Validação por Especialistas. Para a realização da análise de conceito, foi utilizado o referencial teórico de Walker e Avant³, que preconiza oito passos: Seleção do conceito; Determinação dos objetivos e propostas para a análise conceitual; Identificação dos possíveis usos do conceito; Determinação dos atributos definidores; Identificação de um caso-modelo; Identificação de caso contrário; Identificação dos antecedentes e consequentes; Definição de referentes empíricos. Para proceder esta fase foi realizada uma revisão integrativa, segundo a proposta de Whitemore e Knafel⁴. Procedeu a pesquisa em cinco bases : LILACS, CINAHL, PUBMED, SCOPUS e COCHRANE, com os descritores: aspiração respiratória e acidente vascular cerebral e seus sinônimos em Inglês e Espanhol. Depois da fase de Análise de Conceito foi elaborado um instrumento com as definições conceituais e referentes empíricos para cada um dos indicadores do RE Prevenção da aspiração. Esse material foi então submetido a apreciação de oito enfermeiros especialistas e para isso foram utilizados os princípios da Psicometria, adotando os critérios de Pasquali⁵. Os especialistas avaliaram cada indicador e as respectivas definições conceituais e referentes empíricos e atribuíram notas, conforme sua adequação. A partir do valor atribuído pelos especialistas, ao avaliar a adequação de cada conjunto definição/magnitude operacional aos critérios psicométricos, foi calculado o

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES/DS. E-mail: railkaufc@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora IA CNPq

³ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista FUNCAP

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Regional do Cariri. Bolsita PDJ do CNPq.

⁵ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.



Trabalho 227

índice de validade de conteúdo (IVC), para o qual se considerou um ponto de corte de 0,8. Resultados de IVC inferiores a 0,8 para qualquer dos critérios avaliados foram revisados conforme sugestões dos especialistas ou de acordo com o conhecimento da pesquisadora e de sua orientadora, para torná-lo mais apto a ser verificado no cenário clínico. Os dados foram armazenados em planilha do software Excel sendo posteriormente tabulados com auxílio do programa estatístico SPSS, versão 20.0. Os dados foram apresentados na forma de frequências absoluta e relativa, média, mediana e desvio padrão. Todos os preceitos éticos foram respeitados.

RESULTADOS: Em relação ao conceito de aspiração respiratória, foram encontrados três atributos críticos essenciais para sua compreensão: movimento (entrada, penetração), objeto (sólidos, fluidos, secreções orofaríngeas, conteúdos gástricos) e localização exata (abaixo das cordas vocais e trato respiratório inferior). Foram levantados onze fatores de risco para aspiração em pacientes com AVC com os seus respectivos conceitos e referências empíricas: disfagia, depressão do nível de consciência, reflexo de tosse prejudicado ou ausente, distúrbios neurológicos, presbifagia, uso de tubos gastrintestinais, presença de refluxo gastroesofágico, imobilização, reflexo de vômito ausente, procedimentos invasivos como videofluoroscopia e endoscopia digestiva alta e sedação. A partir desses dados, foram revisados os indicadores propostos pela NOC para o RE Prevenção da aspiração (Identifica fatores de riscos, Evita fatores de riscos, Mantém a higiene oral, Posicionamento ereto para comer e beber, Posicionamento de lado para comer e beber quando necessário, Escolhe os alimentos conforme a capacidade de deglutição, Seleciona os alimentos e líquidos com a consistência adequada, Usa espessantes de líquidos se necessário, Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição). Com os resultados da Análise de Conceito foi incluído o indicador Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos, foi excluído o indicador Evita fatores de risco por acreditar que ele foi contemplado pelos demais indicadores e os indicadores Escolhe os alimentos conforme a capacidade de deglutição e Seleciona os alimentos e líquidos com a consistência adequada foram agrupados, por serem considerados complementares. De posse do material construído, ele foi enviado para apreciação dos especialistas. Inicialmente, solicitou-se a apreciação da definição do RE. Uma das definições era a proposta pela NOC¹ e a outra foi obtida a partir da Análise de Conceito. Todos os especialistas concordaram com a nova definição: Prevenção da aspiração respiratória: Atos pessoais ou dos cuidadores para prevenir a entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior. Quanto ao índice de concordância relacionado aos critérios comportamental, simplicidade, clareza e relevância definidos pelos especialistas quanto ao título, definição conceitual e referente empírico, respectivamente, para o RE estudado encontrou-se que alguns indicadores foram apontados como inapropriados pelos especialistas (IVC abaixo de 80%) para alguns critérios, como Posicionamento adequado para comer e para beber, Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada e Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos. Salienta-se, no entanto, que alguns especialistas mesmo considerando alguns itens como não adequado ou de algum modo adequado, não apresentaram justificativa para tal fato. Essa postura dificultou a revisão do indicador e coube à pesquisadora e sua orientadora avaliar, a partir da análise de conceito e pela experiência clínica, qual seria a melhor forma para apresentação do resultado final, a ser testado no ambiente clínico. Grande parte dos especialistas sugeriu o acréscimo do indicador Utiliza sondas gástricas e enterais.

CONCLUSÃO: Sete indicadores foram identificados como adequados para avaliar a Prevenção da aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral. Esta pesquisa permitiu contribuir para a melhoria da Taxonomia da NOC e, portanto, para a linguagem do processo de enfermagem.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Acredita-se que o refinamento do RE pode



Trabalho 227

permitir melhor implementação das fase de avaliação dos pacientes, bem como de planejamento e implementação das intervenções de enfermagem para prevenção da aspiração em pacientes com AVC. Além disso, estudar um conceito que muitas vezes é mais investigado por outros profissionais, não enfermeiros, permite-nos identificar quais as suas particularidades para ser incluídos no cenário da Enfermagem, de forma que se tenha um instrumento válido, que possa ser utilizado por todos que trabalham com essa clientela.

Palavras-chave: Estudos de validação; taxonomia de enfermagem; resultado de enfermagem; aspiração respiratória; acidente vascular cerebral.

Eixo 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM

Referências:

1. Moorhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
2. Garbin LM; Rodrigues CC, Rossi LA, Carvalho EC. Classificação de resultados de enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. Rev. Gaúcha Enferm. 2009; 30(3): 508-515.
3. Walker LO, Avant KC. Concept Analysis. In: _____. Strategies for theory construction in nursing. New Jersey: Upper Saddle River, 2005. p. 63-80.
4. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J. Adv. Nurs. 2005; 52(5): 546-553.
5. Pasquali L. Psicometria. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp):992-999.



Trabalho 228

CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE E OS RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS¹

Ana Railka de Souza Oliveira²; Thelma Leite de Araujo³; Alice Gabrielle de Sousa Costa⁴.

INTRODUÇÃO: Uma linguagem com significados claros e com correspondência entre as taxonomias de enfermagem é importante para proporcionar uma compreensão uniforme pelos profissionais. **OBJETIVO:** Verificar a correspondência semântica entre títulos, características definidoras e indicadores do diagnóstico de enfermagem Mobilidade e os onze resultados de enfermagem relacionados¹. **METODOLOGIA:** Estudo exploratório, realizado de fevereiro a maio de 2013 por meio de grupos focais. As correspondências foram estabelecidas por uma estudante de doutorado com experiência no diagnóstico e com base em revisão da literatura. Em seguida, um grupo composto por quatro professoras e estudantes de doutorado e graduação discutiam as ligações apresentadas no intuito de chegar a um consenso e concordância entre todos. **RESULTADOS:** Encontrou-se um resultado principal com correspondência total (Mobilidade). Os demais apresentaram correspondência parcial ou nenhuma, pois se referiam a aspectos específicos do diagnóstico, pontuando antecedentes ou consequentes do mesmo. Por exemplo: equilíbrio, movimento de articulações, movimentos coordenados (antecedentes de mobilidade) e ambulação (consequente de mobilidade). A característica definidora Se engaja em substituição de movimentos (exemplo: atenção aumentada para outras atividades, controle de comportamento, foco em deficiência por doença progressiva) foi a única sem correspondência com indicadores. Alguns indicadores também não apresentaram correspondência; estavam relacionados a atividades preventivas, educativas ou característica fisiológica. **CONCLUSÃO:** É possível perceber as mudanças necessárias para uma proposta de maior compartilhamento semântico entre os títulos de diagnósticos e resultados de enfermagem. **IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:** Com a clarificação e maior correspondência entre as taxonomias, espera-se que o plano de cuidados será mais acurado e eficiente. **Palavras-chave:** Taxonomia de enfermagem; resultado de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; mobilidade.

Eixo 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM

REFERÊNCIAS:

1. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, et al. NOC and NIC Linkages to Nanda-I and Clinical Conditions: Supporting critical reasoning and quality care. 3rd edition. Mosby, 2012.

¹ This is part of a study "Correspondence of NANDA-I Diagnoses and NOC Outcomes". Meridean Maas and Marion Johnson are the Primary Investigators and received funding from NANDA-International.

² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES/DS. E-mail: railkaufc@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora 1A CNPq

⁴ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista FUNCAP



Trabalho 229

CONTRIBUIÇÃO DE UM CENTRO CIPE® PARA O DESENVOLVIMENTO DE CATÁLOGOS OU SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS DA CIPE®

Ana Claudia Torres de Medeiros¹
Luciana Gomes Furtado Nogueira²
Maria Miriam Lima da Nóbrega³

Introdução: A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) desenvolvida com o objetivo de unificar a linguagem da enfermagem apresenta-se num movimento de evolução, tendo como um dos principais pilares de sustentação os Centros de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE®, que vem estimulando o seu fortalecimento a partir da construção de catálogos ou subconjuntos terminológicos da CIPE® constituídos por enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para um grupo de clientes ou uma prioridade de saúde selecionada. O Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB), acreditado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) em 2007, tem como missão apoiar o desenvolvimento contínuo da CIPE®; promover o seu uso na prática clínica, na educação e na pesquisa em enfermagem; e colaborar com o CIE e com os outros Centros CIPE® na transformação desse sistema de classificação em uma terminologia de referência a ser usada mundialmente, para fortalecer e ampliar os propósitos da profissão na assistência, na educação e na pesquisa. A meta é a construção de bancos de termos de enfermagem, sensíveis à nossa realidade cultural, e a subsequente construção de catálogos CIPE® aplicáveis à prática profissional, por ambiente e/ou clientela específicos. **Objetivo:** Apresentar a contribuição do Centro CIPE® do PPGENF/UFPB no desenvolvimento dos subconjuntos terminológicos da CIPE®. **Descrição metodológica:** Trata-se de um estudo documental realizado por meio das dissertações do Curso de Mestrado em Enfermagem do PPGENF/UFPB, desenvolvidas no período de 2008 a 2013, na linha de pesquisa Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em

1 Enfermeira. Mestre e doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem PPGENF. João Pessoa-PB, Brasil. E-mail: anaclaudia.tm@hotmail.com

2 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB). Mestre e doutoranda em Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem PPGENF. João Pessoa-PB, Brasil. E-mail: lugofurtado@hotmail.com

3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria. Docente do PPGENF/UFPB. Diretora do Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® do PPGENF-UFPB. Pesquisadora CNPq. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br



Trabalho 229

Enfermagem e Saúde. Justifica-se o recorte temporal pelo fato do Guia para o desenvolvimento de catálogo CIPE® só ter sido publicado pelo CIE em 2008. Os dados foram coletados no mês de março de 2013, junto à secretaria do Programa. Dentre as onze dissertações desenvolvidas neste período, na linha de pesquisa referida, cinco estavam relacionadas ao desenvolvimento de catálogos ou subconjuntos terminológicos da CIPE® constituindo-se a amostra e a base empírica desta pesquisa. **Resultados:** As cinco dissertações avaliadas desenvolveram os Subconjuntos terminológicos ou Catálogos CIPE® relacionados à Insuficiência Cardíaca Congestiva; Dor oncológica; Hipertensão na Atenção Básica; Idosos no âmbito domiciliar e Clientes submetidos à prostatectomia. Identificou-se que para a construção dessas dissertações foram utilizadas várias técnicas de pesquisas, tais como: transcrição de registros de membros da equipe de enfermagem em prontuários clínicos; extração de termos atribuídos aos elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem); mapeamento cruzado dos termos extraídos com os termos da CIPE®, para identificação dos termos constantes e não constantes nos eixos dessa classificação; identificação das definições dos termos constantes nos eixos CIPE®; construção de definições teóricas para os termos não constantes na CIPE®; confirmação, por intermédio de grupos de peritos, do significado e da utilização na prática dos termos constantes e não constantes na CIPE®; construção de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem utilizando as diretrizes da CIPE® e da ISO 18.104; e confirmação, por intermédio de grupos de peritos, do significado e da utilização na prática dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. O *Catálogo CIPE® para Insuficiência cardíaca congestiva*¹ foi desenvolvido para pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca Congestiva, tendo como base o modelo fisiopatológico da insuficiência cardíaca, para a prioridade de saúde doenças cardíacas, resultando em 68 enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem e 234 enunciados de intervenções de enfermagem, construídos com base na CIPE® Versão 1.0, e distribuídos a partir dos sintomas mais frequentes nos pacientes portadores de ICC, ou seja, taquicardia, dispneia, edema e congestão. O *Catálogo CIPE® para Dor oncológica*² destina-se a pacientes adultos portadores de neoplasia maligna que em algum momento, do diagnóstico do câncer até a morte, experimentam a sensação de dor. Foi desenvolvido para o fenômeno dor oncológica e os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem construídos foram distribuídos de acordo com o Modelo de Dor Oncológica, desenvolvido no estudo, contemplando 156 diagnósticos e resultados de enfermagem e 219 intervenções de enfermagem, construídas com base na CIPE® Versão 1.0 e mapeadas com a CIPE® Versão 1.1. O *Subconjunto terminológico da CIPE® para a pessoa*



Trabalho 229

*hipertensa na atenção básica*³ foi desenvolvido para proporcionar ao enfermeiro uma ferramenta de auxílio na organização do processo de trabalho no que tange à assistência de enfermagem ao usuário hipertenso, bem como na padronização dos registros de enfermagem realizados na consulta de enfermagem. Foram construídos 60 enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem e 351 de intervenções de enfermagem, com base na CIPE[®] 2011, distribuídos de acordo com o Modelo de Cuidados na Doença Crônica e na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta. A proposta do *Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para a pessoa idosa*⁴ foi estruturado para servir de guia para os enfermeiros que prestam cuidados a essa clientela, no atendimento nas Unidades de Saúde ou no domicílio. Foram construídos 142 enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem e 645 intervenções de enfermagem, com base na CIPE[®] 2011, tendo como suporte teórico o Modelo de Atividade de Vida. O *Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para clientes prostatectomizados*⁵ tem como finalidade guiar a prática clínica dos enfermeiros que atuam em Clínica Cirúrgica, podendo favorecer a implantação da assistência de enfermagem, disseminar a utilização e implantação da CIPE[®]. Foram construídos 33 enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem e 206 intervenções de enfermagem, com base na CIPE[®] 2011, tendo como modelo teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta. Essas iniciativas de desenvolvimento de Catálogos ou Subconjuntos terminológicos vinculadas ao Centro CIPE[®] do PPGENF/UFPB não se esgotam nesta apresentação, estando em um processo contínuo de desenvolvimento e validação das propostas em projetos de teses do Curso de Doutorado, para a finalização dos referidos Catálogos ou Subconjuntos terminológicos da CIPE[®] e sua submissão ao CIE. **Conclusão:** A partir destes resultados evidencia-se o envolvimento do Centro CIPE[®] do PPGENF/UFPB no processo de desenvolvimento contínuo da CIPE[®], a partir das pesquisas realizadas, desenvolvendo e validando termos que refletem a prática de enfermagem em especialidades clínicas e na atenção básica de saúde. Espera-se que a utilização desses subconjuntos terminológicos ou catálogos, por fazerem parte de uma linguagem unificada de enfermagem, contribuam com a implementação efetiva do processo de enfermagem associado a uma terminologia de enfermagem, resultando no desenvolvimento de dados consistentes que descrevam o trabalho da Enfermagem.

Referências:

1. ARAÚJO AA. Catálogo CIPE[®] para insuficiência cardíaca congestiva [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2009.100f.



Trabalho 229

2. CARVALHO MWA. Catálogo CIPE® para dor oncológica [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2009.120f.
3. NÓBREGA RV. Proposta de Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® para hipertensos na atenção básica [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012.148f.
4. MEDEIROS ACT. Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem para idosos: Proposta de Subconjunto Terminológico da CIPE® [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012.
5. NASCIMENTO DM. Proposta de um Subconjunto Terminológico da CIPE® para clientes submetidos à prostatectomia . [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2013.147f.

Descritores: Enfermagem; Terminologia; Classificação.

Eixo temático 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM



Trabalho 230

IDENTIFICAÇÃO DE TERMOS RELACIONADOS À PRÁTICA DE ENFERMAGEM DIRECIONADA À PESSOA COM DIABETES NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: SUBSÍDIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DE UM CATÁLOGO CIPE®

Luciana Gomes Furtado Nogueira¹

Mirian Marques Vieira²

Maria Miriam Lima da Nóbrega³

Introdução: Para atender a necessidade de unificação a linguagem da Enfermagem, foi desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que vem se consolidando mundialmente como uma das tendências para a padronização da comunicação e da troca de informações entre os enfermeiros, visando à representação da prática de enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde, sendo atualmente a única classificação de enfermagem aceita pela Organização Mundial de Saúde como parte da Família de Classificações da CID¹. Destarte, o CIE incentiva o envolvimento dos enfermeiros na visibilidade da Enfermagem ao ressaltar que a utilização da CIPE® expressa o que os enfermeiros realizam diante das necessidades ou condições apresentadas pelos pacientes, a fim que determinados resultados possam ser alcançados, possibilitando descrições da prática de enfermagem de modo a facilitar a comparação das práticas realizadas, em cenários clínicos, em populações, em áreas geográficas ou em diferentes períodos; e apresenta como estratégia de simplificar a sua utilização na prática, o desenvolvimento de Catálogos ou Subconjuntos terminológicos². Neste sentido, a prioridade de saúde selecionada para direcionar a estruturação do Subconjunto Terminológico nesta pesquisa foi a Diabetes, considerando que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo, e têm contribuído para um elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além dos impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral³. **Objetivo:** Identificar os termos e conceitos relevantes para a prática de enfermagem relacionada à pessoa com Diabetes Mellitus na atenção especializada, visando a construção de um subconjunto terminológico da CIPE®. **Descrição metodológica:** Pesquisa descritiva, documental e de abordagem quantitativa, cuja base empírica constitui-se de 134 prontuários, que correspondeu a 30% dos prontuários dos pacientes atendidos anualmente no ambulatório de Endocrinologia de um Hospital de Ensino, os quais foram selecionados a partir da lista de atendimento das consultas de enfermagem, que se encontravam disponíveis no Setor de arquivo no momento da coleta. Tendo em vista o número expressivo de prontuários, para agilizar o processo de coleta, foi utilizado um scanner portátil através do qual todas as consultas de enfermagem foram digitalizadas e armazenadas num cartão de memória interno. Para a extração dos termos dos registros de enfermagem foi utilizada uma ferramenta semiautomática – PORONTO⁴. Para viabilizar o processamento pela ferramenta, os artigos foram agrupados em um texto único em

¹ Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB). Mestre e doutoranda em Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem PPGENF. João Pessoa-PB, Brasil. E-mail: lugofurtado@hotmail.com

² Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Aluna do PIVIC/UFPB. João Pessoa-PB, Brasil. E-mail: mirian_mvieira@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria. Docente do PPGENF/UFPB. Diretora do Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® do PPGENF-UFPB. Pesquisadora CNPq. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br



Trabalho 230

documento Word® e em seguida o documento foi convertido em um arquivo de texto, a partir do qual a ferramenta gerou, automaticamente, uma relação de termos com suas respectivas frequências de aparição, que foi exportada para planilha Excel®. Posteriormente, os termos foram manualmente normalizados quanto a gênero e número e foram selecionados com base na frequência de aparição e pertinência com a temática da pesquisa. **Resultados:** Foram extraídos 17.696 termos por meio da ferramenta PORONTO. Após o processo de normalização e seleção, foram identificados 1.306 termos relevantes para a prática de enfermagem direcionada à pessoa com Diabetes Mellitus na atenção especializada, com frequências de aparição variando de um a 1.038. Citamos a seguir alguns termos que apareceram, em ordem decrescente, com frequência de aparição ≥ 20 : Paciente com diabetes: 1.038; Pressão arterial: 1.007; Dieta: 676; Glicemia: 540; Peso: 485; Uso de medicamentos: 468; Uso de insulina: 437; Glicemia capilar em jejum: 384; Pé: 354; Caminhada: 290; Importância da dieta: 264; Exercício físico: 219; Jejum: 190; Café: 183; Cuidados com pés: 166; Insulina: 149; Lesão: 121; Atividade física: 119; Glicemia pós-prandial: 119; Jantar: 106; Pulso: 106; Almoço: 97; Enfermagem: 86; Membros: 83; Dor: 82; Irregular: 82; Monitor: 73; Controle da glicemia: 65; Regular: 65; Ferimento: 62; Higiene: 58; Nutrição: 58; Hipoglicemia: 53; Medicamento: 47; Palpável: 41; Inferior: 40; Referir: 34; Consulta: 33; Dor nos membros: 26; Nutricionista: 26; Transgressão: 26; Unha: 26; Fraqueza: 25; Aplicação: 24; Condição: 23; Trazer: 23; Informar: 22; Sintoma: 22; Medicação: 21; Técnica de aplicação da insulina: 21; Micose: 20; Monitorização: 20; Negação: 20; Resultado: 20; e Tratamento: 20. Estes termos retratam os principais pontos a serem considerados nos comportamentos de autocuidado a serem problematizados com a pessoa com Diabetes. **Conclusão:** A identificação de termos na literatura relacionados à prática de enfermagem direcionada à pessoa com Diabetes contribuiu para a detecção de termos relevantes para posterior combinação entre os termos da CIPE® para a elaboração de um subconjunto terminológico. Para tal, os termos identificados serão mapeados com a CIPE® e organizados de acordo com o Modelo de 7-Eixos em trabalho futuro, de maneira a permitir a construção de um banco de termos para a elaboração de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem direcionados à pessoa com Diabetes na atenção especializada. **Importância para a enfermagem:** A identificação de termos específicos que compõem a linguagem especial da enfermagem na temática da pessoa com Diabetes configura-se como um importante passo para a formulação de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, com possibilidade de organização de subconjunto terminológico da CIPE®. Tal material poderá ser utilizado para apoiar os enfermeiros no planejamento da assistência de enfermagem além de facilitar implementação do processo de enfermagem.

Referências:

1. Cubas MR; Silva SH; Rosso M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. Rev Eletrônica Enferm. [online] 2010[acesso 2013 março 03]; 12(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>.
2. International Council of Nurses. International Classification for Nursing Practice – Version 1. Geneva, Switzerland: The Association; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças



Trabalho 230

crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

4. Zahra FM. Poronto: ferramenta para construção semiautomática de ontologias em português[Dissertação]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2009.

Descritores: Enfermagem; Terminologia; Diabetes Mellitus.

Eixo Temático 3: Pesquisa em Enfermagem



Trabalho 231

MAPEAMENTO DE TERMOS RELACIONADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Lêda Maria Albuquerque¹
Carina Maris Gaspar Carvalho²
Emiko Yoshikawa Egry³
Marcia Regina Cubas⁴
Maria Miriam Lima da Nóbrega⁵

Introdução: A violência doméstica contra crianças e adolescentes consiste em um problema social complexo⁽¹⁾ presente no cotidiano da prática profissional da enfermagem. Para enfrentá-lo, o enfermeiro precisa se apropriar de instrumentos que o auxiliem a reconhecer, descrever e atuar sobre o fenômeno. Um dos instrumentos possíveis constitui-se das classificações de enfermagem, as quais têm o propósito de apoiar a nomeação dos fenômenos presentes na prática, bem como estabelecer intervenções e acompanhamento dos resultados. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), por meio de sua estrutura multiaxial, permite a elaboração de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem nos distintos cenários de práticas⁽²⁾, bem como a organização de subconjuntos de enunciados direcionados a uma determinada clientela ou a uma prioridade em saúde específica⁽³⁾. Este estudo refere-se a uma das etapas de um projeto cuja finalidade é elaborar um subconjunto terminológico da CIPE[®] para a assistência de enfermagem à criança e adolescente em situação de violência doméstica. Para a elaboração de um subconjunto, dentre outros passos, faz-se necessária a identificação de termos relevantes para a área escolhida e a comparação destes com termos de uma classificação. Neste caso, foi utilizada a CIPE[®], de maneira a detectar termos constantes e termos não constantes em seu conteúdo, bem como analisar os conceitos dos termos constantes e os significados dos não constantes⁽³⁾. Para tanto, recomenda-se a realização de um mapeamento cruzado - método que permite a comparação e análise entre linguagens de enfermagem não padronizadas e classificações de enfermagem, as quais utilizam terminologia uniforme⁽⁴⁾. **Objetivo:** Realizar o mapeamento cruzado entre termos relacionados à violência doméstica contra crianças e adolescentes identificados na literatura e termos presentes na CIPE[®] Versão 2011. **Método:** Pesquisa descritiva, bibliográfica e de abordagem quantitativa. Inicialmente foi realizada uma revisão integrativa da literatura acerca da prática de enfermagem direcionada à criança e ao adolescente em situação de violência doméstica. Posteriormente, por meio de uma ferramenta semiautomática, foram extraídos termos simples e termos compostos dos artigos selecionados na revisão integrativa. Em seguida procedeu-se a seleção dos termos extraídos para o mapeamento cruzado com os termos da CIPE[®] Versão 2011, com base na frequência de aparição e pertinência com a temática da pesquisa, os quais foram submetidos a um processo de normalização, que consistiu na retirada de duplicações e de sinônimos, correções ortográficas e padronização quanto a gênero e número. Os termos resultantes do processo de normalização, bem como os termos da CIPE[®] Versão 2011, organizados por seus respectivos

1 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista CNPq. Enfermeira da SMS de Curitiba/PR. E-mail: ledaenf@gmail.com.

2 Enfermeira. Mestre em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

3 Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora titular da Universidade de São Paulo.

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde.

5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Professora da Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pesquisadora CNPq.



Trabalho 231

eixos, foram dispostos em planilhas distintas na ferramenta Excel[®], as quais foram importadas para a ferramenta Access[®], que permitiu o processo de mapeamento cruzado. O mapeamento consistiu na comparação entre os termos das referidas planilhas, em consonância com os critérios de revisão estabelecidos pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE)⁽⁵⁾, resultando em termos constantes e termos não constantes na CIPE[®]. Os critérios são: termos pertencentes ao domínio da Enfermagem; não redundantes com os termos atuais da CIPE[®]; expressos de forma clinicamente relevantes; coerentes com o conhecimento científico; e que sejam coerentes com a estrutura hierárquica da CIPE[®]. Os termos não constantes foram analisados sob a perspectiva da pertinência temática e consultados em dicionário, com a finalidade de identificar sinônimos e dirimir dúvidas dos diferentes significados. Este procedimento foi repetido algumas vezes até se obter a listagem final de termos. **Resultados:** A revisão integrativa da literatura acerca da prática de enfermagem direcionada à criança e ao adolescente em situação de violência doméstica resultou em 42 artigos, dos quais foram extraídos 17.365 termos. Destes, 1.439 foram selecionados para o mapeamento cruzado com os termos da CIPE[®], dos quais 913 resultaram do processo de normalização. O mapeamento entre os 913 termos identificados na literatura e os 2.134 termos da CIPE[®] Versão 2011 resultou em: 209 termos constantes na CIPE[®] e 704 termos não constantes na CIPE[®]. São exemplos de termos constantes: “criança”, “adolescente”, “violência”, “abuso”, “ansiedade”, “autoestima”, “cuidador”, “proteger”, “promover”, “aconselhar”, “administrar”, “vergonha”, “medo”, “notificar”, “autonomia”, “desenvolvimento infantil”, “desenvolvimento adolescente”, “infância”, “comunicação”, “enfrentamento”, “encorajar”, “processo familiar”, “esperança”, “desesperança”, “estabelecer limite”, “lesão”, “observar”, “direitos do paciente”, “risco”, “potencialidade”, “estupro”, “tristeza”, “autoimagem”, “isolamento social”, “sofrimento”, “trauma”, “apoiar”, “apoio emocional”, “socialização”. São exemplos de termos **não** constantes na CIPE[®]: “abandono”, “acolhimento”, “acolher”, “agressão”, “agressor”, “alertar”, “ambiente privado”, “amparar”, “omissão”, “ato libidinoso”, “ação em rede”, “autoagressão”, “autodesvalorização”, “violação dos direitos”, “castigo corporal”, “comportamento antissocial”, “conflito na família”, “criança abandonada”, “revelação do abuso”, “desigualdade de direitos”, “direitos de cidadania”, “dialogar”, “exploração sexual”, “humilhação”, “insidioso”, “integralidade”, “integral”, “intradomiciliar”, “liberdade”, “preconceito”, “privação”, “disfuncional”, “resiliência”, “sexualidade”, “vulnerável”. **Conclusão:** Os termos específicos que compõem a linguagem especial da enfermagem na temática da violência doméstica contra a criança e o adolescente configuram-se como um importante passo para a formulação de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem relacionados a essa prioridade em saúde. Como etapa futura, os termos mapeados serão organizados de acordo com cada eixo da CIPE[®], de maneira a permitir a organização de um subconjunto terminológico. A partir da listagem de termos serão elaborados os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem direcionados à criança e ao adolescente em situação de violência doméstica, com base no Modelo de Sete Eixos da CIPE[®] e no modelo proposto pela Organização Internacional de Normalização (ISO), a norma ISO 18.104:2003 – Integração de um Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem. **Contribuições para a enfermagem:** Considera-se que a elaboração de um subconjunto terminológico da CIPE[®] para a assistência de enfermagem à criança e adolescente em situação de violência doméstica permitirá apoiar os enfermeiros na identificação de situações de vulnerabilidade e risco para a violência doméstica, além daquelas em que o problema já se encontra instalado, e subsidiar o planejamento e as intervenções para defender os direitos e das crianças e dos adolescentes, além de facilitar a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Descritores: Enfermagem, Terminologia, Violência Doméstica.



Trabalho 231

Eixo temático: Pesquisa em Enfermagem

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®. Versão 2.0. São Paulo: Algor, 2011.
3. Coenen A, Kim TY. Development of terminology subsets using ICNP®. International Journal of Medical Informatics. 2010; 79:530-38.
4. Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. Acta Paul Enferm. 2005;18(1):82-8.
5. Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal, Junho, 2009.



Trabalho 232

O USO DE FRALDA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: correlação com lesões dermatológicas, incontinência urinária e qualidade de vida.

Luise de Almeida Ferreira Alves¹

Rosimere Ferreira Santana²

Renata da Silva Schulz³

Introdução: a fralda se encontra inserida nas rotinas hospitalares associadas como um objeto de cuidado básico incorporada de forma espontânea nas atividades de enfermagem. Pode ser realizada de maneira assistemática ocasionada pela dificuldade dos profissionais de defini-la como uma tecnologia de cuidado e reconhecê-la como recurso tecnológico nas práticas que requerem do enfermeiro o conhecimento para aplicá-lo, com tomada de decisão visando à qualidade das intervenções de enfermagem.¹ Além disso, o uso de fraldas por idosos hospitalizados vem sendo apontado como um dos responsáveis pelo surgimento de agravos dermatológicos e exacerbação dos episódios de incontinência e, conseqüentemente, diminuição na qualidade de vida desses indivíduos.²⁻³ Assim, esse estudo tem como objetivos: analisar a estrutura e o processo estabelecidos para utilização das fraldas geriátricas no idoso hospitalizado; analisar a correlação do uso de fralda em idosos hospitalizados com a presença de lesões dermatológicas, incontinência urinária e impacto na qualidade de vida e desenvolver um protocolo de intervenção de enfermagem para utilização da fralda no idoso hospitalizado. **Método:** Trata-se projeto de pesquisa de um estudo experimental, prospectivo, em que o efeito de uma intervenção é estudado executando-a em um grupo experimental em comparação a um grupo controle, que não recebe a intervenção, em termos de determinados critérios de medição comuns.⁴ Serão selecionados 40 idosos que já utilizam a fraldas, pelo menos, há dois dias, avaliando-se nestes: capacidade cognitiva, grau de dependência e presença de incontinência urinária. Instrumentos validados serão utilizados para mensurar tais eventos. Os idosos serão divididos em dois grupos: vinte no grupo intervenção teste e vinte no grupo controle, sendo dez de cada sexo em cada grupo. A intervenção executada no grupo Intervenção teste esta baseada numa proposta realizada mediante busca sistemática da literatura e o grupo controle receberá a intervenção habitual do cenário estudado, que serão comparados para avaliar o aparecimento de dermatite por incontinência, úlcera por pressão e manutenção ou piora do quadro de incontinência urinária, assim como qualidade de vida. O estudo será realizado nas enfermarias de cuidados clínico,

¹ Enfermeira. Mestranda em Ciências do Cuidado em Saúde (MACCS) pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EAAAC/UFF). Residência em Enfermagem em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Especialista em Enfermagem Gerontológica (UFF). Membro do Núcleo de Estudos em Enfermagem Gerontológica (NEPEG/CNPq/PROPPi). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. e-mail: luise_almeida@yahoo.com.br. Endereço: Rua Dr. Celestino 74, Centro, Niterói-RJ Brasil CEP: 24020-091.

² Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Especialista em Psicogeriatrics. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico (MEM/EAAAC/UFF). Vice-coordenadora da Pós-Graduação em Enfermagem Gerontológica (EAAAC/UFF). Líder do NEPEG. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. e-mail: rosifesa@enf.uff.br

³ Enfermeira Especialista em Clínica Cirúrgica pela UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: schulz_renata@yahoo.com.br



Trabalho 232

cirúrgico e ortopédico do Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói – RJ. Os dados serão apresentados na forma estatística descritiva e inferencial. Para o processo de seleção e execução da intervenção terá o auxílio de um estatístico. Os instrumentos selecionados constam com medidas de confiabilidade e validade. Na correlação entre as intervenções e os desfechos serão utilizados os Coeficientes de correlação de Spearman. A análise descritiva será sob forma de tabelas dos dados observados, expressos pela mediana (mínimo e máximo). A análise estatística será composta pelos seguintes métodos: para a comparação das variáveis entre dois subgrupos (ou categorias) foi aplicado o teste de Mann-Whitney (não paramétrico); e entre três subgrupos foi utilizada a ANOVA de Kruskal-Wallis¹ e o correspondente teste de comparações múltiplas de Dunn² (não paramétrico). **Resultado:** através da revisão sistemática da literatura foi formulada a intervenção teste que segue os seguintes passos: 1. Separar o material necessário para a troca da fralda: fralda geriátrica descartável, absorvente urinário (se desejar), produto de barreira cutâneo de escolha, panos limpos e descartáveis, luva de procedimento. 2. Retirar a fralda suja evitando o contato das excretas com a região limpa. 3. Limpar a pele perineal com panos úmidos com água limpa em temperatura ambiente sempre em sentido do órgão genital para o ânus. Não reutilizar o pano. 4. Evitar friccionar a pele excessivamente. Para remoção de produtos de barreira, aumentar a frequência da limpeza em detrimento da força em cada limpeza. 5. Evitar o uso de bacias de banho para o cuidado perineal; essas bacias são frequentemente contaminadas. Exceto no caso que a bacia esteja em envelope estéril. 6. Conferir as dobras da pele para fezes e urina residual; caso haja, remover como descrito anteriormente. Atentar para que a pele mantenha-se menos úmida possível. 7. Após a limpeza: utilizar o produto de barreira selecionado. Ex. óxido de zinco. 8. Utilizar a fralda no tamanho anatômico adequado ao idoso fixando o absorvente de urina na região frontal. Não utilizar mais de uma fralda e verificar se foi fechada adequadamente. 9. Educar todos os prestadores de cuidados no método preferido de cuidados da pele. 10. As trocas devem ser realizadas a cada eliminação urinária e/ou intestinal voluntária ou por incontinência. Não exceder o período de duas horas para troca após episódio de eliminação. Para o grupo controle será realizada técnica habitual da equipe de enfermagem do cenário estudado. **Conclusão:** esse estudo ainda se encontra na fase de projeto e seguirá para a fase de coleta de dados que será composta pela seleção dos idosos, aplicação das escalas de avaliação e execução da intervenção teste.

Descritores: fralda para adultos, hospitalização, dermatite das fraldas, incontinência urinária, qualidade de vida

Eixo temático: Pesquisa em Enfermagem

Referências:

1 – AQUINO AL, CHIANCA TCM, BRITO RCS. Integridade da pele prejudicada, evidenciada por dermatite da área das fraldas: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 abr/jun;14(2):414-24

2 – NEWMAN et al. Managing Incontinence Using Technology, Devices, and Products: Directions for Research. Nursing Research November/December 2004 Vol 53, No 6S



Trabalho 232

3 – FADER, M. et al. Absorbent products for urinary/faecal incontinence: a comparative evaluation of key product designs. Health Technology Assessment 2008; Vol. 12: No. 29

4 – SOUSA, VD; DRIESSNACK, M; MENDES, IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, June 2007



Trabalho 233

DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM VÍNCULO MÃE-FILHO

Jaqueline Galdino Albuquerque¹; Jéssica Rodrigues Correia e Sá²; Maria Clarissa Ferreira de Oliveira²; Carla Fonseca Zambaldi³; Everton Botelho Sougey⁴

Introdução: O estabelecimento do vínculo entre a mãe e o filho é uma necessidade física e psicológica do bebê que lhe proporciona conforto e proteção. Logo, a mãe é considerada a base segura para o estabelecimento das primeiras ligações emocionais da criança que repercutirão em todas as suas relações sociais futuras⁽¹⁾. A Teoria do Apego desenvolvida por Bowlby⁽²⁾ propõe que existe uma necessidade humana de desenvolver vínculos afetivos íntimos com função biológica de sobrevivência da espécie, desde a fase fetal até a velhice. A forma de compreensão da mulher sobre o apego com o seu filho repercute nas habilidades de entender e responder às necessidades da criança. Ademais, a qualidade dessas relações, mais especificamente entre mãe e bebê, exercem influência direta na saúde mental da criança. Portanto, esse apego deve ser caloroso, íntimo, carinhoso, contínuo e proporcionar prazer e conforto para ambos⁽²⁾. Diante disso, é importante que se avalie como essas relações entre mães e filhos acontecem, identificando fatores de risco e possíveis preditores de transtornos nesse vínculo. Nesse contexto, o enfermeiro possui um importante papel na promoção da interação entre a mãe e o seu bebê, pois desempenha uma série de ações que envolvem a saúde da mulher e da criança, nos mais diversos contextos do cuidar. Portanto, é importante que esse profissional utilize ferramentas de avaliação acuradas para analisar os fenômenos que exijam intervenções de sua competência. Dentre as taxonomias de Enfermagem, observa-se que a Classificação de Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC)⁽³⁾ propõe diversas escalas que podem ser utilizadas para estudar uma série de fenômenos presentes na prática do enfermeiro. Embora tais instrumentos sejam mais aplicados para avaliar a eficácia de intervenções, eles podem ser úteis para averiguar o estado inicial de um determinado fenômeno, ou seja, antes da implementação de estratégias de cuidado. A NOC sugere uma escala de resultado que descreve importantes aspectos da relação materno-infantil denominada "Vínculo Pais - Bebê" e o define como "Comportamentos dos pais e do bebê que demonstram um elo afetivo duradouro"⁽³⁾. Esse resultado pertence ao domínio Saúde Psicossocial, à classe Interação Social e é composto por 20 indicadores, descritos a seguir: 1. *Prática de comportamentos saudáveis durante a gravidez*; 2. *Designação de atributos específicos ao feto*; 3. *Preparação para o bebê antes do nascimento*; 4. *Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebê*; 5. *Bebê seguro ao colo de forma bem próxima*; 6. *Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê*; 7. *Ato de beijar o bebê*; 8. *Ato de sorrir para o bebê*; 9. *Realização de visitas ao berçário*; 10. *Uso da posição face-face*; 11. *Uso de contato com os olhos*; 12. *Vocalização para o bebê*; 13. *Brincadeiras com o bebê*; 14. *Reação aos indicadores do bebê*; 15. *Ato de confortar o bebê*; 16. *Ato de segurar o bebê para alimentá-lo*; 17. *Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido*; 18. *Ato do bebê de olhar para os pais*; 19. *Reação do bebê aos indicadores dos pais*; e 20. *Busca de proximidade pelo*

¹Enfermeira. Docente do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Discente do curso de doutorado em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento - UFPE. Endereço eletrônico: jaquealbuquerque@terra.com.br ou jaquelinealbuquerque@hotmail.com

²Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

³Médica Psiquiatra do Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor - UFPE. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento - UFPE.

⁴Médico Psiquiatra. Doutor em Saúde Mental - Universidade Estadual de Campinas. Docente do Departamento de Neuropsiquiatria e do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento - UFPE.



Trabalho 233

bebê. Estes elementos estão distribuídos em uma escala de cinco pontos, a saber: 1. Nunca demonstrado; 2. Raramente demonstrado; 3. Algumas vezes demonstrado; 4. Frequentemente demonstrado; e 5. Consistentemente demonstrado⁽³⁾. Com o intuito de tornar mais acurada a avaliação do vínculo entre mãe e filho e padronizar a linguagem entre os profissionais de Enfermagem quanto à análise desse fenômeno, percebeu-se a necessidade de se conceituar e operacionalizar os indicadores supracitados, em virtude de serem consideravelmente subjetivos e, portanto, vulneráveis às diversas interpretações por parte dos enfermeiros. Objetivo: Validar com especialistas um conjunto piloto de definições constitutivas e operacionais para os indicadores do Resultado de Enfermagem Vínculo Mãe-filho. Material e métodos: trata-se de um estudo piloto referente à validação de definições de indicadores relacionados com o Vínculo Mãe-filho. O referencial metodológico utilizado foi o modelo da Psicometria com base nos procedimentos sugeridos por Pasquali, a saber: polos teórico, empírico e analítico⁽⁴⁾. Os procedimentos teóricos constituem etapas que vão estabelecer e definir claramente o construto em termos conceituais e operacionais e inclui a análise dessas definições por um conjunto de especialistas na área⁽⁴⁾. A seleção dos juízes ocorreu mediante o modelo proposto por Fehring para validação de diagnósticos de enfermagem⁽⁵⁾. Após averiguação dos critérios sugeridos por esse autor, obteve-se uma amostra de sete profissionais que avaliaram o conjunto piloto das definições conceituais e operacionais propostas. Cada participante recebeu através de correio eletrônico o material contendo o protocolo de validação. As informações foram organizadas em uma planilha do software Microsoft Excel e analisadas a partir do índice de concordância entre cada especialista. As definições que não atingiram o nível de 80%⁽⁶⁾ foram reelaboradas ou retiradas da proposta. Foram respeitados todos os aspectos éticos contidos na resolução 196/96 relativos às pesquisas com seres humanos, incluindo a devida aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: Os especialistas analisaram os 20 indicadores apresentados pela NOC. O item Realização de visitas ao berçário foi considerado Pouco Adequado pela maioria dos participantes e, portanto, retirado da proposta. As definições constitutivas de 16 itens foram consideradas adequadas com índice de concordância acima de 80,0% entre os avaliadores. No que concerne à análise da operacionalização dos indicadores, utilizaram-se os seguintes critérios de avaliação: simplicidade, clareza, precisão e amplitude⁽⁴⁾. Um total de 16 itens apresentou índice de concordância maior ou igual a 80,0% quanto à simplicidade da definição operacional. No que concerne à amplitude e clareza dessa definição evidenciou-se, respectivamente, que doze e dez indicadores apresentaram concordância entre especialistas acima do ponto de corte. Com relação à precisão, seis itens mostraram-se adequados. Os demais foram devidamente ajustados ou retirados da proposta de acordo com as sugestões dos especialistas. Conclusões: o estudo piloto possibilitou a análise minuciosa e o aprimoramento do conjunto das definições elaboradas. Dessa forma, os indicadores de resultado do Vínculo Mãe-filho serão avaliados de forma mais acurada, objetiva e com menor viés por parte do enfermeiro que presta o cuidado à mulher e à criança. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: A utilização de taxonomias para identificar, descrever e analisar fenômenos subjetivos apresenta algumas fragilidades especialmente inerentes à percepção do enfermeiro. Isso dificulta o estabelecimento de uma linguagem padrão em termos de mensuração das respostas humanas apresentadas pelos usuários, pois abre margem para diversas interpretações acerca do mesmo fenômeno. Portanto, construir conceitos e formas de mensurá-los torna mais concreta, objetiva e acurada a análise do fenômeno presente na prática do enfermeiro.

Referências:

1. Biaggio AMB. Psicologia do desenvolvimento. 15. ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
2. Bowlby J. Apego: A natureza do vínculo. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.



Trabalho 233

3. Moorhead S. et al. Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC). 4. ed. Rio de Janeiro: MOSBY - Elsevier; 2010.
4. Pasquali L, cols. Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
5. Fehring RJ. Symposium of Validation Models: the Fehring Model. In R.M. Carrol – Johnson & M. Paquette (eds) Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott; 1994. p. 55-62.

Descritores: Relações Mãe-Filho; Estudos de validação; Resultado de Enfermagem.

Eixo 3: Pesquisa em Enfermagem



Trabalho 234

Relação entre Diagnósticos de Enfermagem e Qualidade de Vida em Pacientes com DM2

Laura Coimbra¹, Enéas Rangel Teixeira²

Resumo

Fundamentos: A fundamentação teórica utilizou conceitos referentes à qualidade de vida; questões de gênero e qualidade de vida relacionada ao diabetes. A relação das enfermidades crônicas com a qualidade de vida tem sido objeto de muitos estudos pelo aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional. Estudos constatarem que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte^{1,2}. No entanto, apresentar doença crônica não significa necessariamente ter condições de saúde ruins, uma vez que a manutenção da doença possibilita redução de riscos de agravamentos e sequelas. A Saúde do Homem foi uma das novas prioridades estabelecidas pelo Pacto pela Saúde, que surgiu para contribuir para a efetivação do SUS como política de Estado para a consolidação do SUS³. É um compromisso entre as três esferas de gestão: União, Estados, e Municípios. Deste modo, esta pesquisa teve como proposta estudar a saúde do homem dos 25 aos 59 anos, com DM2, uma vez que usualmente em pesquisas científicas ele aparece numa estatística global ou quando participa de uma pesquisa, participa de maneira genérica. **Objetivo:** Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente encontrados em homens com DM2 relacionando-os com a alteração da qualidade de vida através do SF-36, B-PAID e entrevista. **Métodos:** Para a identificação dos diagnósticos de enfermagem, utilizou-se a NANDA-I⁴. A influência da doença na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), em termos metodológicos, foi avaliada pelos instrumentos validados de avaliação SF-36 (genérico) e B-PAID, (específico)⁵ e entrevista direcionada para os aspectos sócio-clínico-demográficos em 74 pacientes. **Resultados:** Os diagnósticos de enfermagem identificados e que apresentaram os escores mais altos foram: **Estilo de Vida** sedentário; **Autocontrole** ineficaz da saúde; **Comportamento de saúde propenso a risco**; **Manutenção** ineficaz da saúde; **Nutrição** desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; **Disfunção sexual**; **Ansiedade**; Sobrecarga de **Estresse**; **Tristeza** crônica. A média do B-PAID apresentou o escore de variação alto, indicando prejuízo na QVRS nos sujeitos do estudo, ou seja, a amostra do estudo apresentou aspectos emocionais negativos com relação à doença através dos vinte itens da escala. Dentre as dimensões do SF-36, seis domínios encontraram-se acima da média de variação (0-100), considerada pela literatura uma qualidade de vida satisfatória. As duas dimensões do SF-36 que apresentaram escores baixos foram relacionadas aos domínios Vitalidade e Saúde Mental. Os domínios do SF-36 com maiores associações com o B-PAID foram os Aspectos Emocionais (AE) e Aspectos Sociais (AS). Os resultados do B-PAID e do SF-36, principalmente nas questões referentes às dimensões Vitalidade/SF-36 e Saúde Mental/SF-36, baseiam-se no estado atual do paciente nas últimas quatro semanas e foram os mais baixos. Suas questões referem-se a cansaço, esgotamento, vitalidade, estresse, desânimo, infelicidade e depressão. **Conclusão:** Os

¹Pós-doutorado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica/SP (2007). Professor titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói-RJ, Brasil. E-mail: eneaspsi@hotmail.com

²Professora substituta Escola de Enfermagem/UFF. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela UFF (2005). Mestre em Ciência do Cuidado em Saúde/UFF (2011). Professora substituta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Autor correspondente: Laura Coimbra.

Rua Dr. Nilo Peçanha, 39, apto. 201-Bloco 04. CEP: 24210-480. Niterói-RJ, Brasil. E-mail: lauracoimbra@yahoo.com.br



Trabalho 234

diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes homens com DM2 mostraram correlação com a qualidade de vida desses indivíduos e, assim, contribuem para uma assistência de enfermagem terapêutica, diretiva e objetiva para as intervenções e os resultados de enfermagem necessários para restaurar e melhorar as respostas humanas de cuidados deficientes e/ou ausentes. Indivíduos com doença crônica necessitam avaliar e monitorar diferentes áreas da saúde com o objetivo de identificar as dimensões específicas para as suas intervenções. Medidas de QVRS são especialmente exigidas a partir da perspectiva da promoção da saúde em grupos. Durante o período de latência dos sintomas da doença, intervenções específicas poderiam ser aplicadas buscando a redução das complicações e morbi/mortalidade associadas ao DM. Apesar de os resultados de seis domínios do SF-36 demonstrarem uma QV satisfatória (excetuando-se Vitalidade e Saúde Mental), o grupo de idade de até 44 anos teve uma representatividade baixa na pesquisa. A pesquisa encontrou na maioria das entrevistas a ausência de consultas com profissionais de saúde e exames laboratoriais recentes para indicar um tratamento adequado para uma doença crônica com alto impacto social. Os achados da pesquisa indicam a vulnerabilidade no acesso e na adesão ao tratamento desses pacientes, o que pode contribuir para que o processo de avaliação do cuidado em saúde em homens com DM2 nessa faixa etária seja revisto. Este estudo encontrou entre as falas dos sujeitos relatos de dificuldades para seguir o tratamento adequado e regular de saúde. As maiores dificuldades apontadas foram a marcação de consultas médicas e o horário de atendimento nas unidades de saúde.

Descritores: saúde do homem; qualidade de vida; diagnóstico de enfermagem.

1. AGUIAR, C.C.T. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 52, p. 931-939, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000600004&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2011.
2. FERREIRA, F. S.; SANTOS, C. B. D. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela Equipe Saúde da Família (Calidad de vida relacionada a la salud de pacientes diabéticos atendidos por el Equipo Salud de la Familia). Health-related quality of life of diabetic patients seen by Family Health Team. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 3, p. 406-411, 2009/09/ 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a19.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2011.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde: 92 p. 2009a. Acesso em: 02 dez. 2011.
4. **NANDA Internacional**. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2012. 606 p.
5. GROSS, C.C. et al. Brazilian version of the Problem Areas in Diabetes Scale (B-PAID): Validation and identification of individuals at high risk for emotional distress. **Diabetes research and clinical practice**, v. 76, n. 3, p. 455-459, 2007. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168822706004293?showall=true>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

Eixo 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM



Trabalho 235

REALIDADE OBJETIVA DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NUM HOSPITAL ESCOLA DE CURITIBA / PR.

Marlise Lima Brandão¹; Liliana Müller Larocca²; Adeli Regina Prizybicien de Medeiros³

A sífilis congênita é vista como um marcador da qualidade da assistência pré-natal, sua ocorrência explicita falhas nesta assistência ^(1;2). Inúmeros estudos comprovam que os determinantes sociais interferem no processo saúde doença, o objetivo deste trabalho foi conhecer a realidade objetiva que leva ao aparecimento dos casos de sífilis congênita no HC/UFPR. A amostra foi constituída por 153 casos de sífilis congênita notificados no período de 2004 a 2011. Trata-se de uma pesquisa descritiva documental caracterizada como estudo de caso, com análise qualitativa baseada na TIPESC – Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva ⁽³⁾. Os dados foram coletados das Fichas de Investigação Epidemiológica do agravo e mapeados por meio do Software IBM® SPSS® versão 20. Observou-se uma predominância de mulheres da raça / cor branca (n=69), de donas de casa (28,10%), com idade entre 15 e 29 anos (71,24%) e com ensino fundamental (47,71%). A maioria das mães (84,96%) fez exames pré-natais sendo que 75,16% dos diagnósticos ocorreram durante a gestação. Apesar desses achados, 81,70% dos casos apresentaram teste não-treponêmico reagente no momento do parto. Categorizar a realidade objetiva da sífilis congênita, segundo a TIPESC, evidenciou falhas na assistência pré-natal de Curitiba e Região Metropolitana. Isso remete a urgência de investimentos em educação e infraestrutura e melhorias nas políticas públicas de assistência ao pré-natal em nível estadual e municipal.

Descritores: vigilância epidemiológica; sífilis congênita; pesquisa em enfermagem

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

2. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (Brasil). Programa Mãe Curitibana: Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

3. Egly EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

¹ Enfermeira. Participante do Grupo de Pesquisa Políticas, Gestão e Práticas em Saúde. Curitiba, PR, Brasil. mlblise@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Líder do Grupo de Pesquisa Políticas, Gestão e Práticas em Saúde. Curitiba, PR, Brasil. liliana@ufpr.br

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Membro do Grupo de Pesquisa Políticas, Gestão e Práticas em Saúde. Curitiba, PR, Brasil. adeli.medeiros@ufpr.br



Trabalho 236

FREQUÊNCIA DE INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL A LESÕES TISSULARES

Jessica de Souza Carvalho Candido¹

Bruna de Paula Silva²

Fernanda Soares Pessanha³

Rosimere Ferreira Santanna⁴

Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira⁵

Introdução: O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional⁽¹⁾, organizando-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem⁽¹⁾. Este estudo terá como objetos básicos as duas últimas etapas, às quais, para desenvolverem-se, utilizam as intervenções e os resultados de enfermagem. O termo intervenção de enfermagem pode ser definido como qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente⁽²⁾. Sabe-se que medidas de resultados têm sido utilizadas para avaliar a qualidade dos cuidados e os efeitos das intervenções de enfermagem⁽³⁾. Sem essa avaliação obtida após a implementação dos cuidados torna-se difícil embasar decisões a respeito do cálculo de pessoal, custos e oferecimento de informações sobre a qualidade dos serviços de enfermagem⁽⁴⁾. Este trabalho trata de uma análise parcial de dados coletados numa pesquisa para elaboração de trabalho de conclusão de curso. **Objetivo:** Identificar a frequência de aparecimento dos termos para intervenções e resultados de enfermagem nas evoluções de pacientes portadores de lesões tissulares. **Descrição metodológica:** Pesquisa retrospectiva, do tipo mapeamento cruzado, quantitativa. O cenário do estudo foi o Ambulatório de Reparo de Feridas, do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil). A população alvo foram os 191 pacientes portadores de lesões tissulares de qualquer etiologia, de ambos os sexos, que foram acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas no ano de 2012 (de 1º de janeiro a 31 de dezembro). A coleta de dados foi feita através da pesquisa documental por análise dos prontuários. A determinação da amostra ocorreu de forma aleatória simples a partir dos critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, apresentar lesão cutânea com ou sem sinais infecciosos, ter comparecido ao Ambulatório de Reparo de Feridas em pelo menos cinco consultas de enfermagem durante o ano de 2012, com disponibilidade de pesquisa pela Seção de Arquivo Médico e Estatístico do hospital. Foram

1 Relatora. Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EAAAC/UFF). Monitora da disciplina Gerenciamento de Enfermagem II. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem GESAE_UFF. Integrante do Projeto Casadinho/PROCAD /UFF. Bolsista voluntária da Comissão de Prevenção, Avaliação e Tratamento de Feridas/HUAP/UFF. E-mail: jessicacandido88@yahoo.com.br

2 Acadêmica de Enfermagem do 9º período de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil)

3 Bolsista de Iniciação Científica CNPq. Acadêmica de Enfermagem do 9º período de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil).

4 Pós-Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil).

5 Pós-Doutora em Enfermagem. Pesquisadora CNPq. Professora titular da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil).



Trabalho 236

critérios de exclusão: a ausência de registros significativos ou a não disponibilidade do prontuário. O levantamento dos termos ocorreu através de um formulário para coleta de dados, preenchido diretamente em computador pessoal, onde foram transcritas as cinco evoluções de enfermagem mais recentes relativas ao atendimento no Ambulatório. Para análise dos dados, foram extraídas as informações que denotavam intervenções e resultados de enfermagem. Estas expressões foram categorizadas segundo grupos de sinônimos, organizados de forma a conter a mesma semântica de atividade realizada ou indicador de resultado observado, apesar de terem sido registrados nas evoluções com distintos vocábulos. Por fim, foi contabilizada a frequência de aparecimento de cada uma dessas expressões por estatística descritiva simples. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina – UFF com número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 13452713.3.0000.5243. **Resultados:** Foram avaliadas 385 evoluções de enfermagem, advindas de 77 prontuários. As expressões que denotavam intervenções de enfermagem foram categorizadas segundo os grupos de sinônimos descritos a seguir, destacando-se os principais achados em cada grupo. No grupo “Intervenções quanto a limpeza da ferida” destacaram-se as expressões “Realizado limpeza com soro fisiológico 0,9% e sabão neutro” e “Realizada limpeza com soro fisiológico 0,9%”, que apresentaram frequência de aparecimento de 43,63% e 41,29% cada uma, respectivamente. Já entre as “Intervenções quanto ao tipo de debridamento” apareceram mais frequentemente as expressões “Desbridamento mecânico com pinça” (34,8%) e “Desbridamento mecânico com pinça e bisturi” (21,29%). No grupo “Intervenções quanto ao tipo de bandagem” observaram-se mais significativamente “Ocluído com gazes e atadura” (24,41%) e “Ocluído com gaze estéril e atadura crepom em espiral ascendente (33,5%). Em relação às “Intervenções quanto a continuidade do tratamento” foi mais frequente apenas a expressão “Marcado retorno” com 34,02%. Dentre as “Intervenções quanto a avaliação de comorbidades” foi realizada mais frequentemente a verificação de pressão arterial, tendo sido observada em 25,71% das evoluções. As “Intervenções quanto a mensuração do tamanho da ferida” tratavam da avaliação da área lesional pela técnica do decalque⁽⁵⁾ ou pela fotografia. Apenas 7,01% continham registros de decalque e 0,25% relatou a realização de fotografia da lesão. Acerca das “Intervenções quanto a aplicação de coberturas”, observaram-se 520 registros de aplicação de coberturas nas feridas (o que indica que em uma mesma evolução poderia haver o registro de mais de uma aplicação de produtos). Por fim, observou-se o registro de orientações aos pacientes 30,12% das evoluções (“Intervenções quanto a orientações de enfermagem”). Encontrou-se um total de 58 expressões para resultados de enfermagem, a partir das quais estabeleceram-se os grupos de sinônimos: Globais (satisfação com o tratamento e aderência ao tratamento), Específicos (melhora dos tecidos da ferida, melhora da lesão, aumento da dor, melhora/diminuição/ausência da dor, melhora/diminuição da drenagem de exsudato e melhora de consequências de hipoglicemia) e de Seguimento (Alta ambulatorial e Óbito no domicílio). Dentre estes grupos, os que apresentaram mais quantidade de expressões foram: Melhora dos tecidos da ferida (43,10%), Melhora da lesão (13,79%) e Melhora, Diminuição ou Ausência da dor (12,06%). **Conclusão:** As expressões registradas nos prontuários foram distribuídas em categorias. A saber, Intervenções quanto a: limpeza da ferida, tipo de debridamento, tipo de bandagem, continuidade do tratamento, avaliação de comorbidades, mensuração do tamanho da ferida e aplicação de coberturas. Assim como, Resultados: globais, específicos e de seguimento. **Contribuições para a enfermagem:** A operacionalização e documentação do processo de enfermagem evidencia a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade social e o reconhecimento profissional da assistência prestada⁽¹⁾. Assim, a determinação das expressões utilizadas pelos enfermeiros para registro de intervenções e resultados de enfermagem é fundamental para o desenvolvimento de mudanças no processo assistencial, pois configura



Trabalho 236

melhoras a todos os níveis relacionados ao cuidado em saúde (paciente, profissional e instituição que presta o cuidado).

Descritores: Processos de enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Úlcera
Eixo temático 3: Pesquisa em Enfermagem

Referências:

- 1 Brasil. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.
- 2 Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem NIC. Tradução Regina Machado Garcez – 4. ed – Porto Alegre: Artmed, 2008.
- 3 Moorhead S, Johnson M, Meridean MAAS. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 3ª edição – Porto Alegre: Artmed, 2008.
- 4 Seganfredo DH, Almeida MA. Produção de conhecimento sobre resultados de enfermagem. Rev. bras. enferm. 2010, vol.63, n.1, pp. 122-126.
- 5 Oliveira BGRB, Castro JBA; Andrade NC. Técnicas para avaliação do processo cicatricial de feridas. Nursing (São Paulo);9(102):1106-1110, nov. 2006.



Trabalho 237

CONCORDÂNCIA INTEROBSERVADORES NA AVALIAÇÃO DO RESULTADO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO: ATIVIDADE PRESCRITA EM PACIENTES COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL

Marcos Barragan da Silva¹, Miriam de Abreu Almeida², Bruna Paulsen Panato³, Mariana Palma da Silva³, Ana Paula de Oliveira Siqueira⁴

INTRODUÇÃO: A Artroplastia Total de Quadril (ATQ) é um procedimento cirúrgico de substituição da articulação coxofemoral por uma prótese, sendo amplamente utilizado para o tratamento de afecções desta articulação, sejam elas degenerativas, inflamatórias ou traumáticas^(1,2). Ela tornou-se um excelente método de tratamento no alívio da dor e melhora da capacidade funcional desses pacientes. No período pós-operatório, esses pacientes tornam-se dependentes da equipe de enfermagem, devido à limitação para mobilizar-se e a restrição ao leito, visto que, não podem apoiar-se no chão, nem realizar exercício de adução com o membro operado pelo risco de luxação da prótese^(1,2). Com base nestas características, o enfermeiro pode estabelecer o diagnóstico de enfermagem (DE) Mobilidade Física Prejudicada (MFP), dada a amplitude limitada de movimentos, trauma e dor no membro inferior afetado. Várias intervenções são realizadas, porém a avaliação de resultados ainda é uma prática pouca explorada na enfermagem. A Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) é uma terminologia usada no Processo de Enfermagem para medir, por meio dos Resultados de Enfermagem (RE), estados de saúde, comportamentos, reações e sentimentos dos pacientes, cuidador/familiar ou comunidade, e possibilita ao enfermeiro avaliar os efeitos das intervenções de enfermagem na prática clínica⁽³⁾. A aplicação dos resultados esperados para um determinado diagnóstico de enfermagem (DE) exige a estratificação dos indicadores de forma que correspondam a valores na sua escala de medida. Essa abordagem permite a mensuração e comparação diária dos efeitos das intervenções de enfermagem. **OBJETIVO:** Verificar a aplicabilidade da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) por meio da concordância interobservadores na avaliação do Resultado de Enfermagem NOC Conhecimento: atividade prescrita em pacientes com Mobilidade Física Prejudicada submetidos a Artroplastia Total de Quadril (ATQ). **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de coorte prospectivo realizado em um hospital universitário do sul do Brasil. Os dados foram coletados de agosto a dezembro de 2012 e os sujeitos foram pacientes submetidos à ATQ, que atenderam aos seguintes critérios: ambos os sexos; idade ≥ 18 anos; presença do diagnóstico MFP registrado em prontuário, com respectivos cuidados prescritos pelo enfermeiro assistencial; e permanecerem internados por pelo menos três dias. O instrumento de coleta de dados foi construído especialmente para esta pesquisa contendo o RE (1811) Conhecimento: atividade prescrita, com os indicadores (181104) Restrições à atividade, (181116) Estratégias para locomoção segura, (181112) Realização correta do exercício, e (181120) Benefícios da atividade e do exercício, definidos conceitual e operacionalmente. Os pacientes foram avaliados por duplas de bolsistas de iniciação científica coletadoras treinadas, de forma simultânea, de maneira independente. Estudo aprovado em Comitê de ética em Pesquisa. **RESULTADOS:** Participaram do estudo 21 pacientes, predominantemente do sexo feminino $n=13(61,9\%)$, brancos $n=16(76,1\%)$, com idade média de 58,8 ($\pm 16,7$), e 15 (71,4%) pacientes submetidos à ATQ primária. Os 21 pacientes mantiveram o DE diagnóstico de

¹ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFRGS. marcosbarragan@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Associada na Escola de Enfermagem da UFRGS.

³ Acadêmicas de Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFRGS. Bolsistas de Iniciação Científica

⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFRGS.



Trabalho 237

enfermagem MFP até o final das avaliações. De todos os pacientes, 15 (71,4%) foram avaliados num período de quatro dias de seguimento. O Resultado de Enfermagem *Conhecimento: atividade prescrita* manteve-se em Moderadamente comprometido em todas as avaliações (1º dia= $3,12 \pm 0,51$; 2º dia= $3,52 \pm 0,55$; 3º dia= $3,75 \pm 0,39$; 4º dia= $3,64 \pm 0,56$). Na comparação entre a avaliação basal e final, não houve diferença significativa pelo Test t pareado ($P=0,035$). Quando avaliada a concordância interobservadores-pelo método de Bland-Altman, o RE *Conhecimento: atividade prescrita* no 1º dia de avaliação houve teve concordância significativa em 15 das 21 avaliações (71,4%) e no 4º dia de avaliação houve concordância significativa em nove das 15 avaliações (60%). Esta diferença pode ser atribuída às distintas maneiras de expressar seu conhecimento, uma vez que as perguntas elaboradas para as definições operacionais dos indicadores eram abertas e dependiam da apreensão das informações fornecidas durante o cuidado. Muitos deles respondiam às questões, porém de uma forma desordenada, o que pode ter influenciado no entendimento dos coletadores. Em pesquisa espanhola⁽⁴⁾ na qual um dos objetivos foi avaliar a concordância interobservadores (12 enfermeiras) na avaliação do RE (1806) *Conhecimento: recursos de saúde* em usuários da Atenção Primária e Hospitalar, identificou que a concordância foi moderada em comparação com a identificada em estudo⁽⁴⁾ norte-americano. Os autores relatam que isso pode ter acontecido devido ao conhecimento insuficiente sobre a classificação, além da pouca experiência com seu uso, mesmo diante de uma capacitação prévia. **CONCLUSÕES:** A aplicação da NOC na prática clínica por duplas avaliadoras treinadas para verificação desse resultado mostrou-se factível e concordante, sendo capaz de identificar a melhora de pacientes com Mobilidade Física Prejudicada submetidos à Artroplastia Total de Quadril. Pode-se inferir que as atividades educativas realizadas no pré-operatório tenham contribuído para que os pacientes já tivessem Conhecimento moderado em relação às atividades que podem ou não realizar no pós-operatório de ATQ. Além disso, por meio dos escores da concordância interobservador com dois avaliadores, foi possível demonstrar a aplicabilidade da NOC, utilizando um instrumento padronizado para este fim. A construção de definições conceituais e operacionais, bem como capacitações para as equipes de enfermagem previamente à aplicação clínica da NOC são fundamentais para facilitar seu uso na prática.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Avaliação de resultados (cuidados de saúde); Enfermagem ortopédica.

Eixo 2: PESQUISA DE ENFERMAGEM

REFERÊNCIAS

1. Kneale J, Davis P. Orthopaedic and Trauma Nursing. 2nd ed. London: Churchill Livingstone;2005.
2. Gomes BP, Ferreira MRS. Assistência de enfermagem em ortopedia e traumatologia. *Enferm glob.* 2010;20.
3. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Salazara SF, Hidalgo PLP, Morcillo AJR. Evaluación de la fiabilidad del Resultado de Enfermería «Conocimiento: recursos sanitarios» en Atención Primaria y Hospitalaria. *Enferm Clin.* 2011;21(6):349-353.
5. Keenan G, Barkauskas V, Stocker J, Johnson M, Maas M, Moorhead S, et al. Establishing the Validity, Reliability, and Sensitivity of NOC in an Adult Care Nurse Practitioner Setting. *Outcomes Manag.* 2003;7:74-83.



Trabalho 238

VALIDAÇÃO DE SUBCONJUNTO TERMONOLÓGICO CIPE® PARA DOR ONCOLÓGICA. NOTA PRÉVIA

Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho¹

Maria Miriam Lima da Nóbrega²

Introdução: Câncer é o nome dado a um complexo de afecções crônico-degenerativas constituído de mais de duzentas doenças diferentes, cada uma com suas características, sintomas e prognósticos¹. É caracterizado por ser formado por células com mutações gênicas que possibilitam o crescimento desordenado, a rápida divisão celular e a invasão de tecidos e órgãos, tornando-as agressivas e incontroláveis, e que determinam a formação de tumores malignos. Embora seja conhecido há muitos séculos, o câncer que era considerado uma doença de países desenvolvidos, vem nas últimas quatro décadas mudando este perfil e hoje a maior parte dessa doença vem sendo observada em países em desenvolvimento e principalmente naqueles com poucos e médios recursos. Assim, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial². A Organização Mundial da Saúde³ estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos novos de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média rendas. O prognóstico da doença depende das condições individuais, do diagnóstico precoce, do planejamento terapêutico correto e do seguimento do paciente. A Política Nacional de Atenção Oncológica contempla ações de Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas firmadas pela Portaria GM/MS 2.439/2005) vem sendo utilizada em uma tentativa de detecção precoce, do uso de terapias antineoplásicas as quais sofreram um considerável avanço ao longo das últimas décadas, o que contribuiu para o aumento de maneira substancial a sobrevivência do paciente e um impacto significativo na sua qualidade de vida, e em cuidados paliativos. Todos esses fatores contemplados na Política Nacional de Atenção Oncológica, levam em algum momento o paciente a sentir Dor, que vai desde o momento que recebe o diagnóstico, uma dor psicológica, à realização de exames invasivos necessários para o rastreamento, estadiamento e detecção de metástases, dor física, bem como no tratamento, com a infusão de medicamentos, cirurgias e radioterapia. A clientela a que se destina este estudo, são os pacientes adultos portadores de neoplasia maligna que em algum momento, desde seu diagnóstico até a sua cura ou morte, experimentam a sensação de Dor que, no paciente oncológico pode ser : causada pelo seu próprio câncer, pelo tratamento do câncer, relativas ao câncer ou por doenças concomitantes, a dor originária de uma ou mais destas quatro fontes é determinada de Dor Oncológica. A dor é um sinal diretamente proporcional a qualidade de vida do paciente oncológico e é descrita muitas vezes como algo mais terrível que a própria doença, chega a ser a segunda causa de medo do paciente após o diagnóstico de câncer, sendo a primeira a morte. O sofrimento dos doentes é o resultado da vivência da dor associado a incapacidade física, isolamento familiar e da sociedade, preocupações financeiras, o medo da mutilação e da morte. **Objetivos:** Mapear as afirmativas de diagnóstico/resultados e intervenções de enfermagem contidas no subconjunto terminológico CIPE® para dor oncológica com a CIPE® 2013;- Realizar a validação de conteúdo das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do subconjunto terminológico CIPE® para dor oncológica; Realizar a validação clínica das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do

1. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: linawac@yahoo.com.br.

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: miriamnobrega@ccs.ufpb.br.



Trabalho 238

subconjunto terminológico CIPE® para dor oncológica. **Procedimentos metodológicos:** Será realizada uma pesquisa metodológica, que tem como objetivo desenvolver ou aperfeiçoar procedimentos para a obtenção, organização ou análise de dados através do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, é no entanto, focada na elaboração de novos instrumentos por isso envolve métodos complexos e modelos mistos para ser desenvolvida³ e seu produto final é uma tecnologia leve. Para atender aos objetivos deste estudo, o mesmo foi dividido em quatro etapas: a primeira etapa constitui a validação de conteúdo e inicia-se com, 1) revisão das afirmativas de diagnóstico/resultados e intervenções de enfermagem contidas no subconjunto terminológico CIPE® para dor oncológica; 2) mapeamento cruzado dessas afirmativas com a CIPE® 2013, 3) separação das afirmativas constantes e as não constantes 4) definição operacional das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do subconjunto terminológico CIPE® para dor oncológica, que não constem na CIPE® ou que nela não esteja definida e 5) encaminhamento das afirmativas não constantes na CIPE® 2013 para a validação de conteúdo com enfermeiros juizes utilizando para tal, a técnica DELPHI. A segunda etapa constitui: 1) na elaboração de um tutorial para uso do Subconjunto CIPE® para Dor Oncológica. A terceira etapa constitui na validação clínica, iniciando: 1) construção de um instrumento para guiar a realização de estudos de casos clínicos e, 2) a realização de estudos de casos clínicos; A quarta etapa se completa com a estruturação final do mesmo, na codificação e publicação junto ao CIE das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem validadas neste material. **Resultados:** Os indicadores empíricos relacionados à dor oncológica, foram obtidos a partir da literatura por meio da realização de uma análise da dor oncológica e da experiência prática da pesquisadora. Esta análise serviu de base para identificar termos constantes na CIPE® Versão 1.0, que foram utilizados para a construção das afirmativas. Foram identificados no Eixo Foco 84 termos relacionados aos pacientes com dor oncológica, a partir desses termos foram construídas 156 afirmativas de diagnóstico/resultados de enfermagem, as quais foram mapeadas com as afirmativas constantes no subconjunto terminológico da CIPE® Versão 1.1, foi evidenciado que 116 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem são constantes e 36 não constantes no referido Catálogo. que após serem retiradas as redundâncias e o diagnósticos reais positivos, ficaram em 68 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem. Foram construídas 252 intervenções de enfermagem que passou pelo mesmo processo, finalizando com 119. Os diagnósticos e as intervenções de enfermagem foram distribuídos de acordo com o modelo teórico para o cuidar de enfermagem em dor oncológica. Para os aspectos físicos foram identificados 28 diagnósticos/resultados de enfermagem, para a dor de origem psicogênica, 29 diagnósticos/resultados de enfermagem foram construídos e para os aspectos sócio-culturais e espirituais da dor oncológica foram construídos 11 diagnósticos/resultados de enfermagem. O subconjunto terminológico CIPE® para dor oncológica foi desenvolvido para a prioridade de saúde DOR ONCOLÓGICA, em toda sua dimensão incluindo a dor de origem física e a dor de origem psicogênicas onde os aspectos psicológicos, culturais e espirituais estão presentes. tem como objetivos servir de guia para os enfermeiros que prestam cuidados aos pacientes com dor oncológica, e dar suporte a documentação sistemática do cuidado de enfermagem, usando a CIPE®. As afirmativas desenvolvidas contemplam todos os aspectos, mas deve ficar claro que é um guia que deve ser seguido pelos enfermeiros, não dispensando, portanto a experiência clínica, o raciocínio crítico e a tomada de decisão. **Considerações finais:** A validação subconjunto terminológico CIPE® para dor oncológica proporciona um meio seguro e sistemático para que os enfermeiros que trabalham nesta área ofereçam uma assistência de qualidade a paciente com dor oncológica. Acredita-se que a validação deste subconjunto terminológico CIPE® para dor oncológica possa favorecer a sistematização da assistência de enfermagem tendo em vista o mesmo contemplar os diagnósticos de enfermagem, os resultados e as intervenções de enfermagem, tornando-o um instrumento facilitador da prática clínica da Enfermagem.

1. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: linawac@yahoo.com.br.

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: miriamnobrega@ccs.ufpb.br.



Trabalho 238

Descritores: Enfermagem, Dor, Dor oncológica, Classificação.

EIXO 3: Pesquisa em Enfermagem

REFERÊNCIAS:

1. Bosch FX et al (Org) **Manual de Oncologia Clínica**. New York: Springer-Verlag, 1994/Tradução pela Fundação Oncocentro de São Paulo, com autorização da União Internacional Contra o Câncer UICC/
2. World Health Organization (WHO) data and statistic 2013 <http://www.who.int/research/en/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2011.118p. <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
4. Polit D. F.; Beck C T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

1. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: linawac@yahoo.com.br.
2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: miriamnobrega@ccs.ufpb.br.



Trabalho 239

IDENTIFICAÇÃO E VALIDAÇÃO DE TERMOS DE LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO FÍSICA MOTORA DE PACIENTES ADULTOS

Danyelle Rodrigues Pelegrino de Souza¹

Leonardo Tadeu de Andrade²

Anamaria Alves Napoleão³

Telma Ribeiro Garcia⁴

Tânia Couto Machado Chianca⁵

INTRODUÇÃO

Linguagem específica é aquela utilizada para proporcionar uma comunicação sem ambiguidades em determinada área do conhecimento ou da prática, com base em um vocabulário específico desse campo (PAVEL; NOLET, 2002). A Enfermagem se utiliza de uma linguagem técnica particular, a que se pode denominar *linguagem de especialidade*.

A evolução tecnológica e o crescente aumento das trocas de informações do mundo globalizado levaram a Enfermagem a buscar seu aprimoramento nessa área e a desenvolver estudos para padronização da linguagem, criando maneiras de registrar e documentar o seu fazer, organizando bancos de dados capazes de gerar conhecimento e informação (LUCENA; BARROS, 2005).

Antunes e Chianca (2002) ressaltam que diante da necessidade de desenvolver uma linguagem universal para comunicar o que é identificado pela Enfermagem, suas ações e os resultados esperados, as enfermeiras, no âmbito mundial, vêm contribuindo para a elaboração de uma taxonomia única a partir das já existentes, considerando que a padronização da linguagem pode ser alcançada pelo uso de sistemas de classificação.

Porém, desconhece-se a existência de um sistema de classificação específico para a enfermagem em reabilitação física motora, embora o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) estimule a criação de subconjuntos de conceitos para as diferentes especialidades da Enfermagem, tendo por referência a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]).

OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos: construir, um banco de termos da linguagem especial de enfermagem em reabilitação física motora, a partir da identificação dos termos empregados

¹ Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeira da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, unidade Belo Horizonte, Brasil. *E-mail:* danyellepelegrinoenf@gmail.com

² Doutorando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeiro da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, unidade Belo Horizonte, Brasil. *E-mail:* leonardotad@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, Brasil. *E-mail:* anamaria@ufscar.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Co-diretora do Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE[®] do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, Brasil. *E-mail:* telmagarciapb@gmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. *E-mail:* taniachianca@gmail.com



Trabalho 239

nos registros de enfermeiros que atuam nessa área; mapear os termos identificados nos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes em reabilitação física motora com os constantes na CIPE[®] 2.0; classificar os termos identificados como não constantes nos sete eixos dessa terminologia; elaborar definições para os termos identificados como não constantes e determinar a concordância de especialistas para esses termos, em relação tanto aos eixos em que foram classificados quanto às definições a eles atribuídas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo em que foram identificados os termos empregados nos registros de enfermagem de 1.425 prontuários eletrônicos de pacientes internados em 2009 em um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte-MG.

O método utilizado para a coleta de dados foi o de análise documental e os dados obtidos foram submetidos a mapeamento cruzado com os termos da CIPE[®] 2.0, a fim de identificar os termos constantes e os não constantes nesta terminologia.

O estudo foi realizado em oito fases: extração de termos; exclusão das repetições; exclusão de termos relacionados a procedimentos e a diagnósticos médicos; normalização dos termos; mapeamento cruzado com os termos da CIPE[®] 2.0; classificação dos termos não constantes, segundo os sete eixos da CIPE[®] 2.0; elaboração de definições conceituais para os termos não constantes; validação, por especialistas, das definições conceituais e da classificação dos termos não constantes segundo os eixos da CIPE[®] 2.0.

Para a validação dos termos não constantes na CIPE[®] 2.0, encaminhou-se carta convite a 166 especialistas, via *WEB*, em que constavam *login* e senha para acesso ao termo de consentimento livre esclarecido e ao questionário da pesquisa. Os especialistas deveriam preencher os seguintes critérios de inclusão: ser brasileiro, ter experiência mínima de dois anos em reabilitação física motora ou ser pesquisador e/ou docente do ensino superior com experiência em reabilitação física motora, e/ou terminologia, e/ou processo de enfermagem, e/ou classificações de enfermagem.

Houve a participação efetiva de 45 enfermeiros. Acredita-se que a reduzida participação dos enfermeiros nesta pesquisa está relacionada ao pequeno número de enfermeiros familiarizados com pesquisas realizadas via *WEB*; desconhecimento da CIPE[®] ou, mesmo, à extensão do questionário, já que se observou um crescente número de perdas à medida que se avança o questionário.

Utilizou-se a técnica Delphi no processo de validação das definições conceituais e da classificação dos termos não constantes nos sete eixos da CIPE[®] 2.0. Considerou-se validado o termo que alcançou um IC igual ou superior a 0,80, em relação tanto à definição quanto ao eixo. O termo que não alcançou um IC de 0,80 na primeira etapa do processo de validação teve sua definição reelaborada de acordo com as sugestões enviadas pelos especialistas e o questionário foi reenviado para validação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente foram extraídos 827.047. Após a exclusão de repetições, normalização de grafia, exclusão de termos médicos e mapeamento cruzado, restaram 825 termos, dentre os quais 226 eram não constantes e 599 constantes na CIPE[®] 2.0.

Ao final, todos os termos não constantes na CIPE[®] 2.0 foram validados em relação tanto à



Trabalho 239

definição quanto ao eixo, sendo 47 do eixo *foco*, 15 do eixo *juízo*, 102 do eixo *meios*, 31 do eixo *ação*, 3 do eixo *tempo*, 25 do eixo *localização* e 3 do eixo *cliente*. Esses termos compuseram um banco de termos de linguagem específica utilizado por enfermeiros na área de reabilitação física motora no Brasil.

Acredita-se que a identificação de maior número de termos não constantes na CIPE® 2.0 inseridos no eixo meios está relacionada à especificidade do paciente em reabilitação física motora que, possuindo limitações motoras e/ou cognitivas e, conseqüentemente, algum nível de dependência, necessita da utilização de muitos recursos de adaptação para a realização das atividades de vida diária.

Os resultados alcançados permitem concluir que a CIPE® é uma terminologia aplicável à assistência de enfermagem em reabilitação física motora, o que é comprovado pelo número de termos utilizados nos registros de enfermagem que foram identificados como constantes na CIPE®, maior quando comparado ao número de termos identificados como não constantes nesta terminologia, demonstrando que a CIPE® vem sendo incorporada à prática pela equipe de enfermagem desta instituição.

CONCLUSÃO

Ao comparar os resultados obtidos com os de outros estudos que utilizaram o mesmo método e a CIPE® como terminologia de referência, chama a atenção o fato de aqui se ter utilizado um número elevado de prontuários, o que possibilitou a extração de número também bastante elevado de termos e expressões. Além disso, deve-se dar relevo ao fato de ser este o primeiro estudo desenvolvido na área de reabilitação física motora utilizando a CIPE® 2.0 como referência.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de constantes estudos para o desenvolvimento da linguagem de enfermagem por serem estes fundamentais no ensino, pesquisa e assistência, e contribuírem para o desenvolvimento de uma linguagem universalizada para a enfermagem e para a autonomia dos enfermeiros, o que reflete em uma assistência de melhor qualidade ao paciente.

Palavras-chave: Processos de Enfermagem; Terminologia; Enfermagem em Reabilitação.

Área Temática: Pesquisa de Enfermagem

REFERÊNCIAS

- Souza, DRP. Identificação e validação de termos de linguagem especial de enfermagem em reabilitação física motora de pacientes adultos. 2012. 181 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento Cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem. 2005, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 82-88.
- Pavel S, Nolet D. Manual de Terminologia. Canadá: Public Words and Government Services, 2002. 151 p.



Trabalho 240

O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO CIRÚRGICO SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Jeniffer Botelho¹

Giovanna Batista Leite Veloso²

Luciane Favero³

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem pressupõe a organização em um sistema, que por sua vez implica em um conjunto de elementos dinamicamente inter-relacionados. Estes elementos podem ser compreendidos por um conjunto de ações, uma sequência de passos, para alcance de um determinado fim⁽¹⁾. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) considera que a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem contribui, efetivamente, para a melhoria da qualidade e deve ser aplicada em todos os clientes, com prioridade àqueles críticos. Deve ser utilizada por toda instituição de saúde, como atividade privativa do enfermeiro⁽²⁾, e em todos os setores hospitalares. O centro cirúrgico é normalmente conhecido como uma unidade estressante, que demanda do enfermeiro maior tempo com serviços administrativos do setor, que às vezes, o faz esquecer-se da assistência direta ao cliente em um momento único de sua vida, em que a instabilidade emocional domina-o. Por conseguinte, o desenho desta pesquisa é baseado nas etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem recomendadas pelo COFEN⁽²⁾, que são: coleta de dados, diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação, ressaltando que planejamento e implementação fazem parte da prescrição de Enfermagem. Visto a importância de se realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem de forma a contribuir para uma assistência integral e individualizada ao cliente cirúrgico, estabeleceu-se a seguinte **questão norteadora**: Qual o conhecimento da equipe de Enfermagem de um centro cirúrgico sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem? No intuito de responder a essa questão o **objetivo** do trabalho é descrever o conhecimento da equipe de Enfermagem de um centro cirúrgico sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Descrição metodológica:** pesquisa descritiva de abordagem qualitativa realizada em um hospital de ensino localizado na cidade de Curitiba – PR. Os participantes foram 14 dos 37 técnicos/auxiliares de Enfermagem, e enfermeiros, dos turnos da manhã, tarde e noite. A coleta de dados aconteceu nos meses de agosto e setembro de 2012, por meio de entrevistas semiestruturadas. Foi realizado um teste piloto em outro setor do hospital, com cinco participantes, visando à avaliação e possível adaptação do instrumento. Para a análise dos dados foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo⁽³⁾, a qual pela técnica da análise categorial fez-se o desmembramento do texto em unidades e em categorias. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Positivo com o parecer 77803/2012. **Resultados:** Duas categorias foram identificadas após a aplicação dos preceitos descritos para a análise dos dados elencados, as quais puderam ser assim denominadas: *(Des) Conhecimento da equipe de Enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem; e o dia a dia da equipe de Enfermagem e a sua influência na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem*. Foi possível perceber que nem todos os

¹ Enfermeira graduada pela Universidade Positivo (UP). E-mail: jeni.jeni@hotmail.com

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Positivo. Email: giovannaveloso@up.com.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná – UFPR. Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Positivo. Membro do Núcleo de Estudos em Cuidar e Educar em Enfermagem (NECES/UP). Email: lucianefavero@yahoo.com.br



Trabalho 240

participantes demonstraram conhecer a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Muitos acreditavam que a sistematização é realizada apenas para benefício do cliente e que o processo é utilizado somente para aliviar a ansiedade e tratar o cliente de maneira adequada. Também puderam ser observadas algumas inadequações na definição da Sistematização, em que foi possível identificar confusões relacionadas à sua finalidade. Apesar de ter havido confusão da Sistematização da Assistência de Enfermagem com outros processos e rotinas realizadas no centro cirúrgico, a segurança e bem estar do cliente foi bastante citada como parte integrante deste processo, porém esta não foi relacionada como uma das finalidades do cuidado. O déficit de recursos materiais e humanos foi descrito como a principal barreira para a efetivação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Desse modo, as dificuldades encontradas podem induzir os profissionais a concluírem que a Sistematização da Assistência de Enfermagem não é prioridade, mas que a melhoria das condições de trabalho é sim fundamental, para que, posteriormente, seja possível implementar essa metodologia durante a realização do trabalho de Enfermagem⁽⁴⁾. **Conclusão:** Com base nessa linha de raciocínio, entende-se o centro cirúrgico como um setor complexo de modo que a Sistematização da Assistência de Enfermagem é capaz de colaborar na organização da prestação do cuidado ao cliente em um momento singular de sua vida. Foi possível perceber que os participantes deste estudo encontraram dificuldades em descrever corretamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem e demonstraram entendimento insuficiente sobre o assunto. Porém, alguns compreendem que o processo de Enfermagem pode prover bons resultados para o seu dia a dia de trabalho, e que situações não previstas capazes de impedir ou comprometer o procedimento cirúrgico, poderiam não acontecer se a Sistematização da Assistência de Enfermagem fosse implantada de modo completo e adequado. **Implicações para a Enfermagem:** Com os dados encontrados e descritos neste estudo, percebe-se a importância de uma padronização do serviço, além da necessidade da educação continuada para que os profissionais atualizem-se, discutam, reflitam sob formas de aplicação do cuidado de maneira organizada e eficiente, além de serem constantemente estimulados a pensar e agir de modo sistematizado.

Descritores: Processos de Enfermagem; Enfermagem perioperatória; Equipe de enfermagem.

Eixo temático 3: Pesquisa em Enfermagem.

Referências:

1. Carvalho EC, Bachion MM. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem: intenção de uso por profissionais de enfermagem. Rev Eletr Enferm [online]. 2009 Set [Citado 2010 Set 12];11(3). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>
2. Cofen. Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. 2009 [Citado 2012 Mar 13]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.



Trabalho 240

4. Manguiera SO, De Lima JTS, Costa SLA, Da Nobrega MML, Lopes MVO. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. *Enfermagem em Foco*. 2012 [Citado 2012 Out 12]; 3(3): 135-8. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/298>.



Trabalho 241

RESUMO

O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE HORTA E A TAXONOMIA DA NANDA: UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL¹.

FERREIRA, Ilma Pastana, PORTO, Isaura Setenta.

Este estudo faz parte da tese intitulada *O Processo de Enfermagem: uma construção coletiva para sua (re) implantação*, vinculado ao Programa de Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Tem como objetivos: (1) Analisar a relação do Diagnóstico de Enfermagem (DE) de HORTA e a Taxonomia da NANDA. Do ponto de vista teórico, buscou-se amparo primordial nas propostas de Meleis (2007) e Horta (1979). Sob o enfoque metodológico, optou-se pela abordagem qualitativa, utilizando o delineamento da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). O cenário da pesquisa foi a Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), do município de Belém do Pará. Para o levantamento e análise dos dados, realizaram-se entrevistas não estruturadas com 07 enfermeiras em exercício no Hospital e ainda a estratégia do Grupo de Convergência (GCG). Os dados foram validados pelas enfermeiras entrevistadas. Resultados: o DE proposto por Horta é considerado mais complexo em comparação ao da NANDA, pois, no primeiro, além de identificar cada necessidade básica alterada, a enfermeira deve identificar o grau de dependência do paciente para atender a essas necessidades, quanto à natureza e extensão. Além disto, o DE proposto por NANDA permite identificar uma relação de indicadores clínicos que auxiliam no julgamento quanto à presença ou ausência do diagnóstico e ainda bem como o avanço na padronização de linguagem diagnóstica que a enfermeira encontra na proposta de NANDA. Conclusões: o modelo assistencial funcional aliado ao PE com base na proposta de Horta acrescida de uma etapa de DE baseada no sistema de classificação de NANDA ainda necessitará de estudos, para sua testagem e validação por parte das enfermeiras já que, conforme a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial são pesquisadoras em potencial. E, por sua formação acadêmica, assumiram compromisso com a construção de um conhecimento novo, para a renovação das práticas assistenciais no local de trabalho.

REFERÊNCIAS:

HORTA, WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.

MELEIS, AI. Our pioneers: the theorists and the theories. In: **Theoretical: development and progress**. 4ª ed. Philadelphia – USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2007. p. 275 – 452

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M; GONÇALVES, H. T. Pequenos grupos de convergência – um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.1, p.63-78, jan./abr. 2000.

Eixo Temático: Pesquisa em Enfermagem

Palavras-chave: Enfermagem, Processos de Enfermagem, Equipe de Enfermagem.

¹ Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.



Trabalho 242

CORRELAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COM FATORES DE RISCO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE NITERÓI/RJ

Dayse Mary da Silva Correia¹, Ana Carla Dantas Cavalcanti¹, Juliana de Melo Vellozo Pereira¹, Gisella de Carvalho Queluci¹, Ana Karine Ramos Brum¹

Há escassez de dados epidemiológicos de prevalência de insuficiência cardíaca (IC) na Atenção Primária do Brasil, em seus diferentes estágios (0, A, B, C e D). No estágio A, onde há pacientes assintomáticos com algum fator de risco para IC, os diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde, podem estabelecer um julgamento clínico de decisão acerca do envolvimento do indivíduo com sua saúde. **Objetivo:** correlacionar diagnósticos de enfermagem prioritários de promoção da saúde com fatores de risco para insuficiência cardíaca na atenção primária. **Metodologia:** Estudo epidemiológico, observacional, transversal envolvendo 620 indivíduos, randomizados do Programa Médico de Família, com idade a partir de 45 anos. De julho de 2011 a novembro de 2012 foi realizada a consulta de enfermagem, através de um questionário baseado na Taxonomia NANDA-I, sendo os dados analisados pelo programa SPSS, versão 17.0. Este estudo é parte do ESTUDO DIGITALIS, aprovado em comitê de ética, e desenvolvido por um grupo multidisciplinar. **Resultados:** Há predominância do sexo feminino (58,9%), idade média de $59,2 \pm 10,1$ anos (69%), e que 36% dos indivíduos encontram-se no estágio A. Os diagnósticos de enfermagem correlacionados foram: disposição para controle aumentado do regime terapêutico; disposição para estado de imunização melhorado; disposição para nutrição melhorada; autocontrole ineficaz da saúde; manutenção ineficaz da saúde. **Conclusão:** A identificação dos diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde é primordial para estabelecer intervenções de enfermagem ao paciente com risco para insuficiência cardíaca.

Referência: 1-Ammar KA, Jacobsen SJ, Mohoney DW, Kors JA, Redfield MM, Burnett JC, Rodeheffer RJ. Prevalence and prognostic significance of Heart Failure Stages: Application of the American College of Cardiology/American Heart Association Heart Failure staging criteria in the community. *Circulation*. 2007; 115(2):1563-1570.

Descritores: diagnóstico de enfermagem; insuficiência cardíaca; promoção da saúde.

Eixo 3: Pesquisa em Enfermagem

¹ Professor do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense .Niterói/RJ. Relatora: juvellozo.uff@gmail.com



Trabalho 243

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM USUÁRIOS INFECTADOS PELO HIV AVALIADOS PELO PROTOCOLO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Dafne Louize Gomes Fernandes¹
Tassia Xavier de Araújo²
Suely Lopes de Azevedo³
Rita Batista Santos⁴
Mauricio Pinho Gama⁵

INTRODUÇÃO: Segundo a Portaria nº 1.600 do Ministério da Saúde¹ a atenção domiciliar é entendida como conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio. O cuidado domiciliar é realizado na atenção primária, secundária e terciária, dependendo do nível de complexidade em que se encontra o indivíduo a ser assistido. Tornou-se uma modalidade de assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, não só por reduzir os custos, como também por ser uma resposta à baixa humanização e resolutividade geradas pelas internações hospitalares, que muitas vezes não conseguem atender às demandas de cuidados cada vez mais complexas. Partindo-se desta premissa, é importante salientar o papel do enfermeiro nesta modalidade. O atendimento domiciliar tem como base as ações interdisciplinares, sendo o cuidado um dos focos principais, tornando assim, o profissional enfermeiro um dos principais personagens neste contexto, pois o cuidado é a essência da enfermagem². É interessante a proposição de métodos que possam servir de ferramenta para auxiliar na avaliação adequada a inclusão, prestação e determinação do tipo e duração da assistência domiciliar. O Protocolo de Atenção Domiciliar (PAD)³ adotado pelo Programa de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho propõe Sistemas de Enfermagem (SE): cuidador apto, nível de consciência, órteses, curativos de ferida operatória, curativos de úlceras, suporte ventilatório, suporte nutricional, sistema urinário, sistema fecal, sistema terapêutico oral, sistema terapêutico parenteral, intramuscular e subcutâneo, suporte terapêutico venoso, banho, vestuário, higiene pessoal e transferência/ mobilidade. A pontuação leva à classificação do perfil para atenção domiciliar, em ordem crescente de dependência para o autocuidado, determinando o tipo e tempo de permanência no atendimento segundo os SE escores: A - Inferior a 15: Atendimento Domiciliar; B¹ Graduanda. Aluna bolsista UFRJ/PIBIC. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro

² Graduanda. Aluna não bolsista. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³ Enfermeira, Doutoranda. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ. Coordenadora do Projeto de Extensão “Prontuário de Assistência Domiciliar para o Autocuidado” e do Projeto de Pesquisa “Avaliação de um protocolo de atenção domiciliar pela enfermagem”.

⁵ Estatístico. Professor Titular aposentado da Universidade de Brasília. Atualmente é Membro da Divisão de Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.



Trabalho 243

- de 16 a 25: Internação Domiciliar; e C - Acima de 25 - Internação Hospitalar, indicadores de dependência ou autonomia para o Autocuidado. Quanto aos sujeitos de pesquisa, usuários infectados pelo vírus HIV, sinalizam um grupo com uma condição especial para a abordagem de atenção domiciliar na perspectiva de enfermagem, destacando o perfil epidemiológico, clínico, laboratorial e a escala funcional dos SE para o mapeamento dos Diagnósticos de Enfermagem segundo a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association – NANDA*⁴. **OBJETIVO:** Levantar os diagnósticos de enfermagem prevalentes em usuários infectados pelo vírus HIV avaliados pelo protocolo de atenção domiciliar. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa com armazenamento dos dados numa planilha Excel e estatística descritiva pelo programa XLStat. Os sujeitos de pesquisa correspondem a 13 usuários infectados pelo vírus HIV, de uma população de 114 usuários avaliados pelo Protocolo de Atenção Domiciliar (PAD) atendidos no Programa de Atenção Domiciliar Interdisciplinar do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho entre 2002 a 2009. A técnica de amostragem é probabilística de conveniência. Não houve critérios de exclusão. O estudo apresentou as seguintes etapas: aplicação do PAD aos usuários, coleta e armazenamento de dados a partir dos prontuários clínicos e formulários próprios do PA, análise estatística descritiva e mapeamento dos diagnósticos de enfermagem utilizando análise comparativa a partir de dados sociodemográficos, clínicos e perfil de partindo-se de sua escala funcional dos SE utilizados pelos usuários⁵. Incluem-se as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, renda e estado civil); clínicas (doença principal, dados de internações, co-morbidades, tempo e duração do atendimento em dias); e assistenciais (nível de dependência avaliado através do Sistema de Enfermagem Escore e dos demais sistemas de enfermagem). Dada a análise dos dados, seguiu-se o mapeamento dos diagnósticos de enfermagem baseado em uma matriz que contem ou DE com suas definições, rótulos, características definidoras e fatores relacionados e as variáveis quantitativas e qualitativas, explicitadas anteriormente, que correspondente a caracterização para os DE. O mapeamento procedeu à comparação entre as informações existentes nos prontuários e formulário do PAD com a análise dos diagnósticos de enfermagem que apresentaram semelhança com os dados, no intuito de identificar similaridades e validação do modelo neste contexto⁵. Ressalta-se que este projeto foi recomendado pelo edital Universal 2/2006 do CNPq e pelo Programa Institucional de Bolsas de Extensão da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em fase de validação. Além disso, foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições parceiras sob Protocolos 076/06 e 801/07. **RESULTADO:** ¹ Graduanda. Aluna bolsista UFRJ/PIBIC. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro

² Graduanda. Aluna não bolsista. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³ Enfermeira, Doutoranda. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ. Coordenadora do Projeto de Extensão “Prontuário de Assistência Domiciliar para o Autocuidado” e do Projeto de Pesquisa “Avaliação de um protocolo de atenção domiciliar pela enfermagem”.

⁵ Estatístico. Professor Titular aposentado da Universidade de Brasília. Atualmente é Membro da Divisão de Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.



Trabalho 243

DOS/DISCUSSÃO: Identificaram-se os diagnósticos: Risco de infecção relacionada à imunossupressão; Proteção ineficaz relacionada aos perfis sanguíneos anormais de triglicérides (3 a 372, 153 ± 76), LDL (34 a 1294, 175 ± 203), HDL (21 a 100, 43 ± 14) e colesterol (90 a 314, 191 ± 54); Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico, evidenciado por declínio de carga viral (125053 a 80) e adesão ao uso de antirretrovirais com predominância de falha imunológica para zidovudina, lamivudina e efavirenz; O mesmo diagnóstico de enfermagem também é evidenciado nos SE terapêutica oral (12) e terapêutica intravenosa (1); Déficit de autocuidado, nos SE higiene pessoal (8) e banho (4); Tensão de papel do cuidador, no SE cuidador apto (6); Integridade da pele prejudicada no SE curativo de úlcera por pressão (4) e de ferida operatória (3); Eliminação urinária prejudicada no SE urinário (2) e Confusão crônica no SE nível de consciência (2). O desfecho dos DE correspondeu a um padrão de resposta humana no grupo investigado podendo ser considerado um modelo relevante para realização de estudos similares⁵. De modo geral o estudo mostrou que estes dados são importantes para prever dos critérios de inclusão e perfil para a assistência domiciliar de usuários infectados pelo HIV. Uma dificuldade da investigação em particular refere-se a aplicação individual dos DE levantados e ampliação aos diagnósticos de enfermagem à família. **CONCLUSÃO:** Finalmente pode-se afirmar que as demandas referentes aos diagnósticos de enfermagem na assistência domiciliar dos usuários infectados pelo HIV podem ser especificadas com dados deste trabalho, revelando informações apesar de suas limitações. **IMPLICAÇÕES/CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A assistência de enfermagem geralmente é realizada de forma rotineira e em muitas situações, decorrente de uma abordagem assistemática. Com a investigação, foi possível estabelecer uma inovação na assistência domiciliar, identificando os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nos usuários infectados pelo HIV mapeados pela escala funcional dos SE do PAD. Pretende-se dar continuidade à proposição de diagnósticos, intervenções e resultados para sistematização da assistência domiciliar beneficiando os cenários a equipe de enfermagem de atenção domiciliar. **REFERÊNCIAS:** 1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 21 de abril de 2013. 2. MARTINS, S.K. **Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde: contribuições da enfermeira.** Orientadora: Prof^a.Dr^a. Maria Ribeiro Lacerda. ¹ Graduanda. Aluna bolsista UFRJ/PIBIC. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro

² Graduanda. Aluna não bolsista. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³ Enfermeira, Doutoranda. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ. Coordenadora do Projeto de Extensão “Prontuário de Assistência Domiciliar para o Autocuidado” e do Projeto de Pesquisa “Avaliação de um protocolo de atenção domiciliar pela enfermagem”.

⁵ Estatístico. Professor Titular aposentado da Universidade de Brasília. Atualmente é Membro da Divisão de Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.



Trabalho 243

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. 2006. 3. SANTOS, R.B. **Protocolo de Atenção Domiciliar em Enfermagem e a Substitutividade**. *Enfermagem Brasil* 2009;8(3): 152-9. 4. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – Definições e Classificações**. Editora Artmed. Porto Alegre. 2012. 5. Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2005; 18(1):82-8.

DESCRITORES: Assistência Domiciliar; Diagnóstico de Enfermagem; HIV.

EIXO 3: Pesquisa em Enfermagem.

¹ Graduanda. Aluna bolsista UFRJ/PIBIC. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro

² Graduanda. Aluna não bolsista. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³ Enfermeira, Doutoranda. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ. Coordenadora do Projeto de Extensão “Prontuário de Assistência Domiciliar para o Autocuidado” e do Projeto de Pesquisa “Avaliação de um protocolo de atenção domiciliar pela enfermagem”.

⁵ Estatístico. Professor Titular aposentado da Universidade de Brasília. Atualmente é Membro da Divisão de Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.



Trabalho 244

DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM USUÁRIOS COM NEOPLASIAS AVALIADOS PELO PROTOCOLO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Monique Ramos De Paula¹ Isabella Santos da Rocha² Sueli Lopes De Azevedo³ Rita Batista Santos⁴ Mauricio Pinho Gama⁵

Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ

INTRODUÇÃO: Segundo a Portaria nº 1.600 do Ministério da Saúde¹ a atenção domiciliar é entendida como conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio. O cuidado domiciliar é realizado na atenção primária, secundária e terciária, dependendo do nível de complexidade em que se encontra o indivíduo a ser assistido. Tornou-se uma modalidade de assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, não só por reduzir os custos, como também por ser uma resposta à baixa humanização e resolutividade geradas pelas internações hospitalares, que muitas vezes não conseguem atender às demandas de cuidados cada vez mais complexas. Partindo-se desta premissa, é importante salientar o papel do enfermeiro nesta modalidade. O atendimento domiciliar tem como base as ações interdisciplinares, sendo o cuidado um dos focos principais, tornando assim, o profissional enfermeiro um dos principais personagens neste contexto, pois o cuidado é a essência da enfermagem². É interessante a proposição de métodos que possam servir de ferramenta para auxiliar na avaliação adequada a inclusão, prestação e determinação do tipo e duração da assistência domiciliar. O Protocolo de Atenção Domiciliar (PAD)³ adotado pelo Programa de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho propõe Sistemas de Enfermagem (SE), a saber: cuidador apto, nível de consciência, órteses, curativos de ferida operatória, curativos de úlceras, suporte ventila tório, suporte nutricional, sistema urinário, sistema fecal, sistema terapêutico oral, sistema terapêutico parenteral, intramuscular e subcutâneo, suporte terapêutico venoso, banho, vestuário, higiene pessoal e transferência/ mobilidade. A pontuação leva à classificação do perfil para atenção domiciliar, em ordem crescente de dependência para o autocuidado, determinando o tipo e tempo de permanência no atendimento segundo os SE escores: A - Inferior a 15: Atendimento Domiciliar; B - de 16 a 25: Internação Domiciliar; e C - Acima de 25 - Internação Hospitalar, indicadores de dependência ou autonomia para o Autocuidado. Destaca-se o perfil sócio demográfico clínico e a escala funcional dos SE utilizados como parâmetro para levantamento dos DE nos usuários segundo a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association – NANDA*⁴. **OBJETIVO:** Realizar mapeamento dos DE segundo os SE nestes usuários. **DESCRICAÇÃO METODOLÓGICA:** Estudo quantitativo realizado no Rio de Janeiro, com 19 portadores de neoplasias de 114 usuários avaliados pelo

¹ Graduanda. Aluna não bolsista. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Email: niquerpc@hotmail.com

² Graduanda. Bolsista PET. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Email: bella_ufrj@hotmail.com

³ Enfermeira, Doutoranda. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro

⁴ Enfermeira Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ. Coordenadora do Projeto de Extensão “Prontuário de Assistência Domiciliar para o Autocuidado” e do Projeto de Pesquisa “Avaliação de um protocolo de atenção domiciliar pela enfermagem”.

⁵ Estatístico. Professor Titular aposentado da Universidade de Brasília. Atualmente é Membro da Divisão de Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.



Trabalho 244

PAD entre 2002 a 2009. Os dados foram armazenados numa planilha Excel e sofreram tratamento pelo programa XLStat, analisados por estatística descritiva e mapeamento dos SE para identificação dos DE. O estudo apresentou as seguintes etapas: aplicação do PAD aos usuários criação e alimentação do banco de dados, levantamento das principais variáveis - sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, renda e estado civil); clínicas (doença principal, dados de internações, co-morbidades, tempo e duração do atendimento em dias) e assistenciais (nível de dependência avaliado através do Sistema de Enfermagem Escore e dos demais sistemas de enfermagem). Dada à análise dos dados, seguiu-se o mapeamento dos diagnósticos de enfermagem baseado em uma matriz construída com as variáveis consideradas para o perfil conjuntamente com os DE particularmente suas definições, rótulos, classe, sistemas, características definidoras e fatores relacionados correspondentes à caracterização pela comparação entre as informações existentes nos prontuários e formulário do PAD pelos critérios de semelhança, similaridades, agrupamento para validação e verificação das suposições deste modelo no contexto da atenção domiciliar de usuários portadores de Neoplasia. Ressalta-se que este projeto foi recomendado pelo edital Universal 2/2006 do CNPq e pelo Programa Institucional de Bolsas de Extensão da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em fase de validação. Além disso, foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições parceiras sob Protocolos 076/06 e 801/07.

RESULTADOS/ DISCUSSÃO: A maioria: é do sexo feminino (11,54%); solteiros e casados (6, 40% cada) e viúvos (3, 20%); foi a óbito (16, 88%); vieram do ambulatório (15, 84%); da geriatria/oncologia. (10, 61%) e da oncologia (6, 39%); com 17 a 93 anos ($64,4 \pm 20,2$); com 1 a 22 atendimentos ($4,5 \pm 30,4$); com perfil para atendimento domiciliar de baixa complexidade e parcialmente dependente (10, 53%) e Internação Domiciliar (9, 47%)) baixa complexidade e parcialmente dependente (10,53%). Identificaram-se os DE pelos respectivos SE: Desequilíbrio Nutricional para menos das Necessidades Corporais por Nutricional (19); Tensão do Papel de Cuidador por Cuidador Apto (16); Disposição Aumentada para o controle do Regime Terapêutico por Terapêutica Oral (16) e Terapêutica Intramuscular e subcutânea (2); Mobilidade Física Prejudicada por Órteses (14); Fecal (13); Confusão Crônica por Nível de Consciência (10); Eliminação Urinária Prejudicada por Urinário (10); Integridade da pele Prejudicada por Curativo de Úlcera por Pressão (7) e Curativo de Ferida Operatória (6); Ventilação Espontânea Prejudicada por Ventilatório (2). As informações sobre os dados contêm as variáveis prevalentes nos portadores de Neoplasias. Essas informações foram importantes para a verificação da associação entre essas variáveis e levantamento dos DE. De uma forma geral, o desfecho dos DE correspondeu a um padrão de resposta humana no grupo investigado podendo ser considerado um modelo relevante para realização de estudos similares⁵. Esse estudo também mostrou que estes dados são importantes para predizer os critérios de inclusão e perfil para a assistência domiciliar de pacientes com Neoplasias, permitindo aos gestores e equipes de atenção domiciliar identificar grupos de usuários que necessitem de recursos assistenciais semelhantes. O perfil de atendimento domiciliar de baixa complexidade pode ser explicado pela efetividade da atuação da equipe no hospital e no domicílio, na manutenção da homeostase desses usuários.

CONCLUSÃO: Os DE puderam ser especificados, revelando informações apesar de suas limitações.

IMPLICAÇÕES/CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O PAD aliado a NANDA pode ser uma inovação na atenção domiciliar aos portadores de neoplasias.

Referências: 1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 21 de abril de 2013. 2. Santos, Rita Batista. Protocolo de atenção domiciliar em enfermagem e a substitutividade. *Enfermagem Brasil*, Maio/Junho 2009; 8(3). 3. **Diagnósticos de**



Trabalho 244

Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2010/2012. Porto Alegre: Artmed, 2012. 4. Carpenito- Moyet LJ. **Manual de diagnósticos de enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 2011. 5. Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta Paul Enferm** 2005; 18(1):82-8.

Descritores: Assistência Domiciliar, Diagnostico de Enfermagem, Neoplasias.

Eixo temático: EIXO III – Pesquisa em Enfermagem.



Trabalho 245

VALIDAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA EM ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS

Shimmenes kamacael Pereira¹, Rosimere Ferreira Santana², Iraci dos Santos³, Thais da Silva Soares⁴, Dayana Medeiros do Amaral⁴

A enfermagem proporciona cuidados aos clientes em situações de permanência por um tempo maior da internação hospitalar após realização de procedimentos cirúrgicos e neste contexto traçamos o **objetivo**: Identificar na população amostral a incidência do diagnóstico de enfermagem de *Recuperação cirúrgica retardada*⁽¹⁾. **Descrição metodológica**: Abordagem quantitativa observacional prospectiva. Participaram 69 sujeitos acompanhados desde o primeiro dia de pré-operatório até a alta hospitalar. **Resultados**: Observou-se predomínio de 45 (65,2%) do sexo feminino. E 23 sujeitos com o diagnóstico de enfermagem em estudo, representando 33,4% do total de inclusos na pesquisa, onde 15 (65,2%) são mulheres e 8 (34,8%) homens. Ao relacionarmos a presença do diagnóstico por faixa etária observamos que 10 (43,5) possuem idade ≥ 60 anos, 4 (17,4%) idade ≥ 50 e ≤ 60 , e 9 (39,1%) adultos com idade ≥ 21 e ≤ 50 anos. **Conclusão**: A presença do diagnóstico de enfermagem *Recuperação cirúrgica retardada* causa limitações no cliente como observado através da presença de características definidoras que influenciam diretamente nos padrões de qualidade da assistência de enfermagem. **Implicações para enfermagem**: A enfermagem se torna importante nesse processo de reabilitação ajudando o cliente, *principalmente, idoso, a retomar sua capacidade funcional, independência e autonomia avaliando as necessidades singulares dos indivíduos*. **Referências**: 1. North American Nursing Diagnosis Association Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed, 2010.

Descritores: Enfermagem; Enfermagem Perioperatória; Diagnóstico de Enfermagem
Eixo 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM

¹ Mestranda em Ciências do Cuidado 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: shimmeneskp@gmail.com

² 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

³ Professora Titular do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista de Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Líder do Grupo de pesquisa: Fundamentos filosóficos, teóricos e tecnológicos do cuidar em saúde e enfermagem. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: ira-ci.s@terra.com.br

⁴ Acadêmicas de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Bolsistas de Iniciação Científica. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense - GESAE-UFF. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica - NEPEG



Trabalho 246

GERÊNCIA E ASSISTÊNCIA: O PAPEL DO ENFERMEIRO NA SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO¹

Janara Caroline Ribeiro²

Carmen Liliam Brum Marques Baptista³

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica utilizada pelo enfermeiro para a realização do processo de enfermagem na prática gerencial do cuidado¹. Sua utilização confere maior segurança ao paciente, oferece subsídios para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico e organiza o trabalho da enfermagem, assegurando melhor qualidade assistencial, além de aumentar a autonomia do enfermeiro e proporcionar maior confiabilidade e visibilidade à profissão, na prática em saúde^{1,2}. A gerência do cuidado de enfermagem compreende tanto ações gerenciais quanto assistenciais^{3,4}. Entretanto, muitos enfermeiros ainda consideram gerenciar e cuidar como atividades dicotômicas e acreditam que a gerência os distancia de sua ação principal, valorizando e priorizando as ações desenvolvidas diretamente ao paciente. Nesse sentido, o cuidado indireto, apesar de ser uma ação essencial e primária à implementação do cuidado direto, muitas vezes, ainda é pouco compreendido como uma dimensão complementar do processo de cuidar^{4,5}. **Objetivo:** Compreender como os enfermeiros desenvolvem a gerência do cuidado de enfermagem em sua prática diária, identificando se as ações que realizam para viabilizar este processo são desenvolvidas de forma sistematizada. **Método:** Realizou-se um estudo de caso múltiplo, descritivo e exploratório, em três instituições hospitalares (A, B e C) de um município de grande porte catarinense, que implantaram a SAE eletronicamente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Participaram do estudo dois enfermeiros e uma enfermeira, um de cada UTI. A coleta de dados foi realizada através de observação e entrevista semi-estruturada, utilizando-se da triangulação metodológica para a análise dos dados. A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética da Universidade Regional de Blumenau (FURB), sob parecer 177/11, e seguiu todas as prerrogativas éticas da Resolução CNS 196/96. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos, iniciou-se a coleta de dados. **Resultados:** Os resultados apontam que nas três instituições o cuidado é sistematizado por meio de prontuário eletrônico, utilizando o mesmo software de gestão. As três instituições apresentam a implantação completa da SAE, sendo que uma delas iniciou este processo há dez anos e utiliza apenas a ferramenta eletrônica para registro. As outras instituições estão num período de transição do registro em prontuário de papel para o eletrônico, tendo a implantação iniciada há pouco mais de dois anos. Dos três enfermeiros, apenas o enfermeiro da instituição A não estudou a SAE durante a graduação, estando formado há mais de 10 anos. Os outros dois têm de 5 a 10 anos de formados e relatam ter aprendido a metodologia durante a formação. Na instituição A, o enfermeiro pega plantão, verifica a classificação de pacientes, realizada pelo enfermeiro do turno noturno, faz a divisão de pacientes por técnico de enfermagem (TE) de sua equipe e inicia a visita clínica aos pacientes. Durante as visitas, faz avaliações e delega cuidados ao TE responsável pelo paciente, discutindo os cuidados necessários e explicando como realizá-los. Ao mesmo tempo, também realiza cuidados que lhe são exclusivos. Após a visita, discute casos com a equipe médica e procede ao registro das ações. No prontuário eletrônico, inicia alterando

¹Este estudo faz parte do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, realizado em 2012, na Universidade Regional de Blumenau – FURB.

²Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde – GEPADES/UFSC. janara.ribeiro@posgrad.ufsc.br.

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFSC. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau. Orientadora do TCC.



Trabalho 246

informações referente ao histórico de enfermagem, passando à prescrição dos cuidados e, em seguida, à evolução. Nesta instituição, a etapa de diagnósticos não é registrada, embora o enfermeiro afirme realizar mentalmente e, às vezes, descrever em sua evolução. Na instituição B, o enfermeiro pega plantão, realiza a visita clínica e procede ao registro das informações. No sistema, inicia alterando os dados do histórico que são necessários e das informações do histórico é gerada uma lista de diagnósticos, os quais são priorizados pelo enfermeiro de acordo com a sua avaliação clínica para então ser gerada a prescrição de cuidados. Depois disso, é realizada a evolução do paciente. Nesta instituição, o enfermeiro relata que a SAE contribui para a execução do cuidado, descrevendo-a como uma metodologia puramente assistencial, embora realize o planejamento das ações, ao priorizar os diagnósticos. Já na instituição C, a enfermeira pega plantão e inicia o histórico dos pacientes, segundo ela, copiando as informações do dia anterior quando o paciente já está internado há dias. Se baseia nas informações que recebeu no plantão para “alimentar” o sistema, as quais geram uma lista de diagnósticos de enfermagem que, por sua vez, darão origem à prescrição. Todos os relatórios gerados pelo sistema são impressos pela enfermeira, que relata fazer isso todos os dias, para todos os pacientes, o que toma muito tempo de sua rotina, por isso, procura agilizar o processo copiando as informações. Depois disso, procura auxiliar nos procedimentos técnicos, exclusivos ou não a sua função, pois com isso relata conseguir realizar o planejamento do cuidado. Ela descreve a SAE como uma atividade burocrática, que precisa ser feita porque foi normatizada pela instituição. **Considerações finais e implicações para a enfermagem:** Os relatos apresentam certa confusão conceitual em relação aos processos gerencial e assistencial, inclusive no que diz respeito à articulação desses processos para a gerência do cuidado, reforçando a dicotomia existente entre esses processos apresentada pela literatura^{4,5}. Percebe-se pouco entendimento das ações gerenciais como parte do papel do enfermeiro, tanto quando os sujeitos afirmam ser o cuidado direto ao indivíduo a sua principal função, como quando descrevem a SAE como ações meramente burocráticas, impostas pela instituição. Ainda é necessário entender que a metodologia engloba as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro na sua implementação, já que apenas um dos enfermeiros relatou a sua importância para o planejamento, execução e avaliação do cuidado, o que demonstra que a gerência do cuidado por meio da sistematização da assistência ainda é incipiente. O entendimento parcial da SAE enquanto ferramenta de gestão fragiliza a assistência de enfermagem. Além disso, a pouca aceitação em articular os cuidados direto e indireto indicam a necessidade de explicitar aos profissionais a organização do seu trabalho e a necessidade de utilizar metodologias científicas para a sua realização. Desta forma, este estudo contribui para o enfrentamento de questões que precisam ser discutidas constantemente na profissão, a fim de buscar a efetivação de suas práticas e de contribuir para um cuidado de qualidade à população.

Referências:

1. Tannure, MC, Pinheiro, AM. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
2. Sampaio LABN. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta de gestão. In: Harada MJCS (Org.). Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2011. p. 125-132.
3. Felli, VEA, Peduzzi, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant, P (coord.); Gerenciamento em enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 1-12.



Trabalho 246

4. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 258-65
5. Willig MH, Lenardt MH. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. *Cogitare Enferm*. Curitiba: jan./jun. 2002. V.7, n.1, p. 23-29.

Descritores: Gerência. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Papel do Enfermeiro.

Eixo temático 4 – Gestão em Enfermagem.



Trabalho 247

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE NO ATENDIMENTO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Dionísia Mateus Gazos¹, Roberta Meneses Oliveira², Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão³, Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva⁴, Sherida Karanini Paz de Oliveira⁵

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das principais causas de mortalidade no Brasil e no mundo e a principal causa de lesão permanente em adultos¹. Trata-se de doença que gera déficits funcionais e cognitivos, mudança de personalidade ou comportamental e de comunicação. Nessa perspectiva, uma equipe interdisciplinar torna-se necessária para proporcionar cuidados de qualidade, devendo estar atualizada em relação à temática e à introdução de novas tecnologias². Nos últimos anos, a implementação de unidades especializadas em AVE foi associada à redução de mortes e sequelas graves. Uma revisão sistemática confirmou redução significativa na letalidade (redução absoluta de 3%), dependência (aumento de 5% de sobreviventes independentes) e na necessidade de cuidados institucionais (redução de 2%) em doentes tratados em unidades de AVE, comparados com doentes tratados em enfermarias gerais³. São componentes característicos dos cuidados nas unidades de AVE: avaliação médica e diagnóstica; cuidados precoces e reabilitação contínua². Ao priorizarem pela excelência do serviço, essas unidades objetivam minimizar o tempo de internação e sequelas decorrentes do adoecimento, estabelecendo padrões necessários que servem como base para construção de tais unidades ao redor do mundo, sempre com foco na qualidade e segurança do paciente. **Objetivo:** avaliar a cultura de segurança em unidade de alta complexidade no atendimento ao AVE e identificar domínios fortes e críticos/problemáticos implicados nessa segurança. **Descrição metodológica:** trata-se de recorte de pesquisa de maior abrangência (projeto guarda-chuva), de abordagem quantitativa, analítica e transversal. O local do estudo foi uma unidade especializada em tratamento do AVE, no maior hospital público da rede terciária do SUS em Fortaleza-CE. Para a coleta de dados, aplicou-se questionário elaborado pela Agência Americana de Qualidade em Saúde (ARQH) e validado para língua portuguesa (Questionário Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente)⁴. É um questionário autopreenchido, com distribuição multidimensional (12 dimensões), composto por 42 itens, incluindo, ainda, duas variáveis de item único: grau de segurança do doente e número de eventos notificados nos últimos 12 meses. Apresenta-se como Escala *Likert*, graduada em cinco níveis para os 42 itens, desde “discordo fortemente ou nunca” (1) até “concordo fortemente ou sempre” (5). Os resultados expostos, neste recorte, tratam dos dados obtidos com a aplicação dos questionários respondidos por 21 enfermeiros entre fevereiro a maio de 2013. Os critérios de inclusão dos profissionais foram: ser enfermeiro assistencial e trabalhar na unidade há, pelo menos, um ano. A análise e interpretação dos resultados seguiu a metodologia proposta pela ARQH:

¹Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE. E-mail: dionisia_gazos@hotmail.com

²Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Professora substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. E-mail: menesesroberta@yahoo.com.br

³Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Professora assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. E-mail: ilsetigre@hotmail.com

⁴Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (PPGENF/UFC). E-mail: samia_jardelle@yahoo.com.br

⁵Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do PPGENF/UFC. Professora substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. E-mail: karanini@yahoo.com.br



Trabalho 247

considerado como principal indicador de análise o percentual de respostas positivas específicas na dimensão ou item. Os resultados positivos acima de 75% classificam esse aspecto da Cultura de Segurança como forte (muito bom nível), inferiores a 50% representam áreas problemáticas/aspectos críticos. Por último, os resultados entre 50% e 75% foram encarados como oportunidade para melhorias. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (Protocolo nº. 181.754). **Resultados:** Fizeram parte da pesquisa 21 enfermeiros, a maioria com tempo de formação recente na área (1 a 5 anos) (88,9%); tempo de atuação também recente na unidade (1 a 5 anos) (95,2%); e carga horária semanal de 20 a 39 horas de trabalho (57,1%). Dos 42 indicadores da cultura de segurança analisados, 14 apresentaram percentual muito bom de resposta positiva (>75%); 13 localizaram-se no intervalo entre 50% e 75%, caracterizando percentual bom de resposta positivas; e 11 apresentaram-se como aspectos críticos/problemáticos, ao ser evidenciado percentual positivo inferior a 50%. Na seção E, a maioria dos enfermeiros (76,2%) atribuiu grau “muito bom” ou “excelente” à Segurança do Paciente no serviço. Quanto aos indicadores que apresentaram resultado muito bom de resposta positiva, a dimensão mais prevalente foi a do trabalho de equipe na Unidade/Serviço. Os enfermeiros concordam que existe apoio mútuo (90,5%), cooperação frente ao excesso de trabalho (95,2%) e respeito (100%). Além da dimensão de Expectativa/ações da chefia/supervisão na promoção da segurança, em que o gerente aceita sugestões para melhorias, respeita o tempo de execução do serviço e considera os problemas de segurança. Uma dimensão a ser ressaltada foi a aprendizagem organizacional e melhoria contínua: os profissionais relataram que estão sempre fazendo algo para melhorar a segurança do paciente, que os erros têm levado a mudança positiva e a implantação de mudanças para melhorar a efetividade. Outra dimensão em destaque foi a passagem de turno/transfêrencia de doentes: enfermeiros consideram a passagem de plantão tranquila, afirmando que as informações não se perdem. Isso significa que tais atividades são devidamente contemplados em sua unidade, associando-os a um bom nível de segurança do paciente. Considera-se que os indicadores que precisam de maior atenção por parte dos gestores, definidos como críticos, estavam inseridos nas dimensões como recursos humanos efetivos e cultura não-punitiva diante do erro. Os enfermeiros concordaram que o quadro de funcionários trabalha mais que o desejável para o cuidado do paciente; que a instituição utiliza mais funcionários terceirizados; que há resposta punitiva aos erros, pois estes podem ser usados contra o funcionário; e que as pessoas tem medo de que seus erros possam ser inscritos na ficha funcional. O apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente foi uma dimensão que demonstrou também aspecto crítico, pois apenas 38,1% dos enfermeiros concordaram que a administração do hospital propicia um clima favorável à segurança do paciente. Tal dimensão demonstra a importância do apoio hospitalar e que uma boa coordenação entre unidades são imprescindíveis para a segurança do paciente. **Conclusão:** a segurança do paciente apresentou-se como um fator muito bom da qualidade do cuidado na unidade de referência em atendimento ao AVE do hospital analisado. Os enfermeiros apresentaram boas expectativas em relação aos domínios da segurança como o trabalho em equipe e a passagem de plantão, aspectos que merecem destaque e valorização por parte dos gestores. Entretanto, faz-se necessário um maior investimento por parte do hospital para consolidar a cultura de segurança, principalmente no que tange à cultura não punitiva diante do erro e ao trabalho coordenado entre as unidades. **Contribuições/implicações para a enfermagem:** estudo da cultura de segurança em unidade de elevado conceito e padrão de excelência no atendimento a vítimas de AVE possibilitou estabelecer um diagnóstico situacional da implementação e manutenção dos atributos da qualidade implicadas nos processos de certificação dos hospitais públicos, sendo um propulsor de constantes melhorias para a unidade e para os demais serviços que prestam atendimento a vítimas de AVE. Além disso, estimula o enfermeiro à avaliação do cliente, diagnosticando os fatores de risco para



Trabalho 247

evento adverso, desde o momento da consulta até seu tratamento hospitalar. **Referências:** 1. Organização Mundial da Saúde. Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais da atenção primária à saúde. Artmed; 2007. 2. Langhorne P, De Villiers L, Pandian FD. Applicability of stroke-unit care to low-income and middle-income countries, *The Lancet Neurology* 2012; 11(4):341–8. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442212700248>>. Acesso em 20/05/13. 3. ESO. The European Stroke Organization. Executive Committee and the ESO Writing Committee 2008. Recomendações para o tratamento do AVE isquêmico. Disponível em: <http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf>. Acesso em 20/11/12. 4. Clinco SDO. O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. Dissertação mestrado - Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2007. 98p.

Descritores: acidente vascular encefálico, enfermagem, gerenciamento de segurança.

EIXO 4: Gestão em Enfermagem



Trabalho 248

Humanização da Assistência Hospitalar: uma Ferramenta para Gestão do Cuidado de Enfermagem

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório que avaliou a percepção do paciente sobre o cuidado humanizado antes e após a realização de um treinamento para funcionários de uma unidade cardiointensiva do Hospital Barra D'Or. Após analisar os dados coletados de 30 pacientes por meio de um questionário preenchido na forma de entrevista concluiu-se que o programa de humanização da assistência implantado nesta UTI através da campanha de instrução para os colaboradores foi efetivo, mostrando que houve uma melhora significativa ($p < 0,05$) sobre a atenção dada ao paciente pelos profissionais de saúde ($\Delta\% = 38,1\%$, $p = 0,031$), pelo esclarecimento sobre o quadro clínico dos clientes ($\Delta\% = 25\%$, $p = 0,021$). Além disso, verificou-se melhoras para a temperatura adequada ($\Delta\% = 40\%$, $p = 0,008$) e diminuição de ruídos relacionados ao ambiente ($\Delta\% = 52,6\%$, $p = 0,002$).

Descritores: Enfermagem, humanização da assistência; cuidados de enfermagem; unidade de terapia intensiva.



Trabalho 249

A ENFERMAGEM NA GESTÃO DA VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO, NO PARANÁ

Lúcia Helena Linheira Bisetto¹, Suely Itsuko Ciosak²

Introdução: a atuação da enfermagem na gestão do programa de imunização está voltada, principalmente, à sala de vacinação, sendo ainda incipiente na vigilância epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação⁽¹⁾, o que motivou este estudo. **Objetivos:** identificar a notificação de EAPV nos municípios do Paraná e analisar a atuação da enfermagem na gestão da vigilância destes eventos. **Método:** pesquisa descritiva documental, quantitativa, utilizando dados secundários do SI-EAPV e da relação de gestores municipais do Programa de Imunização e da vigilância de EAPV, no Paraná, em 2012. Critérios de inclusão: casos de EAPV. Estimadas frequências absoluta e relativa. **Resultados:** nos 399 municípios do Paraná o programa de imunização é coordenado pela enfermagem, igualmente na vigilância de EAPV, com exceção de um dos municípios. Em 2012 foram administradas 5.942.819 doses de imunobiológicos e notificados 1.039 EAPV por 90 municípios (22,6%), restando 309 (77,4%) silenciosos. **Discussão e conclusão:** apesar da enfermagem ter assumido as coordenações da imunização e da vigilância de EAPV, necessita melhorar seu desempenho. Considerando que as vacinas podem causar EAPV (DTP - 1 caso para 2 doses aplicadas)⁽¹⁾, o número de municípios sem registros de EAPV sugere problemas no gerenciamento, tanto da vigilância, quanto do programa de imunização. Isto ocorre, provavelmente, pela dificuldade de articulação destes coordenadores com os profissionais da assistência, priorizando ações burocráticas e a supervisão focada no controle⁽²⁾. Recomenda-se, rotineiramente, correlacionar doses aplicadas com EAPV, e realizar educação permanente em EAPV para todos os profissionais envolvidos com imunização.

Descritores: Enfermagem em saúde pública. Epidemiologia. Efeitos adversos.

Eixo 4: GESTÃO EM ENFERMAGEM

Referências

1. Bisetto LH, Cubas M, Malucelli A. A prática da enfermagem frente aos eventos adversos pós-vacinação. Rev Esc Enferm USP 2011;45(5):1128-34.
2. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Texto Contexto Enferm, 2009 Abr-Jun; 18(2): 258-65

¹ Enfermeira. Doutoranda do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Enfermeira do Programa de Imunização da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. lucia.bisetto@usp.br

² Enfermeira. Doutora. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. siciosak@usp.br



Trabalho 250

LEVANTAMENTO DA PRINCIPAL CAUSA DE PERDAS DE IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS NO PARANÁ: UM SUBSÍDIO PARA A ENFERMAGEM

Fernanda Crosewski¹

Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira²

Angelita Visentin³

Camila F. de Souza⁴

Erica Dangui Mottin⁵

Introdução: Os imunobiológicos especiais são produtos de alto de custo para a saúde pública, sendo responsabilidade do enfermeiro gerencia-los, garantindo sua conservação até o momento de sua administração ⁽¹⁾. **Objetivo:** Identificar a principal causa de perdas evitáveis de imunobiológicos especiais no Paraná. **Método:** Trata-se de pesquisa retrospectiva, descritiva documental, quantitativa, com coleta de dados por meio do Sistema de Informação de Apuração de Imunobiológicos Utilizados (SI-AIU) ⁽²⁾, mediante utilização do Relatório de Movimentação de Imunobiológico dos 399 municípios do Paraná no período de 2009 a 2012. Foram incluídas apenas os imunobiológicos especiais disponibilizados pelo Programa Nacional de Imunização. **Resultados:** Neste período foi perdido um total de 163.691 doses de imunobiológicos especiais, tendo como principal causa identificada a validade vencida, com 87% das doses. **Conclusão:** Os imunobiológicos especiais são disponibilizados para administração nos serviço de saúde quando existe uma indicação médica, e/ou situação de emergência, como o caso das imunoglobulinas e os soros heterólogos. Uma vez que a enfermagem gerencia estes imunobiológicos, sugere-se rever a organização no processo de trabalho em enfermagem quanto às solicitações destes imunobiológicos, a fim de se reduzir este tipo de perda considerada como evitável, o que pode acarretar em desabastecimento do produto, o qual é destinado a pacientes com quadros clínicos especiais.

Descritores: Enfermagem, Vacinas, Refrigeração.

Eixo 4: Gestão em Enfermagem

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional da Saúde. Manual de rede de frio. 4ªEd.: FUNASA. Brasília; 2011
2. Ministério da Saúde (BR). Sistemas de Informação do Programa Nacional de Imunizações SI-PNI; 2012.

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas do Brasil – Unibrasil. nanda.cwk@gmail.com

² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. Professora do Curso de Graduação das Faculdades Integradas do Brasil – Unibrasil;

³ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Coordenadora do curso de enfermagem das Faculdades Integradas do Brasil – Unibrasil

^{4,5} Acadêmicas do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas do Brasil – Unibrasil



Trabalho 251

IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA

Tânia Mara N. de Miranda Engler¹, Anária Gomes Suzart², Denismar Borges de Miranda³, Juliana Dias Martins³

Introdução: ao longo dos anos a enfermagem vem acompanhando diferentes mudanças no âmbito social, político, tecnológico, das relações interpessoais e acima de tudo, na forma de organizar sua assistência. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), surge como metodologia de suporte para o enfermeiro no seu exercício profissional. Algumas instituições de saúde brasileiras utilizam a SAE na modalidade de Processo de Enfermagem (PE), o qual é dinâmico, com ações sistematizadas e interrelacionadas. Em linhas gerais, o PE tem como foco a resolução de problemas, objetivando atender as necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem da pessoa e/ou comunidade. Sendo assim, o treinamento em serviço de toda equipe de enfermagem, quanto à utilização da SAE e PE, torna-se uma realidade emergente nas instituições de saúde. Embora o PE seja um modelo de organização de trabalho frequentemente adotado pelos enfermeiros, destaca-se também a relevância do envolvimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem na implementação e continuidade metodológica do trabalho. A assistência de enfermagem pautada no PE além de instrumentalizar esta categoria para a prática, facilita no desenvolvimento científico e satisfaz as exigências legais do exercício profissional no Brasil, conforme preceitua a resolução COFEN nº. 358/2009. **Objetivo:** descrever o processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem em um programa de reabilitação neurológica. **Descrição metodológica:** trata-se de um relato de experiência sobre a metodologia de implantação da SAE em um programa de reabilitação neurológica de um hospital em Brasília, no Distrito Federal. Esse processo teve início em janeiro de 2012, e por ser dinâmico, mantém-se até os dias de hoje. É direcionado a equipe de enfermagem do programa, composta por 33 enfermeiros e 12 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. **Resultados:** a implantação ocorreu em três fases, sendo a segunda

1Doutoranda. Enfermeira do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil. E-mail: tania0877@hotmail.com.

2Enfermeira do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil.

3Mestre. Enfermeiro do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil.



Trabalho 251

fase dividida em cinco etapas, todas descritas a seguir. A primeira fase denominada “Grupo de Estudos de SAE” constituiu-se a partir da organização de três enfermeiros do programa em pesquisar os principais conceitos necessários para a elaboração de um planejamento de treinamento em serviço. Nesse momento também foram discutidas as teorias de enfermagem que mais se aproximavam da prática de enfermagem em neuroreabilitação, optando-se pelas teorias do Autocuidado e Adaptação. Para a segunda fase - “Treinamento em Serviço”, foi elaborado um cronograma com todas as atividades, além de viabilizar a participação dos enfermeiros conforme adaptação das escalas de trabalho. Optou-se pela divisão dos enfermeiros em dois grupos, com utilização de metodologia de aula expositiva e discussão circular, favorecendo maior envolvimento e aprendizado dos mesmos. O objetivo do treinamento foi a sensibilização da equipe quanto aos assuntos iniciais para a implantação da SAE. Esta fase foi composta por cinco encontros para cada grupo, assim descritos. A primeira etapa intitulada “Abordagem Teórica” foi compreendida pela apresentação e discussão da temática dividida em quatro aulas expositivas: 1) “SAE, modelos teóricos na Enfermagem e paradigmas”, 2) “Teoria da Adaptação e do Autocuidado”, 3) “SAE e Processo de Enfermagem” e 4) “Terminologias de Enfermagem”. Esta quarta aula, objetivou a abordagem das principais terminologias utilizadas pela enfermagem no panorama internacional e nacional, com ressalva para a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®), terminologia esta adotada pelo grupo como taxonomia aplicada. Na sequência, observou-se a necessidade de abordar sinteticamente as temáticas supracitadas junto aos técnicos e auxiliares de enfermagem, objetivando esclarecer conceitos da SAE, respaldos legais e suas possibilidades de atuação. A segunda etapa “Estudo de Caso Dirigido” constituiu-se na discussão e elaboração, com cada grupo, do PE em neuroreabilitação de uma paciente com seqüela de Acidente Vascular Cerebral (AVC), que incluiu o detalhamento da coleta de dados, reflexão diagnóstica, prescrição e intervenções de enfermagem conforme a CIPE® versão 2.0. Já a terceira etapa compreendeu no treinamento de mais sete enfermeiros para compor o grupo de estudo, totalizando dez enfermeiros. Este contingente de dez enfermeiros, além de representar o grupo de estudo da SAE no setor, tornaram-se os responsáveis pelas auditorias do PE. Ressalta-se que este grupo se reúne sistematicamente a cada 15 dias, para o aperfeiçoamento do conteúdo científico e padronização de nomenclaturas, conforme a CIPE®, em neuroreabilitação. A quarta etapa “Supervisão do Planejamento de Enfermagem”, constituiu-se na elaboração individual de plano de cuidados com cada um dos enfermeiros assistenciais sob a supervisão de um enfermeiro auditor. Quinta e última etapa consistiu no empoderamento dos enfermeiros assistenciais para o planejamento



Trabalho 251

da SAE com elaboração dos planos de cuidados individualizados para cada paciente. A terceira fase, que se encontra em andamento, consiste na implementação e avaliação permanente das fases anteriores, bem como aprofundamento de conhecimento com toda equipe. Vale ressaltar que após seis meses da fase inicial de implementação, foi realizado a primeira avaliação sistemática de implantação do PE. Na oportunidade foram observadas algumas limitações da equipe na construção de nomenclaturas taxonômicas CIPE[®], justificada em parte, pelo pouco contato durante sua formação acadêmica. Visando sanar esta demanda, promoveu-se um novo encontro (no laboratório de informática) objetivando a prática da construção do PE e validação interna das terminologias aplicadas em reabilitação neurológica. Esta fase prevê ainda a educação permanente em serviço com realização mensal de encontros científicos, denominados Clube de Revista. Dentre as temáticas vislumbradas a curto prazo, almeja-se maior aprofundamento das teorias de Callista Roy e Dorothea Oren; elaboração de catálogos de terminologias CIPE[®] de diagnósticos, resultado e prescrições de enfermagem em reabilitação neurológica; validação interna e externa das nomenclaturas, e outros temas afins conforme a necessidade observada. Conclusões: a metodologia utilizada foi fundamental para iniciarmos o processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem em um programa de reabilitação. Tal experiência tem possibilitado o engrandecimento profissional de todos os membros da equipe de enfermagem envolvidos. Apesar das dificuldades encontradas, todos os obstáculos foram vencidos a custo da união da equipe, que teve a oportunidade de vivenciar um preparo técnico-científico, melhorando assim a qualidade da assistência para com o paciente, bem como a documentação e registro de todas as etapas do processo. Acredita-se que esta trajetória sirva de guia para outros serviços em fase de implantação da SAE em suas unidades. Independente do momento que estejam, o mais importante é que experiências como estas ampliem a visão e reconhecimento da enfermagem brasileira.

Palavras chaves: enfermagem em reabilitação; modelos de enfermagem; processo de enfermagem.

Eixo temático: 2- Gestão em Enfermagem

Referências

1 Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm 2006;59(5): 675-9.



Trabalho 251

2 França FCV, Kawaguchi IAL, Silva EP, et al. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para enfermagem: relato de experiência. Rev Eletronica de Enfemagem 2007;9(2):537-46.

4 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 252

AUSÊNCIA DO USO FORMAL DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

FERRAZ, Sheila Cristina da Silva¹; MARTINS, Eliane Cândida²; ARGENTA, Maritê Inês³.

Introdução: Todo fazer da enfermagem, seja assistencial ou gerencial, necessita de conhecimento e de um marco teórico como mediador crucial de toda e qualquer ação, principalmente, com relação ao Processo de Enfermagem (PE). **Objetivo:** identificar a base teórica utilizada pelos serviços de enfermagem nas instituições hospitalares estudadas. **Metodologia:** estudo realizado com gerentes de enfermagem de nove hospitais públicos da 18ª Regional de saúde do Estado de Santa Catarina, sobre a utilização de uma teoria de enfermagem para sustentar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). **Resultados:** Foi identificada a ausência formal das teorias de enfermagem nas instituições pesquisadas, sendo que duas delas apresentaram suas teorias validadas. **Conclusão:** a ausência de uma teoria de enfermagem pode estar relacionada com as etapas que envolvem a eleição de um referencial teórico onde implica em conhecimento das teorias de enfermagem, análise e discussões entre o grupo, viabilidade do modelo teórico ao contexto da aplicação. **Contribuições para enfermagem:** a abordagem de uma teoria como elo norteador de enfermagem com a prática científica é o único meio de tornar científico o fazer tão necessário para garantir uma assistência segura de excelência.

Descritores: Conhecimento; Teorias de Enfermagem

Eixo 4: GESTÃO EM ENFERMAGEM

Referências

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Sistematização de assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Rev Bras Enferm.** v. 59, n. 5, p. 675-679, set-out, 2006.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <<http://novo.portalcofen.gov.br/index.php?s=358%2F2009>>=>. Acesso em: 07 de nov 2012

¹Acadêmica de enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá-SC. Email: shecrisenf@gmail.com

²Acadêmica de enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá-SC. Email: candida-preta.martins@hotmail.com

³Professora do Centro Universitário Estácio de Sá-SC. Email: argenta.marite@gmail.com



Trabalho 253

VIVÊNCIAS EM ESTÁGIO DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

ARAUJO, Cícero João¹; FERRAZ, Sheila Cristina da Silva²; MARTINS, Eliane Cândida³; MORAES, Cladis Loren Kiefer⁴; VENTURA, Fernanda Steinback⁵

Introdução: o estágio supervisionado em administração hospitalar implicou na fusão do ensino teórico da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) à prática da enfermagem. **Objetivo:** descrever a experiência de acadêmicos de enfermagem na utilização do PE e na implementação da SAE na prática utilizando o prontuário do paciente. **Metodologia:** relato de experiência, realizado em um hospital público da Grande Florianópolis/SC, no período de 09 de abril a 10 de maio de 2013, utilizando o prontuário eletrônico para a realização das etapas do PE. **Resultados:** ainda persiste certa resistência na utilização da SAE na prática diária da equipe de enfermagem. Houve a sensibilização e adesão da maioria da equipe de enfermagem do período diurno e de parte da equipe do período noturno na utilização do PE disponível em sistema eletrônico próprio. Surgiram algumas dificuldades, como a falta de familiaridade com o PE e a não utilização da ferramenta digital. **Conclusão:** a principal dificuldade na implantação do PE foi o manuseio do computador por alguns servidores, sendo que o PE facilita a organização da assistência, pois as informações podem ser visualizadas por qualquer membro da equipe multiprofissional, assegurando um bom atendimento humanizado e garantindo a integralidade da assistência. **Contribuições para a enfermagem:** A SAE proporcionou a aproximação do PE e a prática assistencial e o treinamento da equipe para a utilização do PE eletrônico.

Descritores: Capacitação; Administração de Serviços de Saúde, Enfermagem

Eixo 4: GESTÃO EM ENFERMAGEM

Referências

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº. 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: Acesso em:

Ferreira JCOA; KURCGANT P. Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo de ensino na visão e seus gestores. Acta Paul. Enferm. 2009; 22(1):31-6.

¹ Acadêmico de enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá-SC. Email: ciceroarauhojc@hotmail.com

² Acadêmica de enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá-SC. Email: shecrisenf@gmail.com

³ Acadêmica de enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá-SC. Email: candidapreta.martins@hotmail.com

⁴ Dra. em Farmacologia Professora do Centro Universitário Estácio de Sá – SC. Email: cladismoraes@uol.com.br

⁵ Acadêmica de enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá-SC. Email: fernandasteinback@yahoo.com.br



Trabalho 254

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E A REPRESENTATIVIDADE SOCIAL DO GESTOR LOCAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Sheila Cristina Silva Ferraz¹

Eliane Cândida Martins ²

Cícero João Araújo ³

Isabel Cristina dos Santos Oliveira ⁴

Introdução: A Unidade Básica de Saúde (UBS) promove a descentralização e capilaridade dos atendimentos, é a porta de entrada e a comunicação com toda a rede¹ de saúde e um dos mecanismos de organização desses serviços é o Diagnóstico Situacional em Saúde². **Objetivos:** Descrever a experiência vivenciada pelos acadêmicos de enfermagem em avaliar as potencialidades e fragilidades das UBS e o papel do coordenador via Diagnóstico Situacional. **Descrição metodológica:** Trata-se de um projeto de diagnóstico situacional realizado em 04 UBS do município de São José/SC, no período de 28/02 a 15/03 de 2013, em parceria do Centro Universitário Estácio de Sá e Secretaria de Saúde deste município. **Resultados:** Observou-se alta rotatividade dos gestores e a ineficiência da padronização do processo de trabalho, os protocolos não são seguidos, além da educação permanente ser insipiente. As estruturas físicas estão em desacordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde e a Sistematização da Assistência de Enfermagem ainda não está implantada. **Conclusão:** O processo de trabalho ocorre de forma fluente quando o gestor conhece a unidade e sua população adscrita reafirmando a sua responsabilidade social. Há, também, necessidade de adequação física e de instrumentos de trabalho em prol de uma assistência qualificada e eficiente. **Contribuição para enfermagem:** As competências e atribuições do gestor de uma UBS vão além das habilidades técnicas, inclui conhecer as legislações nacionais de saúde, seus princípios e diretrizes asseguram a excelência na assistência.

Referências bibliográficas.

BRASIL, Ministério da Saúde. Documento Síntese para Avaliação Externa. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Saúde mais perto de você - acesso e qualidade - Brasília: 2012.

MATUS, Carlos; Franco Huertas. O método PES: entrevista com Matus. 1ed. São Paulo: Fundap, 1996. 139p.

Descritores: Estágio em gerenciamento; Gestão em saúde; Diagnóstico Situacional.

¹Acadêmica de enfermagem da 8ª fase do Centro Universitário Estácio de Sá -SC. E-mail: shecrisenf@gmail.com

²Acadêmica de enfermagem da 8ª fase do Centro Universitário Estácio de Sá- SC.

³ Acadêmico de enfermagem da 8ª fase do Centro Universitário Estácio de Sá- SC.

⁴ Enfermeira Mestre em Saúde Pública.Especialista em Saúde Pública, Gestão dos Serviços de enfermagem e Formação Pedagógica em Educação Profissional – Enfermagem.Professora Assistente Faculdade Estácio de Sá - São José/SC. Tutora especialização Saúde da Família - Unasus - Unifesp.



Trabalho 255

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UM INSTRUMENTO DE GESTÃO.

Sheila Cristina Silva Ferraz¹

Eliane Cândida Martins²

Maritê Inez Argenta³

Introdução: O gerenciamento é uma das dimensões do processo de trabalho da enfermagem, com o objetivo de organizar a assistência utilizando instrumentos como o planejamento, a supervisão, a liderança, a coordenação, o controle e a direção. Um dos instrumentos que tornam a gestão em enfermagem mais eficaz, com assistência de qualidade é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Ao utilizar a SAE o profissional enfermeiro gerencia e otimiza a assistência de enfermagem de forma organizada, segura, dinâmica e competente¹. Com o intuito de tornar a linguagem dos enfermeiros universal e garantir uma assistência de enfermagem mais qualificada, a resolução do Cofen nº. 358 de 2009 estabelece a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em áreas, públicas ou privadas, em que se realiza o cuidado profissional de enfermagem². Os enfermeiros gerentes são peças fundamentais para o desenvolvimento da SAE, por facilitar a assistência de enfermagem e por sua responsabilidade e envolvimento com o desempenho da equipe. Objetivo: Compreender a SAE como instrumento de gestão na ótica dos gestores de enfermagem. Descrição metodológica: Trata-se de uma abordagem qualitativa e os dados foram coletados na forma de entrevista semi-estruturada, com nove enfermeiros gestores da 18ª Regional de Saúde do Estado de Santa Catarina. A análise dos dados foi realizada a partir da proposta de Minayo. A aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa se deu pelo número 208.154. Resultados: A SAE como instrumento de gestão foi apontada como uma das categorias durante o estudo, ao consideramos que o emprego de uma metodologia de assistência é ideal para a qualidade da assistência e auxilia no gerenciamento de enfermagem. A utilização da SAE como ferramenta e as suas metodologias para implantação do processo de enfermagem, são essenciais para assegurar a qualidade dos serviços prestados, e avaliar a assistência de enfermagem³. Os participantes do estudo confirmam essa afirmação. *Eu acho que ajudaria muito [...] a sistematização como uma organização científica de cada etapa do trabalho [...] vai dar visibilidade ao nosso trabalho de enfermagem, encima de uma base científica [...] (E2). Questão de você poder ter essa cobrança padronizada onde o serviço é sistematizar segue-se os protocolos a cobrança ela é feita mais direta e ela é mais visível, até no resultado com o próprio paciente, hoje é muito difícil você cobrar a qualidade num hospital onde cada unidade tem uma maneira de trabalhar [...] (E5). É o todo não tem como separar uma coisa da outra essa segurança, essa organização vem no grupo como todo e a gestão faz parte disso, tanto na parte da educação, quanto na assistência e na parte administrativa eu percebo que deve ser uma coisa muito boa pra todas inclusive pra gestão [...] (E6). É ela é um indicador da pro atividade ela vai dizer*

¹Acadêmica de enfermagem da 8ª fase do Centro Universitário Estácio de Sá -SC. E-mail: shecrisnf@gmail.com

²Acadêmica de enfermagem da 8ª fase do Centro Universitário Estácio de Sá- SC.

³Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá - SC.



Trabalho 255

onde o enfermeiro está situado [...] na gestão me auxilia pra ver o que que o enfermeiro está fazendo onde ele ta inserido (E8).

Destacamos a SAE como ferramenta de gestão no sentido de ser um medidor de produtividade, em que pesa a avaliação constante do real quadro de pessoal disponível e necessário e o veículo de comunicação eficaz e científica dos saberes e práticas da enfermagem. A relevância da SAE como um instrumento de gestão parte da busca de conhecimento técnico e científico dos próprios enfermeiros, conhecimento este reconhecido como instrumento fortificador para a adesão da SAE⁴. Para concretizar esse conhecimento, as instituições devem fornecer capacitação aos profissionais, e nesse sentido, destacam-se algumas declarações nas falas dos participantes. *Pra implantar a SAE, eu tenho que estudar, sentar com o pessoal eu preciso de gente para trabalhar nesse setor de capacitação (E3). Se eu não tiver recursos humanos capacitados não adianta implantar nada (E5).* Dois pontos de suma importância para a implantação da SAE são: o conhecimento como um componente indispensável para a implementação da SAE; e a fragilidade das instituições de ensino em preparar melhor os acadêmicos ao apresentar uma metodologia científica para a implementação da SAE⁵. Os gestores apontam a SAE como um caminho para autonomia científica da assistência prestada pelos profissionais da enfermagem. Conclusão: O presente estudo considera a SAE como instrumento de gestão que visa a organização do processo de trabalho da enfermagem, bem como os componentes desse importante tripé método-pessoas-instrumentos que firma o compromisso com a produtividade e a qualidade da assistência. A sistematização da Assistência de Enfermagem é importante porque demarca um caminho a ser seguido pela equipe na busca da qualidade assistencial; proporciona a todos os elementos da equipe de Enfermagem a visualização das atividades a serem desenvolvidas e as formas utilizadas para a sua validação e medição da qualidade; subsidia a supervisão dos processos assistenciais utilizados e dos resultados destes junto aos clientes. Contribuição para enfermagem: A realização deste estudo demonstrou que implementar a SAE, como determina a legislação, é uma questão deontológica ao processo de trabalho do enfermeiro. O profissional enfermeiro é um profissional de suma importância para a manutenção das políticas de saúde, visto que o grupo que integraram esse estudo trabalha em prol da garantia do acesso e da qualidade da assistência ao indivíduo, família e ou comunidade.

Descritores: Enfermagem; Processo de Enfermagem; Gestão de Serviços de Saúde

Referências bibliográficas.

1. 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.

¹Acadêmica de enfermagem da 8ª fase do Centro Universitário Estácio de Sá -SC. E-mail: shecrisenf@gmail.com

²Acadêmica de enfermagem da 8ª fase do Centro Universitário Estácio de Sá- SC.

³Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá - SC.



Trabalho 255

2. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <<http://novo.portalcofen.gov.br/index.php?s=358%2F2009>>=>. Acesso em: 07 de nov 2012.

3. FULY, P. S. C.; LEITE, J. M.; LIMA, S. B. S. Correntes de pensamentos nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 61, n. 61, p.883-887, 2008.

4. FREIRE, E. M. R.; CARVALHO, C. C.; RESCK, Z. M. R. Sistematização da assistência de enfermagem no processo de trabalho hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. v.4, n. 2, p. 308-326, 2012.

5. FREITAS, G. F.; FUGULIN, F. M. T. FERNANDES, M. F. P. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm Usp.** São Paulo, v. 3, n. 40, p. 434-436, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a16.pdf>>. Acesso em: 26 nov 2012.

¹ Acadêmica de enfermagem da 8ª fase do Centro Universitário Estácio de Sá -SC. E-mail: shecrisenf@gmail.com

² Acadêmica de enfermagem da 8ª fase do Centro Universitário Estácio de Sá - SC.

³ Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá - SC.



Trabalho 256

TÍTULO: A IMPORTÂNCIA DO REGISTRO DE ENFERMAGEM PARA AUDITORIA E SEU IMPACTO NO CUIDADO COM O PACIENTE.

Larisse Lima Silva¹, Lorena Silva da Cruz ², Neila Reis da Silva³ e Tássia Peixoto Ribeiro⁴

INTRODUÇÃO: A anotação de enfermagem é o registro dos procedimentos realizados no cliente durante o período de atendimento deste profissional no ambiente hospitalar, estes registros devem conter todos os dados pertinentes a saúde geral do atendido, além de dados administrativos, propiciando a informações completas sobre o estado do paciente e as ações da equipe multidisciplinar sobre este, servindo de um importante instrumento para evitar as glosas hospitalares, melhorar a comunicação entre a equipe e dando continuidade a assistência. Este tipo de anotação, serve de ferramenta para avaliação e melhora do processo de cuidado da enfermagem e como tal deve ser valorizado. Objetivando estudar com mais afinco a importância do registro de enfermagem para Auditoria dos Serviços de Saúde e o seu impacto no cuidado como o paciente, este trabalho será desenvolvido na perspectiva da melhoria da assistência de enfermagem e do atendimento ao cliente. Nesta base, busca-se mostrar o significado do registro de enfermagem no prontuário com: a evolução de enfermagem, as checagens de medicações e as anotações de procedimentos e materiais utilizados relatados corretamente ao mesmo tempo em que as mesmas evitem glosas para a instituição. É por meio dos registros que os cuidados realizados são comprovados, permitindo a avaliação dos procedimentos assistências ao paciente por meio da auditoria, tendo em vista que, atualmente busca-se no mercado de trabalho, profissionais qualificados, que visem diminuir custos e proporcionar uma melhor assistência ao cliente.

OBJETIVO GERAL: Verificar as implicações relacionadas com o registro de enfermagem na Auditoria dos Serviços de Saúde e na assistência ao paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Conhecer o papel das anotações de enfermagem para auditoria no intuito de reduzir custos financeiros para instituições e para o paciente; Buscar informações para ampliar os conhecimentos sobre a Assistência de enfermagem e seus registros; Mostrar o significado do registro de enfermagem no prontuário; Analisar a relação entre Auditoria e o cuidado com o paciente.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA: O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de materiais publicados no período de 2000 a 2010, em periódicos científicos nacionais disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online

¹ Larisse Lima Silva – Categoria – Enfermeira; Titulação – Bacharel em Enfermagem; Instituição de Origem – FADBA – Faculdade Adventista da Bahia. Email – laryls@hotmail.com.

² Lorena Silva da Cruz - categoria- enfermeira, titulação- bacharel em enfermagem, Enfermeira coordenadora da Usf , instituição de origem – FADBA – Faculdade Adventista da Bahia.

³ Neila Reis da Silva - Categoria - fisioterapeuta, enfermeira, Titulação - especialista em saúde Pública, especialista de Ortopedia e Traumatologia, MBa em saúde do Trabalhador, Mestre em Gerontologia pela Universidad de Leon, na Espanha, professora de Saúde do Adulto e coordenadora da Faculdade de enfermagem Piitágoras de Feira de Santana.

⁴ Tássia Peixoto Ribeiro – Categoria – Fisioterapeuta, Titulação - mestranda do Programa de Pós Graduação PUC-PR, Especialista em Ortopedia Traumatologica Desportiva, Pós -graduanda em MBA em Auditoria em Saúde.



Trabalho 256

(SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Banco de Dados Bibliográficos da Faculdade Adventista de Bahia, que apresenta em seu acervo, periódicos nacionais com artigos pertinentes ao tema, sendo eles: Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Nursing, Revista Eletrônica de Enfermagem. Segundo Mascarenhas (2009).

RESULTADOS: O serviço de auditoria sempre esteve associado ao controle administrativo-financeiro das organizações. Erros em cobranças, gerando prejuízo financeiro à instituição de saúde, são relacionados à falha de registros de materiais e medicamentos utilizados, tanto pela equipe de enfermagem quanto médica. (1)

Hoje a auditoria é importante para subsidiar o planejamento das ações de saúde, sua execução, gerenciamento e avaliação qualitativa dos resultados. O que se busca atualmente é a auditoria da qualidade da assistência com redução de custos, agregando os valores financeiros aos valores qualitativos. (2)

O registro de cuidados de saúde do cliente foi e ainda é executado com a intenção de promover um meio de comunicação entre os membros do grupo de saúde, de modo a facilitar a coordenação e a continuidade do planejamento. O registro de enfermagem tem outras funções: Atua como registro legal e comercial da organização hospitalar e dos grupos de profissionais responsáveis pelo tratamento do cliente, serve de base para avaliação e eficiência, da qualidade das práticas em saúde, promovendo um dado útil de pesquisa, educação e planejamento a curto e longo prazo. (3)

A auditoria pode ser considerada um elemento essencial para mensurar a qualidade da assistência de enfermagem, oferecendo subsídios aos profissionais para (re) orientar suas atividades. (3) Scarparo complementa dizendo que o método de auditoria de enfermagem deve ser um guia com objetivos claros, que identifique pontos fracos do serviço.(5)

CONCLUSÃO: O enfermeiro como profissional mais qualificado para gerenciar o seu setor, deve ressaltar para equipe a necessidade de se fazer os registros de forma correta, legível, coerente, sem termos vagos. Pois, é através desses registros que a auditoria em enfermagem fará a avaliação da qualidade da assistência prestada e as cobranças das contas hospitalares. Os registros de enfermagem não devem ser encarados como um simples cumprimento de normas burocráticas, sendo passível de esquecimento. É necessário que a equipe de saúde responsável pelo cuidado tenha a real noção da importância desses registros e das implicações decorrentes do não preenchimento correto deste documento. Deve ser do interesse de toda equipe que o prontuário esteja preenchido adequadamente, no intuito de gerar informações precisas, pois diante de procedimentos não comprovados ou anotados de forma deficiente, repercutirá em glosas; a instituição será penalizada em seus resultados financeiros; a assistência prestada será incompleta pela falta de informações no prontuário; e o grupo terá dificuldades na sua comunicação.

CONTRIBUIÇÕES OU IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Um dos grandes objetivos da enfermagem é alcançar uma assistência sistematizada e humanizada para o paciente. E para alcançar tal objetivo, os enfermeiros necessitam aprimorar no que diz respeito aos registros de enfermagem, pois, através das anotações e evoluções de enfermagem que surgirá uma comunicação eficiente entre a equipe, possibilitando uma assistência de natureza holística e a individualizada. Pode-se observar que o registro de enfermagem é um dos pontos cruciais para o bom desempenho da equipe. A equipe de enfermagem, principalmente o enfermeiro deve zelar pelo conteúdo expresso nos registros, para que seja garantida a qualidade dos registros, bem como a continuidade da assistência e o não



Trabalho 256

surgimento de glosas hospitalares. Devendo ressaltar que é através do conteúdo presente nos registros que a comunicação interdisciplinar será favorecida beneficiando o paciente.

REFERÊNCIAS

1 BUZATTI, CV; CHICANCA, TC. Auditoria em enfermagem: erros e custos envolvidos nas anotações. **Rev Nursing**. 90(8):518-22. São Paulo(SP), Nov. 2005.

2 RIOLINO, NA; KLIUKAS, GBV. Relato de Experiência de Enfermagem no campo de Auditoria de Prontuário – uma ação inovadora. **Rev. Nursing**. 65(6):35-38. São Paulo(SP), Out. 2003.

3 BRUNNER, L; SUDDARTH, D. **Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico**. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ). Interamericana. 2005

4 FARACO MM, ALBUQUERQUE GL. Auditoria do método de assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, 57(4):421-4. Brasília (DF), jul-ago, 2004.

5 SCARPARO, AF; FERRAZ, CA. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Rev Bras Enferm**; 61(3): 302-5. Brasília, maio-jun, 2008.

DESCRITORES: Registros de Enfermagem; Auditoria de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem

Eixo 4: GESTÃO EM ENFERMAGEM



Trabalho 257

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO – RELATO DE EXPERIÊNCIA

André Luiz Gomes de Oliveira, Suzi da Silva Faria, Márcia Farias de Oliveira dos Santos, Nair Adriano, Zenith Rosa Silvino.

Relato de experiência de um grupo de enfermeiros na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um Hospital Público Pediátrico de Duque de Caxias. A motivação para a realização do trabalho surgiu da necessidade de mudar o perfil assistencial, institucionalizando a SAE. A sistematização é importante ferramenta da gerência do cuidado, possibilitando o desenvolvimento de uma prática profissional diferenciada¹. A primeira fase do trabalho, em 2005, foi para elaboração do Histórico de Enfermagem, a ser aplicado no momento da internação. A fase de teste do instrumento estendeu-se por 06 meses. Modificações foram realizadas e o instrumento foi validado. Sua utilização foi padronizada para todas as internações hospitalares. Participaram desta fase inicial 15 enfermeiros, 02 gerenciais e 13 assistenciais. Mudanças na Gerência determinaram a paralização do projeto. Com o retorno do grupo à gerência, em 2010, os trabalhos foram retomados. Foi determinada como atividade diária dos enfermeiros assistenciais a evolução de todas as crianças internadas. Normas e rotinas foram criadas/revisadas. Em 2011 a prescrição de enfermagem tornou-se obrigatória. Dando seguimento ao processo, formou-se em 2012 grupo de estudo para a identificação de diagnósticos utilizando a taxonomia da NANDA² e a aplicação do referencial de Horta³ para guiar a prática. Após identificar diagnósticos prevalentes, o processo passou a ser aplicado em enfermaria piloto. Estima-se duração de um ano para fase-teste. Estudos que respaldam as ações dos profissionais de Enfermagem contribuem para o reconhecimento da Ciência da Enfermagem.

1. TORRES, Érica et al. SAE como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. *Esc. Anna Nery* [online]. 2011, vol.15, n.4
2. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definição e classificação. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

Descritores: enfermagem; diagnóstico de enfermagem; enfermagem pediátrica.

Eixo Temático:

Eixo 4 - GESTÃO EM ENFERMAGEM



Trabalho 258

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO – RELATO DE EXPERIÊNCIA

André Luiz Gomes de Oliveira¹, Suzi da Silva Faria², Márcia Farias de Oliveira dos Santos³, Nair Adriano⁴, Zenith Rosa Silvino⁵.

Relato de experiência de um grupo de enfermeiros na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) num Hospital Público Pediátrico do Rio de Janeiro. A motivação para a realização do trabalho surgiu da necessidade de mudar o perfil assistencial, institucionalizando a SAE. A sistematização é importante ferramenta da gerência do cuidado, possibilitando o desenvolvimento de uma prática profissional diferenciada¹. A primeira fase do trabalho, em 2005, foi para elaboração do Histórico de Enfermagem, a ser aplicado no momento da internação. A fase de teste do instrumento estendeu-se por 06 meses. Modificações foram realizadas e o instrumento foi validado. Sua utilização foi padronizada para todas as internações hospitalares. Participaram desta fase inicial 15 enfermeiros, 02 gerenciais e 13 assistenciais. Mudanças na Gerência determinaram a paralisação do projeto. Com o retorno do grupo à gerência, em 2010, os trabalhos foram retomados. Foi determinada como atividade diária dos enfermeiros assistenciais a evolução de todas as crianças internadas. Normas e rotinas foram criadas/revisadas. Em 2011 a prescrição de enfermagem tornou-se obrigatória. Dando seguimento ao processo, formou-se em 2012 grupo de estudo para a identificação de diagnósticos utilizando a taxonomia da NANDA² e a aplicação do referencial de Horta³ para guiar a prática. Após identificar diagnósticos prevalentes, o processo passou a ser aplicado em enfermaria piloto. Estima-se duração de um ano para fase-teste. Estudos que respaldam as ações dos profissionais de Enfermagem contribuem para o reconhecimento da Ciência da Enfermagem.

1. TORRES, Érica ET al. SAE como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. *Esc. Anna Nery* [online]. 2011, vol.15, n.4
2. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definição e classificação. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

Descritores: enfermagem; diagnóstico de enfermagem; enfermagem pediátrica.

Eixo Temático:

Eixo 4 - GESTÃO EM ENFERMAGEM

1. Enfermeiro. Pós-graduado em Docência do Ensino Superior e Pós- Graduando em Gestão Pública. Gerente de Enfermagem do HIIS/PMDC. Enfermeiro Intensivista do HFSE/MS. alaniteroi@gmail.com
2. Enfermeira. Pós-Graduada em Terapia Intensiva e Pós- Graduada em Gestão e Infecção Hospitalar (MBA). Enfermeira da Educação Continuada do HIIS/PMDC.
3. Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Ciências do Cuidado/UFF. Pós Graduada em Neonatologia. Enfermeira da Educação Continuada do HIIS/PMDC e Enfermeira Neonatal do HUPE/UERJ.



Trabalho 258

4. Enfermeira Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente – Pós Graduada em Educação em Saúde. Enfermeira Coordenadora da Educação Continuada do HIIS/PMDC e Professor 1da FAETEC do RJ.

5. Enfermeira. Advogada. Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Mestre em Direito pela UGF/RJ- Professora Titular da EEAAC/UFF. Coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial- EEAAC/UFF.



Trabalho 259

CARACTERIZAÇÃO DE TESES E DISSERTAÇÕES QUE VERSAM SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E GESTÃO DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Cláudia Cristiane Filgueira Martins¹

Adriana Gonçalves de Barros²

Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador³

Viviane Euzébia Pereira Santos⁴

Introdução: A gestão da qualidade consiste numa prática organizacional cujo escopo é assegurar que os procedimentos estejam em conformidade com as exigências dos clientes⁽¹⁾. Nesse ínterim, dois aspectos se entrelaçam: a gestão em saúde e a busca da qualidade dos serviços de saúde e, em especial, da enfermagem. Trata-se, portanto, de buscar resultados, que sejam norteados através de um planejamento e apreendido através de uma atividade sistêmica, visando a análise das informações pertinentes e a avaliação, prevendo os acontecimentos futuros. Neste sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se destaca como ferramenta que subsidia um cuidado com qualidade, e como ferramenta de planejamento e, portanto, de gestão da enfermagem. Para tanto, ao se dissertar acerca da gestão da qualidade no cuidado de enfermagem, se apreende um processo de gestão que incorpora as funções administrativas primordiais e interdependentes, quais sejam: o planejamento, a organização, o comando, o controle e a coordenação⁽³⁾. Gerir na enfermagem significa, portanto, revisar o processo de cuidar, a fim de melhorar o cuidado com o usuário e sua família. É nesse panorama que se destaca a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ferramenta que subsidia a tomada de decisão, pautada no raciocínio clínico,

¹ Mestre pelo PPGENF-UFRN. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Associada efetiva da ABEN-SC. E-mail: claudiacrisfm@hotmail.com

² Mestranda do PPGENF-UFRN. Membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: adriana-agb@hotmail.com

³ Mestranda do PPGENF-UFRN. Professora Substituta da Escola de Enfermagem de Natal e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Associada efetiva da ABEN-SC. E-mail: petalatvani@hotmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e Pós Graduação em Enfermagem e Vice-líder do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Associada efetiva da ABEN-SC. E-mail: vivianeepsantos@gmail.com



Trabalho 259

focalizando-se nos resultados almejados; que garante um cuidado individualizado, humanístico, integral e qualificado. Assim, este estudo teve como **objetivo** caracterizar as dissertações e teses disponíveis no banco de teses da CAPES que versam sobre a SAE e a gestão da qualidade nos serviços de saúde. Foi utilizado como recurso **metodológico** uma pesquisa documental. Este tipo de pesquisa utiliza documentos considerados primários ou matérias primas, ou seja, documentos que não passaram por um tratamento analítico. Desse modo, foi elaborado um protocolo de pesquisa, validado por duas autoras em doutoramento, sendo a coleta de dados feita por pares, seguida da combinação dos descritores controlados pelo DeCS: Assistência de Enfermagem; Administração Hospitalar; Enfermagem e um descritor não-controlado: sistematização da assistência de enfermagem. Como critérios de inclusão, foram incluídos estudos disponíveis eletronicamente no banco de teses da CAPES, que versavam sobre a sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta para a gestão de qualidade na assistência; não foi incluído a dimensão temporal por buscar analisar todos os resumos das teses e dissertações disponíveis. A análise das teses e dissertações se deu pelo resumo disponível on-line, bem como pelo se seguintes elementos: nível acadêmico (mestrado ou doutorado); local de desenvolvimento do estudo; desenho metodológico; ano de publicação e temática abordada. Com base nesse protocolo de pesquisa, encontrou-se oito (8) teses e dissertações que versavam sobre o tema em questão. **Resultados:** Foi constatado que a maioria dos estudos apreendidos era do tipo dissertações; tendo como desenho metodológico qualitativos com caráter descritivo e exploratório. Todos apresentaram como população de estudo envolvida enfermeiros hospitalares e prontuários de pacientes internados nas referidas instituições estudadas. Quanto ao método de coleta de dados, foi evidenciada a entrevista semiestruturada como método predominante, bem como fontes secundárias como os sistemas de informação do Ministério da Saúde. Foi constatado que a SAE é uma das ferramentas prioritárias para o estabelecimento de uma gestão de qualidade eficiente nos serviços de saúde. Afinal ela é capaz de mensurar, através da sistematização de rotinas hospitalares o cuidado destinado ao paciente no decorrer de todo o seu internamento. Além disso, as pesquisas constatam que na maioria dos hospitais estudados utilizam a SAE como método embasador da qualidade da assistência, pois possibilita um olhar diferenciado sobre a assistência, valorizando o papel do profissional, unificando a linguagem e a assistência de enfermagem, bem como todo o cuidado prestado ao paciente. No entanto, ainda existe elementos dificultadores da implementação da SAE, sendo estes relacionados a: registros incompletos nos prontuários dos pacientes, não servido como elemento que irá subsidiar a assistência prestada; distanciamento entre que o sistema de acreditação hospitalar norteia e a



Trabalho 259

prática cotidiana de atuações profissionais, este relacionado a uma carência de integração do trabalho em equipe. Cabe destacar que esses fatores ainda são permeados pela: a formação profissional, o número de profissionais disponíveis, a estrutura e a organização das instituições em mensurar o cuidado destinado aos pacientes. **Conclusões:** Com a realização desse estudo foi possível constatar que a SAE deve ser entendida como uma ferramenta imprescindível ao planejamento e ao cuidado prestado ao paciente, e por conseguinte, a gestão de qualidade dos serviços de saúde, a medida em que mensura, embasa e sistematiza todo o cuidado destinado. Assim, percebeu-se que a SAE é incorporada como elemento aprimorador do cuidado na gestão de qualidade nos serviços de saúde, pois possibilita um olhar diferenciado da assistência prestada ao paciente; unifica a linguagem dos profissionais e valoriza o profissional de enfermagem. No entanto, ainda são considerados pontos dificultadores da implementação da SAE e gestão a falta de interação entre os próprios profissionais de enfermagem, bem como os registros incompletos nos prontuários dos pacientes. **Implicações para a enfermagem:** A SAE como elemento para a gestão do cuidado em enfermagem é capaz de realizar uma avaliação sistemática dos fatores que interferem diretamente nas ações de enfermagem, devendo propiciar informações diretas para subsidiar as intervenções necessárias visando os resultados desejados aos pacientes.

Descritores: Enfermagem, Gestão da Qualidade, Sistematização da Assistência de Enfermagem

EIXO 4 : Gestão em Enfermagem

Referências:

Neves RS, Shimizu HE. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. Rev Bras Enferm 2010; 63(2):222-9.

Oliveira MF, Freitas MC. Diagnósticos e intervenções de enfermagem frequentes em mulheres internadas em uma unidade de terapia intensiva. Rev Bras Enferm 2009; 62(3):343-8.

Dias IMAV et al. Sistematização da assistência de enfermagem no gerenciamento da qualidade em saúde. Rev. baiana enferm 2011; 25(2):161-72.



Trabalho 260

ENFERMEIRO COMO SINALIZADOR DO CUIDADO: UMA AÇÃO GERENCIAL POR MEIO DO USO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

MARIANE ANTUNES CAVALHEIRO¹; SANDRA MARIA BASTOS PIRES², CLAUDIA REGINA BIANCATO BASTOS³; CARLA LUIZA DA SILVA⁴ LUIZ EDUARDO PLEIS⁵.

Introdução: Na contemporaneidade o capital humano é o valor da instituição, sendo assim as pessoas que atuam com criatividade, sincronia, disciplina, liderança, determinação fazem a diferença e alcançam o sucesso. O sucesso está na ação-reflexão-ação isto é construir desconstruir e reconstruir o cotidiano com práticas criativas e inovadoras. Para tanto é necessário elevar o nível de conhecimento ancorado na cientificidade da enfermagem. Sendo assim, incentivar o aprimoramento melhora a qualidade da assistência essa se torna solida e confiável tanto para o cliente quanto para o profissional. A qualidade da assistência está em ações gerenciais que oportunizem a equipe de enfermagem pensar o seu fazer tendo como norte a segurança do paciente. O conceito de Segurança permeou toda a sociedade e passou a ser uma exigência em todas as atividades. No trânsito, nas aeronaves, nas sinalizações, estacionamentos, vias de acesso na alimentação, moradia, no trabalho, na preservação da saúde, na geração e utilização da energia, enfim em todas as atividades e desempenhos¹. Não se pode modificar a completamente condição humana, porém podemos modificar as condições de trabalho humano. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária esta modificando e norteando das equipes de saúde incluindo o processo de trabalho do profissional enfermeiro por meio da Resolução 529 de 1º de Abril de 2013 onde Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde². Diante do exposto o presente trabalho tem o objetivo descrever a ação gerencial e assistencial dos enfermeiros voltados a segurança do paciente ao elaborar um documento denominado “Parâmetros para Identificação do Leito Conforme Níveis de Risco” baseado em diagnósticos de enfermagem. **Método:** Trata-se de um relato de experiência da prática diária dos enfermeiros ao realizarem o Processo de Enfermagem como parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem, de modo que torna-se um facilitador na tomada de decisão gerencial e assistencial por meio do levantamento de diagnósticos de enfermagem baseado em riscos. O estudo foi realizado em um hospital privado do interior do Paraná no período de junho de 2012 a maio de 2013. **Resultado:** O interesse em trabalhar com a classificação de risco por meio da implementação

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. E-mail: mariane1_cavalheiro@hotmail.com

2 Professora pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal do Paraná. E-mail: sbastospires@yahoo.com.br

3 Enfermeira. Gerente de Enfermagem do Hospital Geral Unimed. E-mail: cbiancato@yahoo.com.br

4 Professor da Universidades Estadual de Ponta Grossa. Enfermeira. Mestre pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. E-mail: clsilva@hotmail.com.

5 Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. E-mail: luizeduardo@yahoo.com.br



Trabalho 260

de diagnósticos de enfermagem voltados a segurança do paciente surgiu como parte do planejamento estratégico da instituição o qual estabeleceu ações preventivas e corretivas para os riscos institucionais ao disseminar uma cultura de segurança e prevenção. Para o alcance desta meta emergiu a necessidade de estabelecer o Comitê de Executivo de Segurança, composto por uma equipe multiprofissional a qual o enfermeiro faz parte, que inicialmente definiu ações baseados nos principais riscos institucionais e uma sistemática de identificação e formas de controle para estabelecer os erros e eventos. De posse dos dados foram montados mapas de risco. A partir dos mapas delineado e aprovado pelo comitê, houve a necessidade de ações gerenciais frente às mudanças. Para tanto os enfermeiros objetivavam minimizar os erros e eventos maximizando o cuidado e a segurança, norteados cientificamente pela literatura relacionada a segurança. Diante da necessidade de identificar os riscos os enfermeiros após reflexões optaram por elaborar e implementar um método sistemático que auxilie no direcionamento das ações gerenciais e assistenciais de cuidado junto a equipe de enfermagem. Esta sistemática exigiu dos profissionais, postura crítica- criativa, para o processo de construção do conhecimento o qual necessitou estudo, pesquisa, reflexão da realidade institucional. Neste contexto é que os enfermeiros elaboram documento denominado *Parâmetros para Identificação do Leito Conforme Níveis de Risco* o qual passou por inúmeras mudanças até ser aprovado por esses profissionais. Na instituição o documento faz parte do Registro Padrão e apresenta o perfil de cada paciente em relação aos riscos que o paciente está sujeito durante o período de internação, possíveis diagnósticos de enfermagem e a classificação é determinada por cores Verde: Paciente baixo risco; Amarelo: Paciente médio risco; Vermelho: Paciente alto risco. A partir do documento, emergiu a necessidade de difundir o conhecimento aos cuidadores da instituição, por meio da educação permanente com a realização de pré teste, exposição oral dialogada, pós teste. Após a capacitação iniciou em unidade piloto a implementação que sinaliza os cuidados necessários à cada paciente por cores. Cabe ao enfermeiro no ato do internamento a classificação do paciente de acordo com a cor. No leito do paciente deve conter a identificação e a placa de acordo com os riscos que está sujeito. É de responsabilidade do enfermeiro e da educação permanente orientar a equipe com relação aos critérios de segurança de acordo com o documento proposto. A sistemática de cartão colorido utilizada oportunizou ao enfermeiro dimensionar os cuidadores de acordo com o grau de dependência de cada paciente, por meio do direcionamento do tempo de cuidado dispensado ao paciente, com isso ocorreu a diminuição da sobrecarga de trabalho, levando em consideração a individualidade e necessidade específica de cuidado de cada enfermo. A identificação do leito favorece o cuidado e auxilia a reflexão quando o profissional que identifica pelas cores as necessidades individuais de cada paciente e pode alterar a cor de acordo com a melhora ou piora do estado clínico. Esta sistemática esta ancorada na legislação tendo em vista que o Processo de Enfermagem (PE) é de responsabilidade do enfermeiro de acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986 e Resolução COFEN 358 de 2009, sendo assim o Registro Padrão oportuniza o pensamento crítico, reflexão quanto ao planejamento, à implementação e ao resultado das ações de enfermagem. Conclusão: Por meio da classificação é possível realizar uma assistência com características de um modelo integrador a partir da qual é possível proporcionar melhores condições de atendimento, com foco no grau de risco, auxiliar o dimensionamento dos colaboradores conforme a complexidade assistencial, permite agir de forma pró-ativa na prevenção de erros e eventos; permite mapear o perfil de pacientes e perfil institucional, proporcionando uma assistência segura e de qualidade.

Descritores: Gestão em Enfermagem; Segurança do Paciente; Enfermagem.

Eixo 4: GESTÃO EM ENFERMAGEM



Trabalho 260

Referências

1. Ferraz, Edmundo Machado. A cirurgia segura: uma exigência do século XXI. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, Aug. 2009
2. Ministério da Saúde. Portaria n.º 529, de 01 de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009. Sistematização da assistência de enfermagem – SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN, 2009.



Trabalho 261

ANÁLISE DO ATRASO NO CALENDÁRIO VACINAL UTILIZANDO A TIPESC-BELO HORIZONTE 2011-2012

RAQUEL EUSTAQUIA DE SOUZA¹;
VANESSA DE OLIVEIRA MARTINS REIS²;
ANGELA DUARTE SOARES³;
MOISÉS GONÇALVES OLIVEIRA⁴;
LIVIA DE SOUZA PANCRACIO DE ERRICO⁵.

INTRODUÇÃO: O Programa Nacional de Imunização objetiva reduzir a morbimortalidade por doenças preveníveis, mediante o alcance de altas e homogêneas coberturas vacinais. Manter o calendário vacinal atualizado para crianças e adolescentes com idades entre 9 e 15 anos é um problema, pois este grupo tende a procurar pelos serviços de saúde somente na ocorrência dos eventos agudos. O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Ministério da Saúde em articulação com o Ministério da Educação, ao desenvolver, ampliar e integrar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e avaliar as condições de saúde dos escolares da rede pública do ensino fundamental promove a vinculação entre estes e os serviços de Atenção Primária, facilitando a análise dos cartões vacinais das crianças e adolescentes de 9 a 15 anos. Os determinantes sociais da saúde (CNDSS,2011), aqui representados pelos fatores associados às características individuais, aos serviços de saúde, às condições socioeconômicas, composição e organização das famílias influenciam a adesão ao Programa de imunização. Vale dizer que as necessidades de saúde, bem como, o comportamento de saúde dos indivíduos e coletivos emergem de um construto histórico social. O atraso no esquema vacinal pode então ser compreendido como o resultado das diferentes possibilidades de interação entre estes determinantes sociais, a compreensão desta dinâmica pode possibilitar a formulação de ações de intervenção que atuem sobre o problema de forma sistêmica e não pontual. A Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) (EGRY 1996) é uma metodologia capaz de auxiliar a realização desta intervenção de enfermagem, pois contribui para explicitar a ação dos processos de produção e reprodução sobre a configuração das necessidades e do comportamento de saúde dos grupos sociais. **OBJETIVO:** Utilizar a metodologia da Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva para analisar o atraso no esquema vacinal de estudantes no grupo etário de 9 a 15 anos. **MÉTODO:** Estudo qualitativo de caráter exploratório. O cenário do estudo foi uma Escola Municipal de Ensino Fundamental localizada na área adscrita de um Centro de Saúde, na região norte do município de Belo Horizonte, onde são desenvolvidas ações do PSE. Para o estudo selecionou-se as crianças e adolescentes que são monitoradas pelo programa com idade entre 9 e 15 anos, nos meses maio, junho e agosto de 2011 e abril, maio e junho de 2012. Neste período participaram 773 alunos. A análise documental incluiu os seguintes documentos: relatórios de gestão do Centro de Saúde de referência da Escola, dados de produção de serviço do Centro de Saúde, dados demográficos, cadastro social e classificação da vulnerabilidade à saúde relativa à população da área de abrangência. Os dados foram analisados de acordo com a metodologia do TIPESC, a interpretação baseou-se em duas fases do processo de implantação da teoria: captação e interpretação da realidade

¹Aluna de graduação de Enfermagem UFMG/ Bolsista Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/Ministério da Saúde/ raquel.souza.enf@hotmail.com

²Doutora em Fonoaudiologia/Professora Adjunta Universidade Federal de Minas Gerais/ Professora Tutora Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde.

³Enfermeira da Prefeitura de Belo Horizonte. Graduada pela UFMG e Especialista em Saúde da Família.

⁴Enfermeiro da Prefeitura de Belo Horizonte. Gerente do Unidade de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. Graduado pela UFMG, Especialista em Saúde da Família UFMG e Especialista em Gestão em Sistemas de Saúde pelo IEC PUC Minas.

⁵Doutora em Enfermagem / Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.



Trabalho 261

objetiva, a primeira consiste na leitura da real situação, momento que busca desvendar a aparência do fenômeno e a segunda permite a descoberta da essência. Foram classificados segundo a Taxonomia das Necessidades de Saúde (CECÍLIO, MATSUMOTO, 2001), composta por quatro categorias: 1) Boas condições de vida representadas pelas necessidades fisiológicas como alimentação, contemplando também as necessidades relativas a segurança e afeto; 2) acesso ao consumo de tecnologias de saúde que inclui acesso aos serviços de saúde, exames e tratamentos; 3) criação de vínculos afetivos relacionada com a formação de vínculos entre a equipe profissional o usuário e a comunidade; 4) necessidade de saneamento básico, caracterizada pelas condições de moradia, acesso a serviços como rede de água e esgoto, coleta de lixo. **RESULTADOS:** Dos 773 estudantes monitorados, 156 foram em 2011 e 617 em 2012. Em 2011, dos 156 estudantes monitorados: 42% estavam em dia, 22% atrasados e 36% não estavam disponíveis para avaliação. Em 2012, do total de 617 escolares, 70% não apresentarão cartão para avaliação, dos analisados 12% estavam em dia e 18% estavam atrasados. Os problemas identificados que puderam ser relacionados com o atraso no esquema vacinal e ausência dos cartões para avaliação corresponderam ao não atendimento das necessidades de saúde relacionadas às boas condições de vida, acesso às tecnologias que melhorem e prolongue a vida, vínculo com o profissional e equipe e necessidade de saneamento. **CONCLUSÃO:** Neste estudo existem dois problemas: o cartão vacinal atrasado e a quantidade de cartões que não são avaliados por não estarem disponíveis. Dessa forma não é possível ter um real dimensionamento da cobertura vacinal do grupo etário estudado. Realizando a interpretação da realidade objetiva, buscou-se explicar os fatores que contribuíram para o reduzido percentual de cartões em dia e a dificuldade em obter os cartões para avaliação. Concluiu-se que os determinantes sociais podem influenciar tanto as condições de saúde quanto o comportamento de saúde dos grupos populacionais em relação ao programa de imunização. A equipe de enfermagem do ESF e do PSE possuindo dados sobre as características de um determinado grupo populacional e sabendo dar significado a estes dados pode construir um projeto de intervenção que vai além da solução dos problemas pontuais, buscando o entendimento do processo saúde-doença, para que possa haver uma mudança no contexto de saúde. **IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro que através de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação das situações de saúde, subsidiando a prescrição e implementação das ações de Assistência de Enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade (TANURE, PINHEIRO 2011). Nos últimos anos vem aumentando a discussão a cerca da SAE, para que o trabalho possa ser direcionado e que se obtenha um dimensionamento do que é realizado pelos enfermeiros. É percebido que os processos de enfermagem existentes buscam seu embasamento em teorias que visam o cuidado individual, sendo incipiente a ação de enfermagem no cuidado coletivo. Utilizando a TIPESC como ferramenta de trabalho para a sistematização é possível à melhoria da competência do enfermeiro para construir ações de intervenção baseadas em evidências da realidade histórico-social e na compreensão da articulação dos diversos determinantes sociais da saúde. Em suma é possível compreender a relação entre conformação do tecido social e as condições de saúde e doença.

¹Aluna de graduação de Enfermagem UFMG/ Bolsista Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/Ministério da Saúde/ raquel.souza.enf@hotmail.com

²Doutora em Fonoaudiologia/Professora Adjunta Universidade Federal de Minas Gerais/ Professora Tutora Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde.

³Enfermeira da Prefeitura de Belo Horizonte. Graduada pela UFMG e Especialista em Saúde da Família.

⁴Enfermeiro da Prefeitura de Belo Horizonte. Gerente do Unidade de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. Graduado pela UFMG, Especialista em Saúde da Família UFMG e Especialista em Gestão em Sistemas de Saúde pelo IEC PUC Minas.

⁵Doutora em Enfermagem / Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.



Trabalho 261

Palavras Chaves: Saúde Pública, Saúde Escolar, Imunização.

Eixo Temático: Eixo 4 : GESTÃO EM ENFERMAGEM

¹Aluna de graduação de Enfermagem UFMG/ Bolsista Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/Ministério da Saúde/ raquel.souza.enf@hotmail.com

²Doutora em Fonoaudiologia/Professora Adjunta Universidade Federal de Minas Gerais/ Professora Tutora Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde.

³Enfermeira da Prefeitura de Belo Horizonte. Graduada pela UFMG e Especialista em Saúde da Família.

⁴Enfermeiro da Prefeitura de Belo Horizonte. Gerente do Unidade de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. Graduado pela UFMG, Especialista em Saúde da Família UFMG e Especialista em Gestão em Sistemas de Saúde pelo IEC PUC Minas.

⁵Doutora em Enfermagem / Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.



Trabalho 262

COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DURANTE A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: UMA RESPONSABILIDADE SOCIAL

Pollyanna Bahls de Souza¹

Aida Maris Peres²

Fábio André Miranda de Oliveira³

Giseli Campos Gaioski Leal⁴

Nayara Mizuno Tironi⁵

Considerando que o mundo do trabalho sofre constantes mudanças, a formação profissional do enfermeiro precisa estar atenta ao seu papel social e não apenas às exigências do mercado de trabalho. O grande desafio na formação do enfermeiro é implementar as determinações da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDB⁽¹⁾ e das novas DCNs⁽²⁾ e formar profissionais que superem o domínio teórico-prático solicitado pelo mercado de trabalho. Na esfera da educação, competência se traduz na capacidade de mobilizar recursos cognitivos que agregam saberes, informações, habilidades operatórias e, essencialmente, as inteligências, para com eficácia e pertinência, enfrentar e solucionar uma série de situações ou problemas. Competência está relacionada a forma de organizar e direcionar situações de aprendizagem, administrar a evolução das aprendizagens; criar e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação, envolver os alunos em seu processo de aprendizagem, bem como em seu trabalho; discutir o enfrentamento dos deveres e dilemas éticas da profissão e administrar sua formação contínua⁽⁴⁾. Dessa forma, a Lei das Diretrizes e Bases (LDB) oferece às escolas as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas para nortear a elaboração dos projetos pedagógicos. Visa a que os profissionais egressos, a partir das novas diretrizes, possam vir a ser críticos, reflexivos, dinâmicos, ativos, diante das demandas do mercado de trabalho, aptos a “aprender a aprender”, a assumir os direitos de liberdade e cidadania, compreendendo as tendências do mundo atual e as necessidades de desenvolvimento do país⁽¹⁾. As Diretrizes Curriculares definem ainda, que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente⁽²⁾. Considerando que o mundo do trabalho sofre constantes mudanças, a formação profissional do enfermeiro precisa estar atenta ao seu papel social e não apenas às exigências do mercado de trabalho. O profissional bem preparado deve ser competente para resolver os problemas do seu cotidiano antes mesmo que se manifestem. Por outro lado, grande desafio na formação do enfermeiro é implementar as determinações da nova Lei de Diretrizes e Bases da

¹ Enfermeira Especialista em Gestão de Pessoas, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO); pobahls@gmail.com.

² Enfermeira Doutora em Enfermagem – área de Gerenciamento dos Serviços e Saúde e Enfermagem, docente adjunta na área de Administração em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

³ Enfermeiro Especialista em Obstetrícia, Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

⁴ Enfermeira Especialista em Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

⁵ Enfermeira Especialista em Gerência dos Serviços de Enfermagem, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).



Trabalho 262

Educação Nacional, LDB ⁽¹⁾ e das novas DCNs ⁽²⁾ e formar profissionais que superem o domínio teórico-prático solicitado pelo mercado de trabalho, como agentes inovadores e transformadores da realidade, inseridos e valorizados no mundo do trabalho. A pesquisa objetivou verificar a produção brasileira sobre o processo de formação do enfermeiro com enfoque para as competências gerenciais após a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura a partir de trabalhos encontrados na língua portuguesa, - publicados entre 2001 a 2011, uma vez que a pesquisa pretendia obter informações referentes ao cenário brasileiro e após a criação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais, no ano de 2001. O material para leitura e análise foi selecionado a partir de pesquisa na BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, a qual possibilita acesso à Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Por meio dessa busca, foram encontrados 11 materiais, desses somente 10 possuíam texto completo. Dos 10 artigos, 3 se repetiam, restando 7. A partir desses 7, 2 foram publicados antes de 2001, e 1 artigo referia-se a formação do técnico de Enfermagem. Dessa forma, para a análise da pesquisa, foram incluídos 4 artigos com texto completo e que obedeciam aos critérios de inclusão. Os resultados evidenciaram que apesar dos avanços dos últimos tempos, a formação de competências gerenciais não é explicitada nos planos e as propostas pedagógicas são tradicionais em instituições de ensino superior. Professores reconhecem a importância das dimensões das competências gerenciais estarem presentes em sua ação pedagógica, porém enfatizam que nem todas costumam aparecer nos planos de ensino da disciplina de administração em Enfermagem. As mudanças no mundo do trabalho, advindas da agilidade dessas transformações, se refletem na Enfermagem como profissão, e na formação do enfermeiro como profissional de saúde. Para que o enfermeiro seja considerado promotor de ações de saúde na sociedade, sua formação precisa consolidar-se, ancorada em projetos político-pedagógicos amplamente discutidos e acordados no consenso dos diferentes atores, protagonistas e interessados ⁽³⁾. É necessário que para a formação de competências gerenciais acontecer, os programas, planos de ensino, propostas pedagógicas apresentem esse assunto em sua construção, para então serem implementados, de acordo com o que é apresentado pela DCN. Se profissionais competentes são esperados, capazes de superar o domínio teórico-prático solicitado pelo mercado de trabalho, é em sua formação que isso deve ser enfatizado e ensinado. Para desenvolver competências conforme o estabelecido pela DCN, é de responsabilidade da instituição visar essa abordagem em seu plano de ensino, bem como, desenvolver essa prática junto aos discentes, preparando-os para as diversas situações a serem encontradas em sua rotina. Considera-se de responsabilidade social essa implementação por parte dos cursos formadores de enfermeiros, uma vez que contribui para o perfil de profissionais competentes, críticos, líderes, gerentes eficazes em suas tomadas de decisões, educação permanente, permitindo uma maior qualidade da assistência prestada por toda a equipe supervisionada por um profissional com tais características.

Descritores: Enfermagem; Educação em Enfermagem; Competência Profissional; Administração.

Eixo 4: GESTÃO EM ENFERMAGEM

Referências

1. Brasil. **Lei n. 9394, de 20 de dezembro 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 23



Trabalho 262

dez.1996. Seção 1, p. 27.

2.Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n. 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

3.PERES, A.M. **Competências gerenciais do enfermeiro: relação entre as expectativas da instituição formadora e do mercado de trabalho.** [tese] São Paulo (SP): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.

4.TEJADA J.F. **Acerca de lãs competências profesionales.** Herramientas, Madrid 2001 ago. [56 p.]. Disponível em: URL: <http://www.ilo.org/public>. Acessado em: 16 ago 2001.



Trabalho 263

REPERCUSSÕES GERENCIAIS DA ROTATIVIDADE DE PESSOAL SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS

Nayara Mizuno Tironi¹

Larissa Gutierrez de Carvalho Silva²

Mara Solange Gomes Dellaroza³

Maria do Carmo Lourenço Haddad⁴

Marli Terezinha Oliveira Vannuchi⁵

Rotatividade ou turnover compreende o fluxo de entrada e saída de trabalhadores, sendo mensurada pelo número de profissionais que permanece nos postos de trabalho ou setor de uma empresa, em determinado período de tempo⁽¹⁾. Na enfermagem, a movimentação excessiva de recursos humanos provoca desequilíbrios na composição do quadro de pessoal, além de acarretar custos e efeitos indesejáveis tanto na qualidade como na produtividade da assistência de enfermagem. Ademais, o recrutamento, seleção e capacitação de um novo profissional depende de tempo e recursos, o que certamente exige do enfermeiro a utilização de estratégias gerenciais para que a equipe mantenha sua produtividade e harmonia⁽²⁾. Este trabalho objetivou identificar as percepções dos enfermeiros sobre o gerenciamento da rotatividade de trabalhadores de enfermagem em sua unidade de atuação. Este estudo tem caráter descritivo exploratório, com abordagem qualitativa e foi realizado com 8 enfermeiros que atuavam em unidades de internação médico-cirúrgica adulto de um hospital universitário público do Paraná, que atendiam aos seguintes critérios: aceitar participar da pesquisa, possuir vínculo estatutário na instituição, trabalhar no setor por no mínimo 36 meses e não estar usufruindo de férias ou licenças. A escolha dos setores de internação adulto justificou-se por representar 48,7% do total de leitos da instituição e ser o local de maior rotatividade de pessoal. Os setores de internação compreendem quatro unidades - masculina, fisiologia, feminina e doenças transmissíveis, as quais contam com 19 enfermeiros, no período da manhã, tarde e noite. Foram realizadas entrevistas individuais, durante o horário de trabalho dos participantes, em uma sala privativa, utilizando a questão norteadora: “Quais as suas percepções quanto ao gerenciamento da rotatividade de trabalhadores de enfermagem no setor em que você trabalha?”. Em situações oportunas, aplicaram-se questões auxiliares para contribuir na qualidade do depoimento. Os dados foram analisados de acordo com a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin. Ao analisar os depoimentos, emergiu-se a categoria temática denominada “As repercussões gerenciais da rotatividade de pessoal na visão do enfermeiro” a qual foi subdividida em subcategorias intituladas: Distanciamento na participação das decisões sobre a rotatividade; Sentimentos de incompetência; Contribuindo com a adaptabilidade do servidor; Gerenciamento de recursos humanos; e, Inquietações em relação à qualidade da assistência. Observou-se que há um descontentamento em relação a não participação nas decisões em relação à mudança de pessoal na unidade e quando há um aviso prévio destas mudanças o enfermeiro pode planejar suas ações. Todavia, por se tratar de um hospital público o processo de contratação é realizado através de concurso, não permitindo que haja participação dos colaboradores no processo seletivo, bem como não há meios para prever o momento de entrada de um novo servidor, ou seja, a fragilidade no

¹ Enfermeira. Especialista em Gerência dos Serviços de Enfermagem, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). nayara.mizuno@gmail.com

² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem, docente do programa de mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem, docente do programa de mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem, docente do programa de mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL).



Trabalho 263

planejamento faz parte do processo de recrutamento e seleção de uma instituição pública. Quando há a saída do servidor, questionamentos sobre possíveis falhas ou omissões perante a equipe são levantados pelo enfermeiro, pois existe uma associação entre a saída do trabalhador com a insatisfação no trabalho. Entretanto a insatisfação no trabalho associada à saída do trabalho não deve ser consequência apenas da falha de gestão, já que diversas causas estão envolvidas neste processo. Quando ocorre a entrada de um trabalhador no setor, é necessário que haja uma inserção deste no processo de trabalho da equipe. Esta inserção é realizada pelo enfermeiro com o intuito de diminuir a variabilidade na forma de prestação de cuidado⁽³⁾ através de capacitações, gerando para os enfermeiros sobrecarga de trabalho, pois eles devem auxiliar e gerenciar a assistência ao paciente. A adaptação do novo funcionário é vivenciada, muitas vezes, de forma inesperada, sendo necessária a improvisação que demanda tempo que poderia ser gasto em outras atividades. Por outro lado, esta improvisação permite que a criatividade seja evidenciada, potencializando sua inteligência ao explorar novos caminhos para reinventar o processo de trabalho⁽⁴⁾. Com a rotatividade de pessoal, a supervisão do enfermeiro deve ser mais criteriosa. Nos depoimentos é nítido que o “estado de alerta” é constante no seu cotidiano e com o evento novo no setor há um aumento desta atenção. Esta supervisão é realizada privativamente pelo enfermeiro, pois cabe a ele a organização, planejamento, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, além da prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados durante o cuidado⁽⁵⁾. Os resultados deste estudo sugerem que a rotatividade afeta diretamente o processo de trabalho do gerente da unidade - o enfermeiro. Estas mudanças são vivenciadas de diversas formas e seus impactos são trabalhados e superados de acordo com a singularidade de cada gestor. Questionamentos em relação à competência e reavaliação das tomadas de decisão serão sempre percebidas com maior nitidez quando há alguma mudança, mas é imprescindível que esta análise permita uma reflexão profunda em relação aos processos vivenciados fazendo assim com que a dinâmica de trabalho seja aperfeiçoada. Além disso, a rotatividade acarreta dificuldades no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem e compete ao enfermeiro a gestão de pessoas, a qual é uma constante preocupação das organizações de saúde, pois interfere na qualidade do atendimento e na produtividade da equipe de enfermagem. Este estudo poderá fornecer subsídios para que sejam traçadas novas estratégias quanto ao gerenciamento de recursos humanos em enfermagem, sobretudo frente à movimentação interna de trabalhadores, considerando a educação permanente/continuada e a satisfação profissional como requisitos importantes para a qualidade da assistência de enfermagem.

Referências:

- 1 - Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMdFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc. saúde colet. (Online) [internet] 2010 [acesso em 10 jan 2013];15(Suppl1). Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>
- 2 - Stancato K, Zilli PT. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão de literatura. RAS. 2010;12(47):87-99.
- 3 - Bucchi SM, Mira VL. Redesigning the nurse admission training process at the Intensive Care Unit. Rev Esc Enferm USP (Online). [internet] 2010 [acesso em 22 jan 2013];44(4). Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400021&lng=en&nrm=iso. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400021>.



Trabalho 263

4 - Goulart BF, Freitas MIDF. A implicação de trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, na reorganização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública (Online). [internet] 2008 [acesso em 28 mar 2013] ;24(9). Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900018&lang=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900018>

5 - Brail. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1:1.

Descritores: Recursos Humanos em Enfermagem, Mudança Organizacional, Supervisão de Enfermagem

Eixo temático: Gestão em Enfermagem



Trabalho 264

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES COMO SUBSÍDIO PARA O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL: revisão da literatura

Patrícia Fernanda Trevisol Perosa¹, Vilma Beltrame², Cristiane Baretta³, Maria do Carmo Vicensi⁴, Édllamar Kátia Adamy⁵

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa de literatura sobre o uso de sistemas de classificação de pacientes para subsidiar o dimensionamento de pessoal de enfermagem. **Metodologia:** revisão integrativa de literatura, que tem por objetivo resgatar pesquisas anteriores, permitindo articular resultados em diferentes estudos. Foram encontradas 2.370 publicações, correspondendo a 660 artigos sobre dimensionamento de pessoal, 899 sobre assistência de enfermagem, 332 sobre equipe de enfermagem e 479 sobre serviços de enfermagem. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 86 artigos que corresponderam aos critérios de seleção. Realizou-se a leitura na íntegra dos trabalhos selecionados, e destes, foram selecionados 19 artigos que atendiam aos objetivos da pesquisa. A questão norteadora foi: Qual é a publicação de estudos referentes à classificação de pacientes para subsidiar o dimensionamento de pessoal de enfermagem em periódicos nacionais no período de janeiro de 2000 a março de 2013? As seguintes etapas foram perseguidas: Estabelecimento da questão de pesquisa: seleção do tema, formulação dos objetivos e identificação das palavras-chave; amostragem ou busca na literatura: estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, definição da base de dados e seleção dos estudos; categorização dos estudos: extração das informações, organização e sumarização das informações e formação do banco de dados; avaliação dos estudos incluídos na revisão: aplicação da análise estatística, inclusão/exclusão e análise crítica dos estudos selecionados; interpretação dos resultados; apresentação da revisão. A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, durante os meses de março, abril e maio de 2013, nas seguintes bases de dados: LILACS, MEDLINE, SciELO, BDENF e Coleciona SUS, limitando-se às publicações dos últimos treze anos com as seguintes palavras-chave: dimensionamento de pessoal, assistência de enfermagem, serviços de enfermagem e equipe de enfermagem. Os

¹Graduanda em enfermagem pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). patricia.perosa@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) e Universidade do Contestado (UNC). vilma.beltrame@unoesc.edu.br

³Enfermeira. Orientadora de estágio. Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). cristiane.baretta@unoesc.edu.br

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). maria.vicensi@unoesc.edu.br

⁵ Enfermeira. Mestre Édllamar Kátia Adamy. Docente da UDESC Chapecó. Edlamar.adamy@udesc.br



Trabalho 264

critérios de inclusão foram textos na forma de artigos, teses ou dissertações; disponíveis na íntegra em português publicados no Brasil no período de janeiro de 2000 a março de 2013. **Discussão:** A relevância do estudo ampara-se na necessidade do dimensionamento de pessoal de enfermagem adequado para realizar uma assistência mais segura e de qualidade. A partir da Resolução 293/04 do Conselho Federal de Enfermagem sobre o Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem. Houve um aumento no número de publicações que contemplam o assunto, Dentre as publicações que corresponderam aos critérios de inclusão, 15 são pesquisas de campo, descritivo-exploratórias, e apenas 3 são revisões bibliográficas. Os resultados apontam a região sudeste com maior número de estudos. Este tema sistema é importante para conhecer o perfil da clientela a ser assistida e dimensionar o quantitativo de pessoal de enfermagem, sendo um forte argumento do enfermeiro na justificativa para contratação de pessoal. Porém, existe ainda a necessidade de maior adesão dos enfermeiros na utilização deste recurso. O dimensionamento de pessoal é um processo sistemático, necessário para fundamentar o planejamento e avaliação quanto ao quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem⁽¹⁾. Para se determinar a carga de trabalho da equipe de enfermagem em uma unidade é necessário caracterizar os níveis de cuidado requeridos pelos clientes, podendo ser identificada por meio do Sistema de Classificação de Pacientes⁽²⁾. Este sistema é um método utilizado para agrupar pacientes por complexidade assistencial, implementado na prática dos serviços de enfermagem que contribui para a assistência e o gerenciamento das unidades hospitalares, baseando-se no cuidado progressivo ao paciente⁽³⁾. Sua implementação traz benefícios para a enfermagem como a melhora da assistência, da qualidade das informações e da organização do serviço⁽⁴⁾. Assim, o planejamento adequado da assistência deve levar em consideração as necessidades dos pacientes em relação ao cuidado de enfermagem, e exigirão recursos humanos adequados em termos quantitativos e qualitativos, possibilitando o dimensionamento de pessoal. As classificações utilizadas foram Perroca e Fugulin totalizando 14 publicações entre os dois instrumentos. Salienta-se que na classificação de pacientes em unidade de terapia intensiva foram encontrados pacientes

¹Graduanda em enfermagem pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). patricia.persa@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) e Universidade do Contestado (UNC). vilma.beltrame@unoesc.edu.br

³Enfermeira. Orientadora de estágio. Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Cristiane.baretta@unoesc.edu.br

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). maria.vicensi@unoesc.edu.br

⁵ Enfermeira. Mestre Éd Lamar Kátia Adamy. Docente da UDESC Chapecó. Edlamar.adamy@udesc.br



Trabalho 264

necessitando de cuidados mínimos e intermediários internados neste setor. É um aspecto importante a ser considerado, pois pacientes que demandam de cuidados mínimos e intermediários diminuem a carga de trabalho da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Nas unidades de internação pesquisadas identificou-se que 66,6% dos pacientes demandavam de cuidados mínimos, e mesmo assim o quantitativo de profissionais não estava de acordo com o preconizado, havendo excedente de profissionais de nível médio e déficit de enfermeiros, o que representa maior carga de trabalho para enfermeiros devido menor quantitativo deste. Isto demonstra a realidade de diversas instituições brasileiras, que por questões financeiras mantêm um número menor de enfermeiros, comprometendo a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Ressalta-se ainda que, nas unidades de internação investigadas foram encontrados pacientes classificados como cuidados intensivos. A permanência destes pacientes exige maior atenção da equipe de enfermagem, intervenções complexas e maior carga horária. A quantidade e a qualificação dos recursos de enfermagem estão associadas aos resultados na assistência, que quando insuficientes ou inadequados resultam em agravo e aumento no tempo de internação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Abordar o tema sistema de classificação de pacientes é importante e necessário para conhecer o perfil da clientela a que se está prestando a assistência e para dimensionar o quantitativo de pessoal de enfermagem. Consideramos interessante o número de pesquisas referentes ao assunto, e ainda atualizando instrumentos para que melhor possam caracterizar o paciente a ser assistido, porém conclui-se que o esses estudos concentram-se em áreas específicas ficando muitas instituições que ainda não aderiram a esta metodologia para quantificar a necessidade do pessoal a ser contratado. Conclui-se também a necessidade de adesão pelos profissionais enfermeiros cumprirem o disposto em Lei conforme reza a Resolução do COFEN nº 293⁽⁵⁾, publicada em 2004, a qual fixa e estabelece os parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde, subsidiando assim o planejamento para a contratação de profissionais necessários para uma assistência qualificada. Conclui-se ainda que o sistema de classificação de pacientes é um forte

¹Graduanda em enfermagem pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). patricia.persa@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) e Universidade do Contestado (UNC). vilma.beltrame@unoesc.edu.br

³Enfermeira. Orientadora de estágio. Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Cristiane.baretta@unoesc.edu.br

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). maria.vicensi@unoesc.edu.br

⁵ Enfermeira. Mestre Éd Lamar Kátia Adamy. Docente da UDESC Chapecó. Edlamar.adamy@udesc.br



Trabalho 264

argumento legal e de gerenciamento do enfermeiro para justificar junto à administração hospitalar a contratação de pessoal. O aumento do custo do quantitativo de pessoal será compensado pela diminuição dos gastos finais da assistência, pois com a melhora da assistência de enfermagem diminuirão os eventos adversos e conseqüentemente os dias de internação, gerando assim melhor custo benefício. Conclui-se que os dois instrumentos utilizados nas publicações estudadas são viáveis e possíveis de serem utilizados nos hospitais brasileiros para subsidiar o dimensionamento do pessoal de enfermagem. Palavras-chave: dimensionamento de pessoal, assistência de enfermagem, serviços de enfermagem, equipe de enfermagem. **REFERÊNCIAS:** 1) Kurcgant, Paulina. Gerenciamento Em Enfermagem. 2. Ed. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2) Gelbcke, Francine Lima; et al. Instrumento para classificação do grau de dependência de usuários: um estudo para contribuir no dimensionamento de pessoal. *Enfermagem em Foco*, v.3, n. 1, p.25-28, 2012. 3) Gvozd, Raquel; et al. Grau de dependência de cuidado: pacientes internados em hospital de alta complexidade. *Escola Anna Nery*, v. 16, n. 4, p. 775-778, Out/Dez, 2012. 4) Needleman, Jack; et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, v. 346, n. 22, May 30, 2002. 5) Resolução Cofen-293/04-Fixa e Estabelece Parâmetros Para O Dimensionamento Do Quadro De Profissionais. Coren/SP.

¹Graduanda em enfermagem pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). patricia.perosa@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) e Universidade do Contestado (UNC). vilma.beltrame@unoesc.edu.br

³Enfermeira. Orientadora de estágio. Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Cristiane.baretta@unoesc.edu.br

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). maria.vicensi@unoesc.edu.br

⁵ Enfermeira. Mestre Éd Lamar Kátia Adamy. Docente da UDESC Chapecó. Edlamar.adamy@udesc.br



Trabalho 265

O FORTALECIMENTO DE REDES DE ATENÇÃO VIABILIZANDO PROTOCOLOS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATORIA

Lilian Denise Mai*; Nelly Lopes de Moraes Gil **; Eliane Aparecida Sanches Tonolli***; Grace Jaqueline Aquiles****; Viviane Sousa*****

INTRODUÇÃO: A reorganização do sistema de redes de atenção, priorizando mecanismos efetivos de referência e contra-referência, implica em mudanças de reestruturação de fluxos de encaminhamentos, estrutura física dos serviços, financiamento e novos modelos de articulação entre os serviços¹. O Estado do Paraná vivencia desde 2011 o Programa de Apoio à Atenção Primária em Saúde (APSUS) com ênfase no reordenamento das redes de atenção em todos os municípios do Estado, com vistas a mudanças de modelo assistencial. O objetivo é melhorar acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde, principalmente das Unidades Básicas de Saúde (UBS), fortalecendo e ampliando o seu caráter resolutivo. As ênfases dessa política estatal são a área materno-infantil e a rede de urgência e emergência, com novas pactuações acirradas em 2013. No caso de cirurgias, principalmente as eletivas, estas continuam como uma necessidade na totalidade das demandas de atenção em saúde, geralmente consideradas em seus aspectos hospitalares. Ter em mente a temática da assistência perioperatória em cirurgias aponta para uma problemática importante, pois estas são situações que demandam o trabalho em saúde organizado em redes de atenção, envolvendo serviços de diferentes níveis de complexidade. Mas, tanto sob a ótica hospitalar, quanto de vivências acadêmicas em UBS, verificou-se que há pouca ou nenhuma articulação entre os três momentos de cuidado distintos, porém, impreterivelmente interligados durante a assistência à cirurgia, e que envolvem o domicílio, o serviço de Atenção Primária em Saúde (APS) e o hospital em que ocorreu a cirurgia. Favorecendo a ocorrência de agravos, riscos e danos passíveis de controle ou prevenção, esse modelo de atendimento a cirurgias operacionaliza-se essencialmente em um fluxo de encaminhamentos limitado em sua efetividade e na qualidade do atendimento integral às necessidades assistenciais dos usuários do SUS e sua família. Ainda, são desconhecidos serviços baseados em um modelo sistematizado de assistência perioperatória, cuja fragmentação também se verifica na formação dos profissionais de saúde. **OBJETIVO:** Refletir sobre a importância de Protocolos de Assistência de Enfermagem Perioperatória (PAEP) de referência e contra-referência, com abrangência extra-hospitalar e em redes de atenção. **METODOLOGIA:** Estudo qualitativo, baseado em pesquisa bibliográfica e que tem orientado a construção de projeto de pesquisa na área. Leituras, discussões em sala de aula e reuniões de grupo orientaram as ideias apresentadas. **RESULTADOS:** Cirurgias eletivas são situações que demandam o trabalho em saúde organizado em redes de atenção, envolvendo serviços de diferentes níveis de complexidade. Essa organização exige competências e habilidades para novas práticas formativas, assistenciais e de pesquisa, cujos benefícios impactam na qualidade da assistência ao indivíduo, família e comunidade. Falhas nessas práticas geram agravos com um grande impacto humano, social e econômico, para as famílias e para o sistema de saúde como um todo, onerando custos, materiais, equipamentos e profissionais para o seu enfrentamento, nem sempre eficazes. Citam-se: intercorrências trans-operatórias; por falhas de preparo; infecção hospitalar, comunitária ou retardo de cicatrização por condições inadequadas ou suspensão da cirurgia por razões alheias ao paciente, gerando transtornos e demora no reagendamento, por fragilidades no fluxo dos atendimentos ou articulação entre serviços. Por outro lado, características atuais modificam as demandas de cuidado perioperatório, exigindo maior preparo e integração dos serviços: uso de tecnologias mais complexas para intervenções menos invasivas; aumento da resistência bacteriana e risco de infecção hospitalar, com diminuição do tempo de internação hospitalar pré e pós-operatório; e, retorno ao domicílio com o uso de diferentes dispositivos. A assistência perioperatória ocorre nos períodos pré,



Trabalho 265

trans e pós-operatório: pré-operatório mediato e imediato ; trans-operatório; pós-operatório imediato, mediato e tardio². Geralmente, a atuação profissional limita-se a essas etapas em separado, no escopo do próprio serviço ou unidade de atendimento, o que gera atenção à saúde fragmentada, voltada às ações que o próprio profissional deve desenvolver. No hospital, o enfermeiro detém conhecimentos técnico-científicos, os transforma em ações de cuidado e direciona o processo de trabalho de sua equipe e, no centro cirúrgico, a ele compete desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que envolve: levantamento de dados sobre o paciente; organização e priorização das informações; estabelecimento de problemas/diagnósticos de enfermagem; desenvolvimento do plano de cuidados e avaliação de resultados. Seu objetivo é prestar assistência integral e individualizada, com visitas pré e pós-operatórias, minimizando ansiedade e riscos do procedimento anestésico cirúrgico³, mas ainda centrado no espaço hospitalar. Um novo desafio é interligar dois conceitos: redes de atenção e SAEP, ampliando-se o contexto desta e contribuindo para análises ampliadas nos municípios. Protocolo de cuidado seria uma proposta de padronização de procedimentos feitos pela equipe de enfermagem, registrando oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema, por meio, por exemplo, de uma carteira de cirurgia, em linguagem simples e usuário-centrada. É fundamental conhecer os modos como os indivíduos operados são atendidos pelos serviços pelos quais transitam, da atenção primária para a atenção hospitalar e vice-versa. Aí, cabem aos municípios decisões políticas de descentralização e estabelecimento de processos ativos de referência e contra-referência entre os níveis de complexidade primário, secundário e terciário. **CONCLUSÃO:** Em casos de cirurgia, é preciso fortalecer rearranjos estruturais e fluxos de atendimento entre os pontos de atenção envolvidos na assistência pré, trans e pós-operatória. Estender as possibilidades da SAEP sob uma abordagem ampliada e integrada entre esses pontos pode contribuir para o estabelecimento de PAEPs de referência e contra-referência. Ainda limitados ou inexistentes, tais protocolos tem um grande potencial de impacto, valorizando ainda mais uma metodologia de trabalho própria da enfermagem e contribuindo para a formação de futuros profissionais e a implementação da política do SUS em todos os seus princípios. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Possibilidade de organização de PAEPs, com abrangência extra-hospitalar e em redes de atenção, priorizando situações de maior ocorrência ou que apresentem grande demanda de cuidados em âmbito municipal relacionados ao evento cirurgia. Quanto à formação acadêmica, a vivência prática da temática representa uma oportunidade ímpar de aprendizado, sensibilização e capacitação para, uma vez enfermeiros, assumir tanto o cuidado direto aos usuários quanto a gestão dos serviços, contribuindo para um movimento quanti e qualitativo de organização e articulação entre serviços.

Descritores: Enfermagem perioperatória; serviços de saúde; qualidade da assistência à saúde.

Eixo temático: Gestão em Enfermagem.

Referencias:

1 Ayres GRM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface: Comunicação, Saúde, Educ, 2003set/2004fev;8(14): 73-92.

2 Carvalho R, Bianchi ERF (Org). Enfermagem em centro cirúrgico e Recuperação. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2007.

3 Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. Rev Latino-Am. Enfermagem [online]. 2002; 10(5): 690-95.



Trabalho 265

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem (disciplina Enfermagem em Centro Cirúrgico), Universidade Estadual de Maringá.

** Enfermeira. Doutora em Doenças Tropicais. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem (disciplina Enfermagem em Centro Cirúrgico), Universidade Estadual de Maringá.

*** Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem (disciplina Fundamentos de Enfermagem no Cuidado Humano), Universidade Estadual de Maringá.

**** Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem (disciplina Saúde da Comunidade), Universidade Estadual de Maringá.

***** Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá.



Trabalho 266

PREVALÊNCIA DE CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E FATORES DE RISCO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA CLASSE CARDIOVASCULAR EM PACIENTES BARIÁTRICOS

Lívia Moreira Barros¹

Rosa Aparecida Nogueira Moreira²

Joselany Áfio Caetano³

Natasha Marques Frota⁴

Ires Lopes Custódio⁵

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência das características definidoras e dos fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem da classe cardiovascular em indivíduos que estão vivenciando o pós-operatório imediato da cirurgia bariátrica. Estudo descritivo de caráter transversal desenvolvido no período de julho de 2010 a maio de 2011 em um hospital de Fortaleza, Ceará, Brasil. Foram incluídos no estudo 59 pacientes bariátricos e a coleta de dados foi realizada com um instrumento estruturado de acordo com a NANDA Internacional. Foram identificadas as características definidoras e os fatores relacionados dos diagnósticos: Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída (86,4%); Perfusão Tissular Periférica Ineficaz (78,0%); Débito Cardíaco Diminuído (76,3%); Intolerância a Atividade (74,6%) e Risco de Perfusão Renal Ineficaz (72,9%). Conclui-se que a avaliação dos níveis de resposta humana para a formulação dos diagnósticos norteará os cuidados a serem prestados ao paciente bariátrico visando à promoção de saúde e a prevenção de complicações.

Descritores: Cirurgia bariátrica, diagnóstico de enfermagem, enfermagem.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC.

² Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

⁴ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC.

⁵ Enfermeira. Especialista em Médico-Cirúrgico e do Trabalho. Mestre em Enfermagem na Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. E-mail: iresl.custodio@gmail.com



Trabalho 267

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA NEONATOLOGIA E PEDIATRIA

RESUMO SIMPLIS:

INTRODUÇÃO: Uma das ferramentas utilizadas pelo enfermeiro para implantação e operacionalização do cuidar é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)⁽¹⁾. **OBJETIVO:** Identificar a percepção dos enfermeiros sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Pesquisa qualitativa, realizada de julho de 2012 a maio de 2013 na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e na Clínica Médica Pediátrica do Hospital Regional de Ceilândia – Distrito Federal. Os dados foram obtidos por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada, a técnica para coleta de dados foi à história oral temática e a análise das informações foi realizada por meio da análise temática. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **RESULTADOS:** Constatou-se que as enfermeiras pesquisadas demonstraram possuir um conhecimento quanto ao conceito de SAE, muito embora nem todas as fases do processo de enfermagem encontram-se implementadas em suas unidades, sendo que, as dificuldades para a realização da SAE concentram-se na escassez de tempo e recursos humanos, no déficit de conhecimento sobre a SAE e o uso do computador, e à falta de obrigatoriedade no serviço. O Diagnóstico de Enfermagem no prontuário eletrônico foi visto como uma ferramenta positiva e a utilização do prontuário eletrônico para realização da SAE mostrou-se vantajoso. **CONCLUSÃO:** A identificação da percepção das enfermeiras sobre a SAE propiciou o reconhecimento das necessidades educativas para subsidiar a implementação da sistematização nas unidades pesquisadas. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** As informações obtidas neste estudo contribuem para direcionar as práticas de capacitação destas profissionais afim de que ocorra a implementação da SAE. **REFERÊNCIA:** 1- Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Rev Bras Enferm. 2005 [cited 2012 Mar 31];58(3):325-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a14v58n3.pdf>

DESCRITORES: Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem.

EIXO TEMÁTICO DO EVENTO: Eixo 2: Assistência de enfermagem



Trabalho 268

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e sua relação com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas

RESUMO

Este estudo teve como objetivo apresentar uma proposta de integração entre a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem CIPE® e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas proposta por Wanda Horta. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa metodológica, não experimental, focada na proposta de sistematização da CIPE® inter-relacionando-a com a Teoria das Necessidades Humanas, possibilitando a aplicabilidade da taxonomia e do referencial teórico às atividades práticas das disciplinas do Curso de Enfermagem da instituição lócus da pesquisa e quiçá a sua utilização por outras instituições de ensino e assistência, contribuindo com o desenvolvimento do conhecimento na Enfermagem. Da análise dos 645 enunciados para diagnóstico/resultados de enfermagem e dos 487 enunciados para intervenções de enfermagem foi possível classificar 352 diagnósticos/resultados de enfermagem e 233 intervenções de enfermagem na subcategoria de necessidade psicobiológicas; 279 diagnósticos/resultados de enfermagem e 242 intervenções de enfermagem na subcategoria de necessidade psicossociais e um número pequeno na subcategoria de necessidade psicoespirituais - 14 diagnósticos/resultados de enfermagem e 12 intervenções de enfermagem. Espera-se, portanto que os acadêmicos de enfermagem e enfermeiros avaliem de modo crítico e reflexivo a sua prática profissional, buscando desenvolver competências e habilidades em prol da ciência da Enfermagem, bem como, espera-se que o presente estudo possa vir a contribuir com os avanços na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Sistema de classificação; Tecnologia da informação.



Trabalho 269

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM FADIGA, INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE E DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA HOSPITALIZADOS.

JULIANA DE MELO VELLOZO PEREIRA¹, ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI².

Introdução: Este estudo teve o objetivo de identificar a evolução temporal dos diagnósticos de enfermagem fadiga, intolerância à atividade e débito cardíaco diminuído em pacientes com insuficiência cardíaca (IC), hospitalizados e verificar associação entre as características definidoras e os referidos diagnósticos de enfermagem. **Métodos:** Estudo longitudinal observacional em 72 pacientes consecutivos hospitalizados com IC em Clínicas Médicas de dois centros em Niterói-RJ, entre abril/2011 e março/2012. **Resultados:** Débito cardíaco diminuído foi o diagnóstico mais prevalente, frequente em 79% dos pacientes na primeira semana, em 69,3% na segunda observação, e em 61,3% na terceira semana, com redução de frequência significativa ($p=0,013$), assim como as características definidoras dispneia ($p=0,02$), distensão da veia jugular ($p<0,001$) e edema ($p=0,004$). **Conclusão:** A alta prevalência do diagnóstico débito cardíaco diminuído e suas características definidoras mais presentes, monitoradas durante a internação em clínicas médicas, podem tornar-se indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem na IC.

Descritores: Diagnósticos de enfermagem; Insuficiência cardíaca; Pacientes internados.

Referências:

De Normatizações C, Da Sbc D. III Diretriz Brasileira de insuficiência cardíaca crônica. Arq Bras Cardiol. 2009;93(1 supl 1):1-71.

Association NANDA, Garcez RM. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014: Artmed; 2012.

Adams KF, Fonarow GC, Emerman CL, LeJemtel TH, Costanzo MR, Abraham WT, et al. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: rationale, design, and preliminary observations from the first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). American heart journal. 2005;149(2):209-16.

Martins QCS, Aliti G, Rabelo ER. Decreased cardiac output: clinical validation in patients with decompensated heart failure. International Journal of Nursing Knowledge. 2010;21(4):156-65.

Eixo 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM

1- Enfermeira; Mestre em Ciências Cardiovasculares. Membro associado efetivo da ABEn. E-mail: javellozo.uff@gmail.com. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL; 2- Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação em Ciências Cardiovasculares – Universidade Federal Fluminense. Membro associado efetivo da ABEn.



ÍNDICE - POR CATEGORIA

Eixo 01: Ensino de Enfermagem

1	CAPACITAÇÃO EM SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	2
2	ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	5
3	FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PERSPECTIVA ECOSSISTEMICA	7
4	INTENÇÕES E VALORES DE UMA FERRAMENTA COMPUTACIONAL PARA AUXÍLIO AO ENSINO DO PROCESSO DE RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO	10
5	COMPONENTES DA TEORIA SOCIAL DE APRENDIZAGEM IDENTIFICADOS NUMA FERRAMENTA COMPUTACIONAL PARA ENSINO NA ENFERMAGEM	13
6	ESTUDO DE CASO COMO SISTEMÁTICA DE ENSINO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	19
7	DOCÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CAMPO PRÁTICO DE GERENCIAMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	22
8	ENSINO/APRENDIZAGEM DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA OPINIÃO DO MONITOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	23
9	CONCEPCOES E ESTRATEGIAS DO PROFESSOR PARA DESENVOLVER O PENSAMENTO CRITICO REFLEXIVO DO ALUNO	24
10	IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO EM UM AMBULATÓRIO ESCOLA NA REGIÃO SERRANA ? RJ.	28
11	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA	30
12	RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE GRADUAÇÃO SANDUÍCHE NA PERSPECTIVA DAS TAXONOMIAS DE ENFERMAGEM	33
13	O JOGO EDUCATIVO COMO PROPOSTA DE ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	35
14	CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS	37
15	A INSERÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO SEIVA EM UM CURRÍCULO INTEGRADO: ANÁLISE DOCUMENTAL	40
16	PROPOSTA CURRICULAR COM PRIORIDADE NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)	43
17	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE UMA NUTRIZ COM TRAUMA MAMILAR: RELATO DE PORTFÓLIO REFLEXIVO.	46
18	RELAÇÃO DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E O GRAU DE DEPENDÊNCIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	48
19	CONSULTA DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIA NA PROMOÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	51
20	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS	52
21	ESTUDO DE CASO COMO EXERCÍCIO À TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	54
22	PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM EM UM PROGRAMA DE ORTOPEdia E REABILITAÇÃO INFANTIL	57
23	ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS ESCOLAS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM UM ESTADO DO SUL DO BRASIL	61
24	O ENSINO DA ENFERMAGEM E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MACAÉ	62
25	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA, UM ESTUDO DE CASO	65



26	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM REALIZADAS EM PACIENTES DA CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.	66
27	ESTRATÉGIAS DE ENSINO DE NANDA-I, NIC E NOC CITADAS EM EVENTO BRASILEIRO	69
28	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: ENSINO, APRENDIZAGEM E PRÁTICA	70
29	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE FAMILIARES DE CRIANÇA HOSPITALIZADA PORTADORA DE DOENÇA CRÔNICA: RELATOS DE PORTFÓLIOS REFLEXIVOS.	73
30	SAE NAS AULAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICA	75
31	A APROXIMAÇÃO COM A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIVERSIDADE FEDERAL FRONTEIRA SUL - UFFS NA PERSPECTIVA DOS ACADÊMICOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	78
32	DIAGNÓSTICOS DO VIVER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	81
33	CONSTRUÇÕES E DESCONSTRUÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS COM DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: COMO FAZER DAR CERTO? - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	84
34	VALIDAÇÃO DE ESTUDOS CLÍNICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARE EDUCATIVO QUE CONTRIBUA NO ESTABELECIMENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ACURADOS	85
35	O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA E HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL NA PERSPECTIVA DE DOCENTES E ENFERMEIROS	87
36	PROBLEMÁTICAS VIVÊNCIADAS NA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O ESTÁGIO URBANO NO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	88
37	APRENDENDO-CUIDANDO E PESQUISANDO - SITUAÇÃO DE ENSINO TEÓRICO PRÁTICO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: ESTUDO DE CASO	90
38	CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIRAS ATRAVÉS DE MINICURSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.	93
39	SISTEMATIZANDO UMA LINHA DE CUIDADO ORIENTADA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO FAMILIAR	97
40	PENCEN: SOFTWARE DE APOIO À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	100
41	COMPARAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS POR NOVATOS, INTERMEDIÁRIOS E FORMANDOS	102

Eixo 02: Assistência de Enfermagem

42	AÇÕES DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA E A CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: USO DO MAPEAMENTO CRUZADO	105
43	FUNDAMENTAÇÃO DO PERFIL DOS IDOSOS INTERNADOS NA CLÍNICA MÉDICA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO CIPE®	107
44	FREQUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FALTA DE ADESÃO EM PESSOAS COM HIPERTENSÃO	110
45	COMPORTAMENTO DA ADESÃO TERAPÊUTICA DE PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FALTA DE ADESÃO	112
46	RELAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	115
47	AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICOS DE FAMÍLIAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DO RECIFE-PE	117
48	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CIPE DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS IDENTIFICADOS EM VISITAS DOMICILIARES	120
49	RELEVÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA OPINIÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	123



50	INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DA CIRURGIA BARIÁTRICA	125
51	CONSULTA DE ENFERMAGEM BASEADA NO MODELO DE ATIVIDADE DE VIDA COM UM PACIENTE BARIÁTRICO	128
52	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS NUTRIZES USUÁRIAS DO BANCO DE LEITE HUMANO	131
53	DESCRIÇÃO DE TERMOS DA LINGUAGEM DE ENFERMAGEM UTILIZADA NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE TRANSPLANTE RENAL	134
54	ASSOCIAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS À MNEMÔNICA FAST HUGS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	137
55	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DA TEORIA À PRÁTICA	139
56	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR CIRÚRGICA	142
57	O RACIOCÍNIO CRÍTICO NA GRADUAÇÃO: INTERFACES ENTRE O EXAME FÍSICO E O PROCESSO DE ENFERMAGEM	145
58	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTEVENÇÕES A UM IDOSO HOSPITALIZADO E SEU ACOMPANHANTE: ESTUDO DE CASO UTILIZANDO A CIPE®	149
59	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS EM PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE CARDIOLOGIA	152
60	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CIPE® EM NEURORREABILITAÇÃO	156
61	PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ E CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA	158
62	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E FATORES RELACIONADOS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES BARIÁTRICOS NO PÓS-OPERATÓRIO	161
63	PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ: RESULTADOS ESPERADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA	164
64	O DIAGNÓSTICO COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA SEGUNDO AS CLASSIFICAÇÕES NANDA, NOC E NIC: UMA REVISÃO CRÍTICA	167
65	INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA PAUTADO NA NOC	170
66	A IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM PROGRAMA DE ORTOPIEDIA E REABILITAÇÃO INFANTIL: DA TEORIA À PRÁTICA	173
67	CONSTRUÇÃO DE UM FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA	174
68	COMPARAÇÃO DO DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA EM ADULTOS E IDOSOS	177
69	PROPOSTA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM RISCO PARA RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA	178
70	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A ERROS EM IMUNIZAÇÃO, NO PARANÁ	181
71	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADOS DURANTE A ASSISTÊNCIA A PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO EM UMA CLÍNICA NEUROCIRÚRGICA	182
72	A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO COM MIELOMENINGOCELE SUBMETIDO A ENTEROCISTOPLASTIA: ESTUDO DE CASO.	185
73	A IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	188
74	PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PUERPÉRIO IMEDIATO, FUNDAMENTADA POR DOROTHEA ELIZABETH OREM	189
75	O PROCESSO DE CUIDAR EM TERAPIA INTENSIVA	192
76	CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DE FERIDAS	194



77	CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DIAGNÓSTICO RISCO DE QUEDAS	197
78	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTES COM A DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE	198
79	ASSOCIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE E DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE	201
80	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO: RELATO DE CASO.	204
81	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES INTRADIALÍTICAS DE PACIENTES RENAI CRÔNICOS	205
82	ACESSOS VENOSOS PARA HEMODIÁLISE: AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES PELA ENFERMAGEM	206
83	PREVALÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES COM AIDS DE ACORDO COM A NANDA	208
84	PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FALTA DE ADESÃO EM PACIENTES COM AIDS	209
85	SINAIS E SINTOMAS DO EXCESSO DE LÍQUIDO EM PACIENTES RENAI CRÔNICOS	212
86	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	215
87	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA	218
88	FREQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CIPE® EM NEURORREABILITAÇÃO DE PACIENTES SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	221
89	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE NA ROCINHA: UMA VISÃO DO ENFERMEIRO.	223
90	A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	226
91	MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICA NO IDOSO: ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS	229
92	GRUPO DE APOIO COMO ESTRATÉGIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	230
93	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O FENÔMENO ?LACTAÇÃO?	233
94	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO SUBMETIDOS À RADIOTERAPIA	235
95	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PUERICULTURA	237
96	OS ESTRESSORES DOMINANTES NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO COMPARATIVO	238
97	APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM PACIENTE SUBMETIDO À HEMODIÁLISE	239
98	MODO DE ADAPTAÇÃO DA TEORIA DE ROY EM UM PACIENTE EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO	242
99	O CONHECIMENTO ESTÉTICO E SUA APLICAÇÃO NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM	245
100	LEVANTAMENTO DOS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO CIPE® EM ADOLESCENTES COM ESCOLIOSE	247
101	PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO PÓS-TROMBÓLISE: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA	248
102	NEGLIGÊNCIA UNILATERAL EM PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA	249
103	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A HUMANIZAÇÃO AO PARTO NORMAL	250
104	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE (24 HORAS)	252



105	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM ANOMALIA CONGÊNITA MÚLTIPLA: ESTUDO DE CASO	256
106	CÂNCER DE MAMA NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO	257
107	: CRANIOFARINGIOMA: UM RELATO DE CASO	260
108	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) NA PRÁTICA HOSPITALAR DAS ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ	263
109	SAE AO PACIENTE ACOMETIDO DE CÂNCER DE MAMA SUBMETIDO À MASTECTOMIA RADICAL - INTRAOPERATÓRIO	265
110	MAPEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À USUÁRIOS COM ÚLCERAS VASCULARES EM UMA CIDADE DO INTERIOR DE GOIÁS	268
111	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA	271
112	MAPEAMENTO CRUZADO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO E A NIC	272
113	CONHECER O TERRITÓRIO PARA REFLETIR SOBRE A INTERVENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA	274
114	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM (CIPE) PARA CRIANÇAS ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO ESCOLAR	275
115	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA	276
116	REFLEXÃO A CERCA DA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE: UM CASO CLÍNICO PEDIÁTRICO	277
117	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO PARA O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE COLETIVA: O USO DA TIPESC E A EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA.	279
118	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NANDA® PARA A REALIZAÇÃO DE PUNÇÃO VENOSA E ADMINISTRAÇÃO DE SOROTERAPIA	281
119	IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	283
120	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À UM ADOLESCENTE PÓS CETOACIDOSE DIABÉTICA	286
121	O MANEJO DA DOR ONCOLÓGICA AO PACIENTE ADULTO NO DOMICÍLIO: UMA PERSPECTIVA DA TEORIA DE OREM	289
122	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICA NÃO-TRANSMISSÍVEL: UM ESTUDO DE CASO	291
123	LEVANTAMENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE CIRURGIA GERAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO	292
124	ESTUDO DAS INTERVENÇÕES PARA PREVENÇÃO DE QUEDA EM PACIENTES NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICA E CIRÚRGICA	295
125	VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO ESTADO DO TOCANTINS	296
126	A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ADULTO: COMPROMISSO PROFISSIONAL E SOCIAL	298
127	PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CONSULTA DE PRÉ-TESTE DE HIV EM CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO	301
128	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE VALVULOPATA COM ARRITMIA E REAÇÃO ADVERSA MEDICAMENTOSA	304
129	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO VIVER DO PACIENTE COM CÂNCER	307
130	RISCO DO OLHO SECO: UMA REFLEXÃO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA TERAPIA INTENSIVA	310
131	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	313
132	ATUALIZAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS	315



133	ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM UTILIZADAS NA AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR	318
134	DÉFICITS DE AUTOCAUIDADO E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS DURANTE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM COINFEÇÃO HIV/TUBERCULOSE	321
135	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA	323
136	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: MAPEAMENTO CRUZADO DOS TERMOS UTILIZADOS NOS REGISTROS COM A TAXONOMIA DA NANDA-I	326
137	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS COM ÚLCERAS VENOSAS ATRAVÉS DA VISITA DOMICILIAR	329
138	COLETA DE DADOS PARA CLIENTES HOSPITALIZADOS EM UMA CLÍNICA DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS	332
139	COMPLICAÇÕES DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	335
140	IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE DANOS CRÔNICOS EM ÂMBITO AMBULATORIAL	336
141	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS QUE UTILIZARAM FRALDAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO	337
142	ASSITÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE CASO	340
143	DRENAGEM TORÁCICA: O CONHECIMENTO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA CIRÚRGICA	343
144	FITA ADESIVA ESTÉRIL: AVALIAÇÃO DA REMOÇÃO E DE EVENTOS ADVERSOS NO CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO	346
145	MULTIPLICIDADE DE FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	349
146	CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE ESCOLAR: SATISFAÇÃO DOS ADOLESCENTES.	351
147	ACEITAÇÃO DOS PAIS À CONSULTA DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE NO AMBIENTE ESCOLAR	353
148	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM MULHERES AVALIADAS PELO PROTOCOLO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	354
149	A ESCOLHA INFORMADA COMO UM DESAFIO NA ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA DE ENFERMAGEM À MULHER FRENTE À OPÇÃO PELA VIA DE PARTO	357
150	ÍNDICE DE BARTHEL VERSUS CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM - INTERVENÇÕES PARA PESSOAS COM LESÃO MEDULAR	360
151	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOS IDOSOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR	364
152	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CARDIOPATA SUBMETIDO À TERAPIA INFUSIONAL POR CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)	366
153	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DA PNEUMONIA EM UNIDADE HOSPITALAR PEDIÁTRICA	369
154	EFETIVIDADE DE INTERVENÇÕES NIC NA MELHORA DE RESULTADOS NOC DE INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	372
155	EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ?AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE? EM PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA SOB ACOMPANHAMENTO EM AMBULATORIO DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DO SEGUIMENTO DE UM ANO	373
156	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA MÉDICA MASCULINA	376
157	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES IDOSOS HOSPITALIZADOS NA CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY/UFPB	379
158	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO MODO FISIOLÓGICO ELIMINAÇÃO PARA PACIENTES EM REABILITAÇÃO FÍSICA	382



159	PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE PARAPLÉGICO ACOMETIDO POR FERIDAS: ESTUDO DE CASO CLÍNICO.	385
160	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO	389
161	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A PACIENTES SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA DE QUADRIL	393
162	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE TRANSPLANTE RENAL	396
163	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO DE TRANSPLANTE RENAL, UM ESTUDO DE CASO	398
164	PET-SAÚDE NA IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM VISANDO A ADESAO DE MULHERES AO EXAME PAPANICOLAU EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	399
165	O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ACOMPANHADOS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA: ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO E SOCIO DEMOGRÁFICO	403
166	UTILIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PEDIATRIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	406
167	DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM EM CLÍNICA MÉDICA FEMININA	409
168	ESTRUTURAÇÃO DA ABORDAGEM DE ENFERMAGEM DURANTE PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO	412
169	RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: UM ESTUDO PRELIMINAR	415
170	DIAGNÓSTICOS NANDA E INTERVENÇÕES NIC PARA UMA CRIANÇA EM TERAPIA INTENSIVA	418

Eixo 03: Pesquisa em Enfermagem

171	ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POR ENFERMEIROS BRASILEIROS	419
172	FACILIDADES ENCONTRADAS NA REALIZAÇÃO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA	422
173	FREQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL A PACIENTES COM LESÕES.	425
174	DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM NA FAMÍLIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO	428
175	PERSPECTIVAS DE FUTURO DE FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO À LUZ DA FENOMENOLOGIA SOCIAL	431
176	AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DO RESULTADO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL	433
177	CONSENSO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM NOC PARA PACIENTES ORTOPÉDICOS	436
178	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	439
179	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	440
180	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM MULHERES CLIMATÉRICAS	441
181	SINTOMATOLOGIA CLIMATÉRICA: IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	444
182	PROCESSO DE ENFERMAGEM: ELABORANDO UM CONCEITO BASEADO NA PRÁTICA PROFISSIONAL	447
183	APROXIMAÇÃO DAS TEORIAS DE DOROTHEA OREM E CALLISTA ROY NO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM NEURORREABILITAÇÃO	448
184	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO CIPE® EM CRIANÇA COM DISFAGIA EM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO INFANTIL	450



185	CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE REGISTROS DE ENFERMAGEM INFORMATIZADOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SOB PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	451
186	ATITUDES DE ENFERMEIROS FRENTE AOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	452
187	AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DE NUTRIÇÃO EQUILIBRADA EM UM IDOSO CEGO: ESTUDO DE CASO	453
188	LIMPEZA DE UMA BASE DE DADOS DE EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A CONSTRUÇÃO DE UM BANCO DE TERMOS DA LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM	456
189	REGISTROS DE ENFERMAGEM: IMPORTÂNCIA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO E PRÁTICAS SEGURAS	459
190	CONSTRUÇÃO DE CATÁLOGO CIPE®: ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 0 A 3 ANOS	462
191	ELABORAÇÃO E USO DE QUESTIONÁRIO VIRTUAL PARA VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	466
192	A UTILIZAÇÃO DA ANÁLISE DE DISCURSO NA PESQUISA EM ENFERMAGEM	469
193	UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE ANÁLISE DE CONCEITO PROPOSTA POR WALKER E AVANT EM PESQUISAS DE ENFERMAGEM	471
194	ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO BRASIL	474
195	CARACTERÍSTICAS DOS GRUPOS DE PESQUISA EM RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO CADASTRADOS NA PLATAFORMA LATTES DO CNPQ	477
196	ASPECTOS CLÍNICOS DE PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM	480
197	ÚLCERA VENOSA: IDENTIFICANDO OS FATORES DE RISCO ATRAVÉS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM	482
198	A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: OLHAR DOS ACADÊMICOS DE UM CURRÍCULO INTEGRADO DE ENFERMAGEM	483
199	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NUM HOSPITAL GERAL DE ENSINO: VANTAGENS E DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO	486
200	CONTRIBUIÇÃO DO GENOGRAMA PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM FAMÍLIAS	488
201	CRIANÇAS ATENDIDAS EM EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA E OS PRINCIPAIS DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS E GASTROINTESTINAIS	491
202	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS	494
203	SAÚDE BUCAL E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	497
204	REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA: UMA ANÁLISE DE CONCEITO	498
205	REVISÃO DO DIAGNÓSTICO RISCO DE CHOQUE	501
206	REVISÃO INTEGRATIVA DOS MÉTODOS DA AVALIAÇÃO DA MEMÓRIA DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	504
207	MAGNITUDE DA ASSOCIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS EM CRIANÇAS COM INFECÇÃO RESPIRATÓRIA.	505
208	DESENVOLVIMENTO INFANTIL: CONSTRUINDO O CONCEITO	508
209	PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	511
210	ANÁLISE DE CONCEITO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE RISCO DE LESÃO DO TRATO URINÁRIO: PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	512
211	VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO E RISCO PARA Desequilíbrio no volume de líquidos: VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	514
212	MUDANÇA DE PARADIGMAS DURANTE A HISTÓRIA DA PESQUISA EM ENFERMAGEM ATÉ OS DIAS ATUAIS	515



213	RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: O NOVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	518
214	REPRESENTAÇÕES LÚDICAS DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM ACERCA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	519
215	PERFIL DAS DISSERTAÇÕES E TESES BRASILEIRAS ACERCA DA INTERFACE PROCESSO DE ENFERMAGEM E ATENÇÃO BÁSICA	522
216	PERFIL DAS PRODUÇÕES SOBRE A SAE/PE NAS PÓS-GRADUAÇÕES EM ENFERMAGEM DO NORDESTE DO BRASIL	525
217	ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO BRASIL	526
218	PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO DO PACIENTE NEFROPATA NO TRATAMENTO CONSERVADOR: CONSTRUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NANDA	527
219	MAPEAMENTO DE TERMOS DA CIPE® COM OS ATRIBUÍDOS POR UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS	530
220	MANUAL DE PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM PESSOAS COM HANSENÍASE E TERMOS DA CIPE® VERSÃO 2.0: MAPEAMENTO CRUZADO	533
221	ANÁLISE DO CONCEITO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ?RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA?	536
222	VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA COM FOCO EM LACTENTES	539
223	RISCO DE QUEDAS EM PACIENTES NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO	542
224	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO DOMÍNIO SEGURANÇA/PROTEÇÃO EM PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO	545
225	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DE ACORDO COM O DOMÍNIO NUTRIÇÃO DA NANDA I	547
226	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE INFECÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO	550
227	RESULTADO DE ENFERMAGEM PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO: ANÁLISE DE CONCEITO E VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS	553
228	CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE E OS RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS	556
229	CONTRIBUIÇÃO DE UM CENTRO CIPE® PARA O DESENVOLVIMENTO DE CATÁLOGOS OU SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS DA CIPE®	557
230	IDENTIFICAÇÃO DE TERMOS RELACIONADOS À PRÁTICA DE ENFERMAGEM DIRECIONADA À PESSOA COM DIABETES NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: SUBSÍDIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DE UM CATÁLOGO CIPE®	561
231	MAPEAMENTO DE TERMOS RELACIONADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	564
232	O USO DE FRALDA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: CORRELAÇÃO COM LESÕES DERMATOLÓGICAS, INCONTINÊNCIA URINÁRIA E QUALIDADE DE VIDA.	567
233	DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM VÍNCULO MÃE-FILHO	570
234	RELAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E QUALIDADE DE VIDA EM	573
235	REALIDADE OBJETIVA DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NUM HOSPITAL ESCOLA DE CURITIBA / PR.	575
236	FREQUÊNCIA DE INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL A LESÕES TISSULARES	576
237	CONCORDÂNCIA INTEROBSERVADORES NA AVALIAÇÃO DO RESULTADO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO: ATIVIDADE PRESCRITA EM PACIENTES COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL	579
238	VALIDAÇÃO DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE PARA DOR ONCOLÓGICA	581
239	IDENTIFICAÇÃO E VALIDAÇÃO DE TERMOS DE LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO FÍSICA MOTORA DE PACIENTES ADULTOS	584



240	O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO CIRÚRGICO SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	587
241	O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE HORTA E A TAXONOMIA DA NANDA: UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	590
242	CORRELAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COM FATORES DE RISCO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE NITERÓI/RJ	591
243	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM USUÁRIOS INFECTADOS PELO HIV AVALIADOS PELO PROTOCOLO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	592
244	DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM USUÁRIOS COM NEOPLASIAS AVALIADOS PELO PROTOCOLO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	596
245	VALIDAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA EM ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS	599

Eixo 04: Gestão em Enfermagem

246	GERÊNCIA E ASSISTÊNCIA: O PAPEL DO ENFERMEIRO NA SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO	600
247	AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE NO ATENDIMENTO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	603
248	HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: UMA FERRAMENTA PARA GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	606
249	A ENFERMAGEM NA GESTÃO DA VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO, NO PARANÁ	607
250	LEVANTAMENTO DA PRINCIPAL CAUSA DE PERDAS DE IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS NO PARANÁ: UM SUBSÍDIO PARA A ENFERMAGEM	608
251	IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA	609
252	AUSÊNCIA DO USO FORMAL DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	613
253	VIVÊNCIAS EM ESTÁGIO DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	614
254	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E A REPRESENTATIVIDADE SOCIAL DO GESTOR LOCAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	615
255	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UM INSTRUMENTO DE GESTÃO.	616
256	A IMPORTÂNCIA DO REGISTRO DE ENFERMAGEM PARA AUDITORIA E SEU IMPACTO NO CUIDADO COM O PACIENTE	619
257	INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO - RELATO DE EXPERIÊNCIA	622
258	INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO - RELATO DE EXPERIÊNCIA	623
259	CARACTERIZAÇÃO DE TESES E DISSERTAÇÕES QUE VERSAM SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E GESTÃO DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	625
260	ENFERMEIRO COMO SINALIZADOR DO CUIDADO: UMA AÇÃO GERENCIAL POR MEIO DO USO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	628
261	ANÁLISE DO ATRASO NO CALENDÁRIO VACINAL UTILIZANDO A TIPESC-BELO HORIZONTE 2011-2012	631
262	COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DURANTE A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: UMA RESPONSABILIDADE SOCIAL	634
263	REPERCUSSÕES GERENCIAIS DA ROTATIVIDADE DE PESSOAL SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS	637
264	SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES COMO SUBSÍDIO PARA O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL: REVISÃO DA LITERATURA	640



265 O FORTALECIMENTO DE REDES DE ATENÇÃO VIABILIZANDO PROTOCOLOS DE ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATORIA 644

Prêmio "Maria Miriam Lima da Nóbrega"

266 PREVALÊNCIA DE CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E FATORES DE RISCO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA CLASSE CARDIOVASCULAR EM PACIENTES BARIÁTRICOS 647

267 PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA NEONATOLOGIA E PEDIATRIA 648

268 A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E SUA RELAÇÃO COM A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS 649

269 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM FADIGA, INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE E DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA HOSPITALIZADOS 650



ÍNDICE - POR TÍTULO

107	: CRANIOFARINGIOMA: UM RELATO DE CASO	260
31	A APROXIMAÇÃO COM A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIVERSIDADE FEDERAL FRONTEIRA SUL - UFFS NA PERSPECTIVA DOS ACADÊMICOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	78
249	A ENFERMAGEM NA GESTÃO DA VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO, NO PARANÁ	607
149	A ESCOLHA INFORMADA COMO UM DESAFIO NA ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA DE ENFERMAGEM À MULHER FRENTE À OPÇÃO PELA VIA DE PARTO	357
66	A IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM PROGRAMA DE ORTOPEdia E REABILITAÇÃO INFANTIL: DA TEORIA À PRÁTICA	173
73	A IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	188
256	A IMPORTÂNCIA DO REGISTRO DE ENFERMAGEM PARA AUDITORIA E SEU IMPACTO NO CUIDADO COM O PACIENTE	619
15	A INSERÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO SEIVA EM UM CURRÍCULO INTEGRADO: ANÁLISE DOCUMENTAL	40
126	A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ADULTO: COMPROMISSO PROFISSIONAL E SOCIAL	298
72	A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO COM MIELOMENINGOCELE SUBMETIDO A ENTEROCISTOPLASTIA: ESTUDO DE CASO.	185
90	A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	226
198	A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: OLHAR DOS ACADÊMICOS DE UM CURRÍCULO INTEGRADO DE ENFERMAGEM	483
192	A UTILIZAÇÃO DA ANÁLISE DE DISCURSO NA PESQUISA EM ENFERMAGEM	469
147	ACEITAÇÃO DOS PAIS À CONSULTA DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE NO AMBIENTE ESCOLAR	353
82	ACESSOS VENOSOS PARA HEMODIÁLISE: AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES PELA ENFERMAGEM	206
42	AÇÕES DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA E A CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: USO DO MAPEAMENTO CRUZADO	105
187	AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DE NUTRIÇÃO EQUILIBRADA EM UM IDOSO CEGO: ESTUDO DE CASO	453
194	ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO BRASIL	474
217	ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO BRASIL	526
210	ANÁLISE DE CONCEITO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE RISCO DE LESÃO DO TRATO URINÁRIO: PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	512
261	ANÁLISE DO ATRASO NO CALENDÁRIO VACINAL UTILIZANDO A TIPESC-BELO HORIZONTE 2011-2012	631
221	ANÁLISE DO CONCEITO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ?RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA?	536
97	APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM PACIENTE SUBMETIDO À HEMODIÁLISE	239
37	APRENDENDO-CUIDANDO E PESQUISANDO - SITUAÇÃO DE ENSINO TEÓRICO PRÁTICO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: ESTUDO DE CASO	90
183	APROXIMAÇÃO DAS TEORIAS DE DOROTHEA OREM E CALLISTA ROY NO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM NEURORREABILITAÇÃO	448



196	ASPECTOS CLÍNICOS DE PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM	480
70	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A ERROS EM IMUNIZAÇÃO, NO PARANÁ	181
94	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO SUBMETIDOS À RADIOTERAPIA	235
120	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À UM ADOLESCENTE PÓS CETOACIDOSE DIABÉTICA	286
105	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM ANOMALIA CONGÊNITA MÚLTIPLA: ESTUDO DE CASO	256
103	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A HUMANIZAÇÃO AO PARTO NORMAL	250
81	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES INTRADIALÍTICAS DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS	205
142	ASSITÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE CASO	340
79	ASSOCIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE E DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE	201
54	ASSOCIAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS À MNEMÔNICA FAST HUGS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	137
186	ATITUDES DE ENFERMEIROS FRENTE AOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	452
132	ATUALIZAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS	315
252	AUSÊNCIA DO USO FORMAL DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	613
176	AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DO RESULTADO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL	433
247	AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE NO ATENDIMENTO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	603
47	AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICOS DE FAMÍLIAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DO RECIFE-PE	117
106	CÂNCER DE MAMA NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO	257
38	CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIRAS ATRAVÉS DE MINICURSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.	93
1	CAPACITAÇÃO EM SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	2
62	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E FATORES RELACIONADOS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES BARIÁTRICOS NO PÓS-OPERATÓRIO	161
195	CARACTERÍSTICAS DOS GRUPOS DE PESQUISA EM RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO CADASTRADOS NA PLATAFORMA LATTES DO CNPQ	477
259	CARACTERIZAÇÃO DE TESES E DISSERTAÇÕES QUE VERSAM SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E GESTÃO DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	625
114	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM (CIPE) PARA CRIANÇAS ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO ESCOLAR	275
138	COLETA DE DADOS PARA CLIENTES HOSPITALIZADOS EM UMA CLÍNICA DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS	332
68	COMPARAÇÃO DO DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA EM ADULTOS E IDOSOS	177
41	COMPARAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS POR NOVATOS, INTERMEDIÁRIOS E FORMANDOS	102
262	COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DURANTE A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: UMA RESPONSABILIDADE SOCIAL	634
139	COMPLICAÇÕES DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	335



5	COMPONENTES DA TEORIA SOCIAL DE APRENDIZAGEM IDENTIFICADOS NUMA FERRAMENTA COMPUTACIONAL PARA ENSINO NA ENFERMAGEM	13
45	COMPORTAMENTO DA ADESÃO TERAPÊUTICA DE PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FALTA DE ADESÃO	112
9	CONCEPCOES E ESTRATEGIAS DO PROFESSOR PARA DESENVOLVER O PENSAMENTO CRITICO REFLEXIVO DO ALUNO	24
237	CONCORDÂNCIA INTEROBSERVADORES NA AVALIAÇÃO DO RESULTADO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO: ATIVIDADE PRESCRITA EM PACIENTES COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL	579
113	CONHECER O TERRITÓRIO PARA REFLETIR SOBRE A INTERVENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA	274
177	CONSENSO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM NOC PARA PACIENTES ORTOPÉDICOS	436
190	CONSTRUÇÃO DE CATÁLOGO CIPE®: ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 0 A 3 ANOS	462
14	CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS	37
185	CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE REGISTROS DE ENFERMAGEM INFORMATIZADOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SOB PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	451
67	CONSTRUÇÃO DE UM FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA	174
33	CONSTRUÇÕES E DESCONSTRUÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS COM DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: COMO FAZER DÁR CERTO? - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	84
51	CONSULTA DE ENFERMAGEM BASEADA NO MODELO DE ATIVIDADE DE VIDA COM UM PACIENTE BARIÁTRICO	128
76	CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DE FERIDAS	194
146	CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE ESCOLAR: SATISFAÇÃO DOS ADOLESCENTES.	351
19	CONSULTA DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIA NA PROMOÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	51
229	CONTRIBUIÇÃO DE UM CENTRO CIPE® PARA O DESENVOLVIMENTO DE CATÁLOGOS OU SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS DA CIPE®	557
200	CONTRIBUIÇÃO DO GENOGRAMA PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM FAMÍLIAS	488
242	CORRELAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COM FATORES DE RISCO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE NITERÓI/RJ	591
228	CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE E OS RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS	556
201	CRIANÇAS ATENDIDAS EM EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA E OS PRINCIPAIS DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS E GASTROINTESTINAIS	491
77	CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DIAGNÓSTICO RISCO DE QUEDAS	197
134	DÉFICITS DE AUTOCUIDADO E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS DURANTE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM COINFECÇÃO HIV/TUBERCULOSE	321
233	DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM VÍNCULO MÃE-FILHO	570
53	DESCRIÇÃO DE TERMOS DA LINGUAGEM DE ENFERMAGEM UTILIZADA NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE TRANSPLANTE RENAL	134
208	DESENVOLVIMENTO INFANTIL: CONSTRUINDO O CONCEITO	508
56	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR CIRÚRGICA	142



78	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTES COM A DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE	198
226	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE INFECÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO	550
254	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E A REPRESENTATIVIDADE SOCIAL DO GESTOR LOCAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	615
135	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA	323
48	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CIPE DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS IDENTIFICADOS EM VISITAS DOMICILIARES	120
60	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CIPE® EM NEURORREABILITAÇÃO	156
29	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE FAMILIARES DE CRIANÇA HOSPITALIZADA PORTADORA DE DOENÇA CRÔNICA: RELATOS DE PORTFÓLIOS REFLEXIVOS.	73
136	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: MAPEAMENTO CRUZADO DOS TERMOS UTILIZADOS NOS REGISTROS COM A TAXONOMIA DA NANDA-I	326
17	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE UMA NUTRIZ COM TRAUMA MAMILAR: RELATO DE PORTFÓLIO REFLEXIVO.	46
224	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO DOMÍNIO SEGURANÇA/PROTEÇÃO EM PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO	545
202	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS	494
141	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS QUE UTILIZARAM FRALDAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO	337
180	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM MULHERES CLIMATÉRICAS	441
115	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA	276
225	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DE ACORDO COM O DOMÍNIO NUTRIÇÃO DA NANDA I	547
243	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM USUÁRIOS INFECTADOS PELO HIV AVALIADOS PELO PROTOCOLO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	592
148	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM MULHERES AVALIADAS PELO PROTOCOLO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	354
244	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM USUÁRIOS COM NEOPLASIAS AVALIADOS PELO PROTOCOLO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	596
71	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADOS DURANTE A ASSISTÊNCIA A PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO EM UMA CLÍNICA NEUROCIRÚRGICA	182
178	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	439
179	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	440
156	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA MÉDICA MASCULINA	376
95	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PUERICULTURA	237
174	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA FAMÍLIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO	428
118	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NANDA® PARA A REALIZAÇÃO DE PUNÇÃO VENOSA E ADMINISTRAÇÃO DE SOROTERAPIA	281
163	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO DE TRANSPLANTE RENAL, UM ESTUDO DE CASO	398
111	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA	271
129	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO VIVER DO PACIENTE COM CÂNCER	307
157	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES IDOSOS HOSPITALIZADOS NA CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY/UFPB	379



59	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS EM PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE CARDIOLOGIA	152
184	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO CIPE® EM CRIANÇA COM DISFAGIA EM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO INFANTIL	450
32	DIAGNÓSTICOS DO VIVER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	81
161	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A PACIENTES SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA DE QUADRIL	393
122	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICA NÃO-TRANSMISSÍVEL: UM ESTUDO DE CASO	291
11	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA	30
93	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O FENÔMENO ?LACTAÇÃO?	233
162	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE TRANSPLANTE RENAL	396
26	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM REALIZADAS EM PACIENTES DA CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.	66
167	DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM EM CLÍNICA MÉDICA FEMININA	409
170	DIAGNÓSTICOS NANDA E INTERVENÇÕES NIC PARA UMA CRIANÇA EM TERAPIA INTENSIVA	418
158	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO MODO FISIOLÓGICO ELIMINAÇÃO PARA PACIENTES EM REABILITAÇÃO FÍSICA	382
58	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTEVENÇÕES A UM IDOSO HOSPITALIZADO E SEU ACOMPANHANTE: ESTUDO DE CASO UTILIZANDO A CIPE®	149
7	DOCÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CAMPO PRÁTICO DE GERENCIAMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	22
143	DRENAGEM TORÁCICA: O CONHECIMENTO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA CIRÚRGICA	343
154	EFETIVIDADE DE INTERVENÇÕES NIC NA MELHORA DE RESULTADOS NOC DE INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	372
191	ELABORAÇÃO E USO DE QUESTIONÁRIO VIRTUAL PARA VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	466
260	ENFERMEIRO COMO SINALIZADOR DO CUIDADO: UMA AÇÃO GERENCIAL POR MEIO DO USO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	628
23	ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS ESCOLAS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM UM ESTADO DO SUL DO BRASIL	61
8	ENSINO/APRENDIZAGEM DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA OPINIÃO DO MONITOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	23
2	ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	5
27	ESTRATÉGIAS DE ENSINO DE NANDA-I, NIC E NOC CITADAS EM EVENTO BRASILEIRO	69
168	ESTRUTURAÇÃO DA ABORDAGEM DE ENFERMAGEM DURANTE PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO	412
124	ESTUDO DAS INTERVENÇÕES PARA PREVENÇÃO DE QUEDA EM PACIENTES NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICA E CIRÚRGICA	295
21	ESTUDO DE CASO COMO EXERCÍCIO À TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	54
6	ESTUDO DE CASO COMO SISTEMÁTICA DE ENSINO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	19
171	ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POR ENFERMEIROS BRASILEIROS	419
133	ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM UTILIZADAS NA AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR	318



155	EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ?AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE? EM PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA SOB ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DO SEGUIMENTO DE UM ANO	373
172	FACILIDADES ENCONTRADAS NA REALIZAÇÃO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA	422
144	FITA ADESIVA ESTÉRIL: AVALIAÇÃO DA REMOÇÃO E DE EVENTOS ADVERSOS NO CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO	346
3	FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PERSPECTIVA ECOSISTEMICA	7
88	FREQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CIPE® EM NEURORREABILITAÇÃO DE PACIENTES SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	221
173	FREQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL A PACIENTES COM LESÕES.	425
236	FREQUÊNCIA DE INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL A LESÕES TISSULARES	576
44	FREQUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FALTA DE ADESÃO EM PESSOAS COM HIPERTENSÃO	110
43	FUNDAMENTAÇÃO DO PERFIL DOS IDOSOS INTERNADOS NA CLÍNICA MÉDICA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO CIPE®	107
246	GERÊNCIA E ASSISTÊNCIA: O PAPEL DO ENFERMEIRO NA SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO	600
92	GRUPO DE APOIO COMO ESTRATÉGIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	230
248	HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: UMA FERRAMENTA PARA GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	606
230	IDENTIFICAÇÃO DE TERMOS RELACIONADOS À PRÁTICA DE ENFERMAGEM DIRECIONADA À PESSOA COM DIABETES NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: SUBSÍDIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DE UM CATÁLOGO CIPE®	561
239	IDENTIFICAÇÃO E VALIDAÇÃO DE TERMOS DE LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO FÍSICA MOTORA DE PACIENTES ADULTOS	584
140	IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE DANOS CRÔNICOS EM ÂMBITO AMBULATORIAL	336
251	IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA	609
10	IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO EM UM AMBULATÓRIO ESCOLA NA REGIÃO SERRANA ? RJ.	28
119	IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	283
150	ÍNDICE DE BARTHEL VERSUS CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM - INTERVENÇÕES PARA PESSOAS COM LESÃO MEDULAR	360
257	INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO - RELATO DE EXPERIÊNCIA	622
258	INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO - RELATO DE EXPERIÊNCIA	623
65	INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA PAUTADO NA NOC	170
4	INTENÇÕES E VALORES DE UMA FERRAMENTA COMPUTACIONAL PARA AUXÍLIO AO ENSINO DO PROCESSO DE RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO	10
50	INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DA CIRURGIA BARIÁTRICA	125
250	LEVANTAMENTO DA PRINCIPAL CAUSA DE PERDAS DE IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS NO PARANÁ: UM SUBSÍDIO PARA A ENFERMAGEM	608
123	LEVANTAMENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE CIRURGIA GERAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO	292



100	LEVANTAMENTO DOS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO CIPE® EM ADOLESCENTES COM ESCOLIOSE	247
188	LIMPEZA DE UMA BASE DE DADOS DE EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A CONSTRUÇÃO DE UM BANCO DE TERMOS DA LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM	456
207	MAGNITUDE DA ASSOCIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS EM CRIANÇAS COM INFECÇÃO RESPIRATÓRIA.	505
220	MANUAL DE PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM PESSOAS COM HANSENÍASE E TERMOS DA CIPE® VERSÃO 2.0: MAPEAMENTO CRUZADO	533
112	MAPEAMENTO CRUZADO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO E A NIC	272
110	MAPEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À USUÁRIOS COM ÚLCERAS VASCULARES EM UMA CIDADE DO INTERIOR DE GOIÁS	268
219	MAPEAMENTO DE TERMOS DA CIPE® COM OS ATRIBUÍDOS POR UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS	530
231	MAPEAMENTO DE TERMOS RELACIONADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	564
91	MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICA NO IDOSO: ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS	229
98	MODO DE ADAPTAÇÃO DA TEORIA DE ROY EM UM PACIENTE EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO	242
212	MUDANÇA DE PARADIGMAS DURANTE A HISTÓRIA DA PESQUISA EM ENFERMAGEM ATÉ OS DIAS ATUAIS	515
145	MULTIPLICIDADE DE FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	349
102	NEGLIGÊNCIA UNILATERAL EM PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA	249
240	O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO CIRÚRGICO SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	587
99	O CONHECIMENTO ESTÉTICO E SUA APLICAÇÃO NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM	245
64	O DIAGNÓSTICO COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA SEGUNDO AS CLASSIFICAÇÕES NANDA, NOC E NIC: UMA REVISÃO CRÍTICA	167
241	O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE HORTA E A TAXONOMIA DA NANDA: UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	590
165	O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ACOMPANHADOS EM CLÍNICA ESPECIALIZADA: ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO E SOCIO DEMOGRÁFICO	403
24	O ENSINO DA ENFERMAGEM E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MACAÉ	62
35	O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA E HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL NA PERSPECTIVA DE DOCENTES E ENFERMEIROS	87
265	O FORTALECIMENTO DE REDES DE ATENÇÃO VIABILIZANDO PROTOCOLOS DE ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATORIA	644
13	O JOGO EDUCATIVO COMO PROPOSTA DE ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	35
121	O MANEJO DA DOR ONCOLÓGICA AO PACIENTE ADULTO NO DOMICÍLIO: UMA PERSPECTIVA DA TEORIA DE OREM	289
75	O PROCESSO DE CUIDAR EM TERAPIA INTENSIVA	192
57	O RACIOCÍNIO CRÍTICO NA GRADUAÇÃO: INTERFACES ENTRE O EXAME FÍSICO E O PROCESSO DE ENFERMAGEM	145
232	O USO DE FRALDA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: CORRELAÇÃO COM LESÕES DERMATOLÓGICAS, INCONTINÊNCIA URINÁRIA E QUALIDADE DE VIDA.	567



96	OS ESTRESSORES DOMINANTES NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO COMPARATIVO	238
101	PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO PÓS-TROMBÓLISE: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA	248
61	PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ E CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA	158
40	PENCEN: SOFTWARE DE APOIO À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	100
209	PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	511
22	PERCEÇÃO E CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM PROGRAMA DE ORTOPEDIA E REABILITAÇÃO INFANTIL	57
215	PERFIL DAS DISSERTAÇÕES E TESES BRASILEIRAS ACERCA DA INTERFACE PROCESSO DE ENFERMAGEM E ATENÇÃO BÁSICA	522
216	PERFIL DAS PRODUÇÕES SOBRE A SAE/PE NAS PÓS-GRADUAÇÕES EM ENFERMAGEM DO NORDESTE DO BRASIL	525
151	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOS IDOSOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR	364
63	PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ: RESULTADOS ESPERADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA	164
175	PERSPECTIVAS DE FUTURO DE FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO À LUZ DA FENOMENOLOGIA SOCIAL	431
218	PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO DO PACIENTE NEFROPATA NO TRATAMENTO CONSERVADOR: CONSTRUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NANDA	527
164	PET-SAÚDE NA IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM VISANDO A ADEÇÃO DE MULHERES AO EXAME PAPANICOLAU EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	399
159	PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE PARAPLÉGICO ACOMETIDO POR FERIDAS: ESTUDO DE CASO CLÍNICO.	385
74	PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PUERPÉRIO IMEDIATO, FUNDAMENTADA POR DOROTHEA ELIZABETH OREM	189
84	PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FALTA DE ADEÇÃO EM PACIENTES COM AIDS	209
83	PREVALÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES COM AIDS DE ACORDO COM A NANDA	208
36	PROBLEMÁTICAS VIVÊNCIADAS NA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O ESTÁGIO URBANO NO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	88
127	PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CONSULTA DE PRÉ-TESTE DE HIV EM CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO	301
182	PROCESSO DE ENFERMAGEM: ELABORANDO UM CONCEITO BASEADO NA PRÁTICA PROFISSIONAL	447
16	PROPOSTA CURRICULAR COM PRIORIDADE NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)	43
69	PROPOSTA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM RISCO PARA RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA	178
87	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA	218
235	REALIDADE OBJETIVA DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NUM HOSPITAL ESCOLA DE CURITIBA / PR.	575
169	RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: UM ESTUDO PRELIMINAR	415



117	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO PARA O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE COLETIVA: O USO DA TIPESC E A EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA.	279
116	REFLEXÃO A CERCA DA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE: UM CASO CLÍNICO PEDIÁTRICO	277
189	REGISTROS DE ENFERMAGEM: IMPORTÂNCIA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO E PRÁTICAS SEGURAS	459
46	RELAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	115
18	RELAÇÃO DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E O GRAU DE DEPENDÊNCIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	48
234	RELAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E QUALIDADE DE VIDA EM	573
12	RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE GRADUAÇÃO SANDUÍCHE NA PERSPECTIVA DAS TAXONOMIAS DE ENFERMAGEM	33
49	RELEVÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA OPINIÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	123
263	REPERCUSSÕES GERENCIAIS DA ROTATIVIDADE DE PESSOAL SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS	637
214	REPRESENTAÇÕES LÚDICAS DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM ACERCA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	519
227	RESULTADO DE ENFERMAGEM PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO: ANÁLISE DE CONCEITO E VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS	553
204	REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA: UMA ANÁLISE DE CONCEITO	498
205	REVISÃO DO DIAGNÓSTICO RISCO DE CHOQUE	501
206	REVISÃO INTEGRATIVA DOS MÉTODOS DA AVALIAÇÃO DA MEMÓRIA DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	504
223	RISCO DE QUEDAS EM PACIENTES NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO	542
213	RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: O NOVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	518
130	RISCO DO OLHO SECO: UMA REFLEXÃO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA TERAPIA INTENSIVA	310
109	SAE AO PACIENTE ACOMETIDO DE CÂNCER DE MAMA SUBMETIDO À MASTECTOMIA RADICAL - INTRAOPERATÓRIO	265
30	SAE NAS AULAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICA	75
203	SAÚDE BUCAL E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	497
85	SINAIS E SINTOMAS DO EXCESSO DE LÍQUIDO EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS	212
181	SINTOMATOLOGIA CLIMATÉRICA: IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	444
264	SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES COMO SUBSÍDIO PARA O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL: REVISÃO DA LITERATURA	640
108	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) NA PRÁTICA HOSPITALAR DAS ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ	263
152	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CARDIOPATA SUBMETIDO À TERAPIA INFUSIONAL POR CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)	366
80	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO: RELATO DE CASO.	204
128	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE VALVULOPATA COM ARRITMIA E REAÇÃO ADVERSA MEDICAMENTOSA	304
137	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS COM ÚLCERAS VENOSAS ATRAVÉS DA VISITA DOMICILIAR	329



52	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS NUTRIZES USUÁRIAS DO BANCO DE LEITE HUMANO	131
20	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS	52
86	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	215
131	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	313
25	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA, UM ESTUDO DE CASO	65
104	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE (24 HORAS)	252
160	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO	389
153	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DA PNEUMONIA EM UNIDADE HOSPITALAR PEDIÁTRICA	369
89	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE NA ROCINHA: UMA VISÃO DO ENFERMEIRO.	223
199	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NUM HOSPITAL GERAL DE ENSINO: VANTAGENS E DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO	486
28	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: ENSINO, APRENDIZAGEM E PRÁTICA	70
55	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DA TEORIA À PRÁTICA	139
255	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UM INSTRUMENTO DE GESTÃO.	616
39	SISTEMATIZANDO UMA LINHA DE CUIDADO ORIENTADA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO FAMILIAR	97
197	ÚLCERA VENOSA: IDENTIFICANDO OS FATORES DE RISCO ATRAVÉS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM	482
166	UTILIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PEDIATRIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	406
193	UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE ANÁLISE DE CONCEITO PROPOSTA POR WALKER E AVANT EM PESQUISAS DE ENFERMAGEM	471
245	VALIDAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA EM ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS	599
34	VALIDAÇÃO DE ESTUDOS CLÍNICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARE EDUCATIVO QUE CONTRIBUA NO ESTABELECIMENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ACURADOS	85
238	VALIDAÇÃO DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE PARA DOR ONCOLÓGICA	581
125	VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO ESTADO DO TOCANTINS	296
222	VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA COM FOCO EM LACTENTES	539
253	VIVÊNCIAS EM ESTÁGIO DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	614
211	VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO E RISCO PARA DESEQUILÍBRIO NO VOLUME DE LÍQUIDOS: VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	514



ÍNDICE - POR AUTORES

- ABREU, L.C.: 181 (pg.444)
ABREU, L. C.: 180 (pg.441)
ABREU, M.A.: 213 (pg.518)
ADAMY, E.K.: 1 (pg.2) 172 (pg.422) 264 (pg.640)
ADRIANO, N.: 257 (pg.622) 258 (pg.623)
AIRES, T.V.C.: 8 (pg.23) 49 (pg.123)
ALBUQUERQUE, J. G.: 233 (pg.570)
ALBUQUERQUE, L. M.: 231 (pg.564)
ALEXANDRINO, S. A.: 166 (pg.406)
ALEXANDRINO, S.A.: 165 (pg.403)
ALMEIDA, A. I. M.: 44 (pg.110) 45 (pg.112)
ALMEIDA, E.A.: 139 (pg.335)
ALMEIDA, M. A.: 27 (pg.69) 176 (pg.433) 177 (pg.436) 237 (pg.579)
ALMEIDA, M.A.: 34 (pg.85) 35 (pg.87) 185 (pg.451) 186 (pg.452)
ALVAREZ, A. M.: 43 (pg.107) 127 (pg.301)
ALVES, KISNA YASMIN ANDRADE: 28 (pg.70) 259 (pg.625)
ALVES, K. Y. A.: 214 (pg.519) 215 (pg.522)
ALVES, K.Y.A.: 75 (pg.192)
ALVES, L.A.F.: 141 (pg.337) 232 (pg.567)
ALVES, M. H. L.: 142 (pg.340)
ALVES, V.H.: 38 (pg.93) 160 (pg.389)
AMARAL, CLB: 95 (pg.237)
AMARAL, D. M.: 69 (pg.178)
AMARAL, D.M.: 68 (pg.177) 245 (pg.599)
AMORIN,E.E.R.: 118 (pg.281)
ANDRADA, M. M. C.: 43 (pg.107)
ANDRADE, L. L.: 138 (pg.332)
ANDRADE, L.T.: 158 (pg.382)
ANDRADE, L.T.A.: 239 (pg.584)
ANDRADE, L. Z. C.: 207 (pg.505)
ANJOS, CRISTINEIDE DOS: 106 (pg.257) 107 (pg.260)
AQUILES, G.J.: 39 (pg.97) 265 (pg.644)
ARAÚJO, A. K. F.: 71 (pg.182) 187 (pg.453)
ARAÚJO, A. R. A.: 226 (pg.550)
ARAÚJO, C. J: 254 (pg.615)
ARAÚJO, D: 95 (pg.237)
ARAÚJO, D.: 48 (pg.120)
ARAÚJO, E. C. J.: 40 (pg.100)
ARAÚJO, M. M. T.: 64 (pg.167)
ARAÚJO, T. X. DE: 243 (pg.592)



ARAUJO, C. J.: 253 (pg.614)
ARAUJO, J. L.: 167 (pg.409)
ARAUJO, L.P.: 96 (pg.238)
ARAUJO, MCS: 95 (pg.237)
ARAUJO, T.L.: 227 (pg.553) 228 (pg.556)
ARCOVERDE, K. V. P.T.S.: 67 (pg.174)
ARGENTA, M.I: 23 (pg.61)
ARGENTA, M. I: 255 (pg.616)
ARGENTA, M. I.: 252 (pg.613)
ARREGUY-SENA, C.: 168 (pg.412)
AYOUB, A.C.: 170 (pg.418)
AZAMBUJA, F.: 112 (pg.272)
AZEVEDO, SL: 57 (pg.145) 182 (pg.447)
AZEVEDO, S. L. DE: 243 (pg.592)
AZEVEDO, SUELY LOPES DE: 149 (pg.357)
BACHION, M. M.: 110 (pg.268) 135 (pg.323) 136 (pg.326) 220 (pg.533)
BAGAZA, L.F: 100 (pg.247)
BALDO, R.: 178 (pg.439) 179 (pg.440)
BALTAZAR, A.P.A: 14 (pg.37)
BAPTISTA, C. L. B. M.: 246 (pg.600)
BAPTISTA, M. B. L. C.: 52 (pg.131)
BARBOSA, A. C.: 19 (pg.51) 20 (pg.52)
BARBOSA, KENIA. O: 106 (pg.257)
BARBOSA, KENIA OLIVEIRA: 107 (pg.260)
BARBOSA, M. A.: 92 (pg.230) 202 (pg.494)
BARBOSA, M.H.: 194 (pg.474) 217 (pg.526)
BARETTA, C.: 264 (pg.640)
BARRETO, L.N.M.: 35 (pg.87)
BARROS, A. F.: 59 (pg.152)
BARROS, A.G.: 189 (pg.459) 259 (pg.625)
BARROS, A. L. B. L: 135 (pg.323) 136 (pg.326)
BARROS, A.L.B.L: 154 (pg.372) 155 (pg.373)
BARROS, K. M.: 204 (pg.498) 205 (pg.501)
BARROS, L.M: 50 (pg.125)
BARROS, L. M.: 61 (pg.158) 62 (pg.161) 63 (pg.164) 266 (pg.647)
BARROS,L.M: 51 (pg.128)
BARROS, R.A.B.: 119 (pg.283)
BASTOS, C.R.B: 260 (pg.628)
BATISTON, G.A.: 160 (pg.389)
BAVARESCO, T: 119 (pg.283)
BAVARESCO, T.: 140 (pg.336)
BAZAGA, L. F.: 72 (pg.185)



BAZAGA, L.F.: 22 (pg.57)
BEDA, L. C.: 159 (pg.385)
BEHRING, L.P.B.: 2 (pg.5)
BELCHIOR, A.S: 30 (pg.75)
BELTRAME, V.: 264 (pg.640)
BENETTI, E. R. R: 163 (pg.398)
BENETTI, E. R. R.: 25 (pg.65) 111 (pg.271)
BENETTI, P. E.: 163 (pg.398)
BETTI, G. A.: 36 (pg.88)
BEZERRA, C. M. B.: 98 (pg.242)
BEZERRA, M. T. D.: 76 (pg.194)
BIFFI, D.: 116 (pg.277)
BISETTO, LHL: 249 (pg.607)
BISETTO, L.H.L.: 70 (pg.181)
BITENCOURT, JULIA VALERIA DE OLIVEIRA: 31 (pg.78)
BITTENCOURT, G. K. G.: 58 (pg.149)
BOCHNIA, E.R.: 18 (pg.48)
BORBA-PINHEIRO, CJ: 248 (pg.606)
BORGES, ANA MARIA FERNANDES: 31 (pg.78)
BOTARELLI, F. R.: 130 (pg.310)
BOTELHO, J.: 240 (pg.587)
BRAGA, L. M.: 167 (pg.409) 168 (pg.412)
BRANDÃO, M. A. G.: 195 (pg.477)
BRANDÃO, M. L.: 235 (pg.575)
BRILHANTE, A.A.: 201 (pg.491)
BRITO, N. G.: 59 (pg.152)
BRUM, AKR: 242 (pg.591)
BRUNORI, E.H.: 169 (pg.415) 170 (pg.418)
BRUNORI, E.H.F.R.: 155 (pg.373)
BUCHHORN,SMM: 190 (pg.462) 191 (pg.466)
CABRAL, E. S. M.: 40 (pg.100)
CAETANO, J. A.: 61 (pg.158) 62 (pg.161) 63 (pg.164) 266 (pg.647)
CAETANO,J.A: 51 (pg.128)
CAETANO,J.A.: 50 (pg.125)
CALIXTO, L. S.: 44 (pg.110) 45 (pg.112)
CAMACHO, A.C.L.F.: 137 (pg.329)
CAMARGO, M.R.R: 29 (pg.73)
CAMPOS, R.R.: 150 (pg.360)
CANDIDO, C.M: 10 (pg.28)
CANDIDO, JSC: 37 (pg.90) 236 (pg.576)
CANICALI, R.A.: 94 (pg.235)
CARDOSO, R.J.: 194 (pg.474) 217 (pg.526)



CARIBÉ, E. S. S.: 103 (pg.250)
CARNEIRO, C.S.: 154 (pg.372) 155 (pg.373)
CARNIB, C.E.X.: 161 (pg.393)
CARVALHO, A. P.: 30 (pg.75)
CARVALHO, C. M.G.: 231 (pg.564)
CARVALHO-CORDEIRO, A.L.P.: 194 (pg.474)
CARVALHO, D. V.: 204 (pg.498)
CARVALHO, EC: 203 (pg.497)
CARVALHO, I.M: 87 (pg.218)
CARVALHO, I.M.: 84 (pg.209)
CARVALHO, J. F.: 142 (pg.340)
CARVALHO, M.W.A: 157 (pg.379) 238 (pg.581)
CARVALHO, O.M.C: 206 (pg.504) 207 (pg.505)
CARVALHO, Z.M.F.: 150 (pg.360)
CASTANHO, M.F.: 109 (pg.265)
CASTRO, N.J.C.: 8 (pg.23) 49 (pg.123)
CAVALARI, E.: 19 (pg.51)
CAVALCANTE, A.B.D.: 7 (pg.22) 200 (pg.488)
CAVALCANTE, A.M.R.Z.: 154 (pg.372) 155 (pg.373) 169 (pg.415) 170 (pg.418)
CAVALCANTE, M. D. M. A.: 131 (pg.313)
CAVALCANTE, T.F.: 227 (pg.553)
CAVALCANTI, ACD: 242 (pg.591) 269 (pg.650)
CAVALCANTI, A.C.D.: 65 (pg.170) 165 (pg.403)
CAVALHEIRO, M. A.: 260 (pg.628)
CAVALHEIRO, M.A.: 4 (pg.10) 46 (pg.115)
CAVEIÃO, C.: 139 (pg.335)
CECAGNO, D.: 3 (pg.7)
CERQUEIRA, F.A.: 124 (pg.295)
CESAR, F.D.: 94 (pg.235)
CHAGAS, C.S.: 125 (pg.296)
CHAVES, D. B. R.: 207 (pg.505)
CHAVES, M.M.N.: 113 (pg.274) 117 (pg.279)
CHIANCA, T.C.M.: 158 (pg.382) 239 (pg.584)
CHRISTOVAM, B.P.: 65 (pg.170)
CIOSAK, SI: 249 (pg.607)
CIPRIANO, S.S: 30 (pg.75)
CLEIRES, A.B.B.: 13 (pg.35) 195 (pg.477)
CÂNDIDO, J.: 173 (pg.425)
COIMBRA, L.: 234 (pg.573)
CORCINO, A. M. A.: 80 (pg.204)
CORDEIRO-CARVALHO, A.L.P.: 217 (pg.526)
CORREA, L. M.: 125 (pg.296)



CORREIA, DMS: 242 (pg.591)
CORREIA, M. D. L.: 167 (pg.409)
COSSA, M.V.C.: 35 (pg.87)
COSTA, A.G.S.: 227 (pg.553) 228 (pg.556)
COSTA, E.C.R.: 5 (pg.13)
COSTA, L. S.: 24 (pg.62)
COSTA, L. V. F. A.: 55 (pg.139)
COSTA, M. M. L.: 58 (pg.149) 138 (pg.332)
COSTA,N.M.: 18 (pg.48)
COSTA, R. G.: 223 (pg.542) 225 (pg.547) 226 (pg.550)
COSTA, R. G. DA: 224 (pg.545)
COSTA, R.H.S: 86 (pg.215) 87 (pg.218)
COSTA, R.H.S.: 83 (pg.208) 84 (pg.209)
COSTA, S.P.: 161 (pg.393)
COSTA, T.D.: 28 (pg.70) 75 (pg.192) 189 (pg.459)
COURA, A. S.: 187 (pg.453)
COUTINHO, R. P.: 24 (pg.62)
CRIADO, J. V. N.: 24 (pg.62)
CROSEWSKI, F.: 250 (pg.608)
CUBAS, M. R.: 188 (pg.456)
CUBAS, M.R.: 4 (pg.10) 231 (pg.564)
CUBAS,M.R.: 5 (pg.13)
CUNHA, A.C.R.: 157 (pg.379)
CUNHA, J. M. C.: 88 (pg.221)
CUNHA, J. M. H.: 60 (pg.156) 183 (pg.448)
CUNHA, K. S.: 126 (pg.298)
CUSTODIO, I. L.: 266 (pg.647)
DA CRUZ, L.S: 256 (pg.619)
DAL BELLO, ITR: 156 (pg.376)
DANTAS, ALM: 81 (pg.205) 82 (pg.206)
DANTAS, A. L. M.: 80 (pg.204) 98 (pg.242)
DANTAS, C. N.: 215 (pg.522)
DANTAS, EHM: 248 (pg.606)
DANTAS, M. A.: 115 (pg.276)
DA ROCHA, I. S.: 244 (pg.596)
DA SILVA, N. R.: 256 (pg.619)
DE AZAVEDO, S. L.: 244 (pg.596)
DE GASPERI, P.: 140 (pg.336)
DELGADO, M.F.: 78 (pg.198)
DELLAROZA, M.S.G.: 263 (pg.637)
DELPHINO, T. M.: 123 (pg.292) 123 (pg.292) 221 (pg.536)
DELPHINO, T.M.: 68 (pg.177)



DE PAULA, M. R.: 244 (pg.596)
DE PIERI, A.M.: 74 (pg.189)
DESPLANCHES, B.S.: 118 (pg.281)
DIAS, A.P.: 155 (pg.373)
DIAS, B. F.: 24 (pg.62)
DIAS, C. D. G.: 123 (pg.292)
DIAS, D.R.: 38 (pg.93)
DIAS, R.S.: 161 (pg.393) 162 (pg.396)
DORNELES, J. M.: 72 (pg.185) 73 (pg.188)
DORNELES, J.M.: 66 (pg.173)
DÁRIO, T.M.: 144 (pg.346)
DURAN, E.C.M.: 178 (pg.439) 179 (pg.440)
EBSEN, E. S.: 126 (pg.298)
EDUARDO, A.H.A.: 209 (pg.511)
EGRY, E.Y.: 231 (pg.564)
EMILIANO, M.L.: 160 (pg.389)
ENDERS, B. C.: 216 (pg.525)
ENENBRECK,F.S: 5 (pg.13)
ENGLER, T. M. N. M.: 183 (pg.448) 251 (pg.609)
ERDTMANN, B.K.: 1 (pg.2)
ERRICO, L. S. P.: 261 (pg.631)
ESTEVAM, K.: 188 (pg.456)
FAÇANHA, D.M.A.: 150 (pg.360)
FARIA, G.G.F.: 209 (pg.511)
FARIAS, M. C. A. D.: 180 (pg.441) 181 (pg.444)
FARIA, S. S.: 257 (pg.622)
FARIA, S.S.: 258 (pg.623)
FAVERO, L.: 240 (pg.587)
FEIJÃO, A. R.: 134 (pg.321)
FELIPE, L. C.: 224 (pg.545)
FELIX, L. G.: 76 (pg.194) 193 (pg.471)
FELTRIN, J.O.: 74 (pg.189)
FERNANDES, D. L. G.: 148 (pg.354) 243 (pg.592)
FERNANDES, D.S.: 53 (pg.134)
FERNANDES, MICD: 82 (pg.206) 85 (pg.212)
FERNANDES, M. I. C. D.: 196 (pg.480) 197 (pg.482)
FERNANDES, M.I.C.D.: 79 (pg.201)
FERNANDES, M. I. D.: 223 (pg.542)
FERRAZ, S. C. S.: 252 (pg.613) 253 (pg.614)
FERRAZ, S.C.S: 254 (pg.615) 255 (pg.616)
FERREIRA, A. M.: 132 (pg.315) 133 (pg.318) 135 (pg.323) 136 (pg.326)
FERREIRA, B. M. V.: 55 (pg.139)



FERREIRA, D. S.: 36 (pg.88)
FERREIRA, F.S: 141 (pg.337)
FERREIRA, G.S.: 152 (pg.366)
FERREIRA, I. P.: 241 (pg.590)
FERREIRA JÚNIOR, M. A.: 130 (pg.310) 225 (pg.547)
FIGUEIREDO, L.V.: 108 (pg.263) 109 (pg.265)
FIGUEIREDO, NMA: 248 (pg.606)
FÉLIX, L. G.: 115 (pg.276) 216 (pg.525)
FLORES, G.: 185 (pg.451)
FONSECA, E. L.: 129 (pg.307)
FONSECA, E.L.: 32 (pg.81)
FORMIGA, F. J. S.: 72 (pg.185) 73 (pg.188)
FORMIGA, F.J.S: 100 (pg.247)
FORMIGA, F.J.S.: 66 (pg.173)
FORNARI, L. F.: 131 (pg.313)
FORTE, E.C.N.: 126 (pg.298) 127 (pg.301)
FRANÇA, I. S. X.: 71 (pg.182) 187 (pg.453)
FRANÇA, M.: 43 (pg.107)
FRANCO, B.: 102 (pg.249)
FRANCO. B: 101 (pg.248)
FRAZAO, C.M.F.Q.: 79 (pg.201)
FRAZÃO, CMFQ: 85 (pg.212)
FRAZÃO, C. M. F. Q.: 97 (pg.239) 98 (pg.242) 196 (pg.480) 197 (pg.482)
FRAZÃO, C.M.F.Q.: 78 (pg.198)
FREIRE MML: 248 (pg.606)
FROTA, N. M.: 61 (pg.158) 62 (pg.161) 63 (pg.164) 266 (pg.647)
FULY, A. M. N.: 183 (pg.448)
GABRIEL, A.D.: 38 (pg.93)
GALDINO, L. F.: 58 (pg.149)
GALVÃO, M. T. G.: 134 (pg.321)
GAMA, M. P.: 148 (pg.354) 243 (pg.592) 244 (pg.596)
GARANHANI, M.L.: 15 (pg.40) 198 (pg.483)
GARBUIO, D.C.: 210 (pg.512)
GARCIA, T.R.: 158 (pg.382) 239 (pg.584)
GAZOS, D.M.: 247 (pg.603)
GIL, N.L.M.: 265 (pg.644)
GIRALDES, J.M: 166 (pg.406)
GIRALDES, J.M.: 165 (pg.403)
GODINHO, R. L. P.: 128 (pg.304)
GOLLE, L.: 25 (pg.65)
GOMES, D. C.: 188 (pg.456)
GOMES, D.C.: 4 (pg.10)



GOMES, L.F.R.: 71 (pg.182)
GONÇALVES, D.C.S.: 109 (pg.265)
GONÇALVES, M. P. T.: 19 (pg.51)
GONÇALVES, M.R.B.: 14 (pg.37)
GONCALVES, C. G. O.: 146 (pg.351) 147 (pg.353)
GRANDO JD: 156 (pg.376)
GUEDES, M. V. S.: 216 (pg.525)
GUIDO, L. A.: 111 (pg.271)
HADDAD, M.C.L.: 263 (pg.637)
HAMMERSCHMIDT, K. S. A.: 43 (pg.107)
HANNIG, G.: 18 (pg.48)
HANSEL, C. G: 164 (pg.399)
HEIDEMANN, M.: 164 (pg.399)
HENRIQUES, R.: 120 (pg.286)
HOHL, M.: 144 (pg.346) 145 (pg.349)
HOHL.M: 143 (pg.343)
ICHISATO,S.M.T.: 120 (pg.286)
JANUÁRIO, L. H.: 40 (pg.100)
JESUS, N. V. A.: 219 (pg.530) 268 (pg.649)
JOAQUIM, F.L.: 137 (pg.329)
JORGE, J. S.: 52 (pg.131)
JOSÉ, K.C.C.A.: 6 (pg.19)
KAHL, C.: 126 (pg.298)
KLEIN, M.: 110 (pg.268)
KLETEMBERG, D.F: 14 (pg.37)
KLETEMBERG, D.F.: 18 (pg.48)
KOCHLA, K.R.A.: 114 (pg.275)
KRAUZER, I.M.: 1 (pg.2)
KREMPSE, P.: 168 (pg.412)
KRUCZEWSKI, B.: 117 (pg.279)
KUHNE, G. O: 60 (pg.156)
KUHNE, G. O.: 88 (pg.221)
LACERDA, A. B. M.: 146 (pg.351) 147 (pg.353)
LAROCCA, L. M. : 235 (pg.575)
LAROCCA, L. M.: 131 (pg.313)
LAROCCA, L.M.: 192 (pg.469)
LAURENT, M.C.R.: 34 (pg.85) 185 (pg.451) 211 (pg.514)
LAVÔR, P. M. T.: 55 (pg.139)
LEAL, G.C.G: 262 (pg.634)
LEAL, T.F.: 108 (pg.263) 109 (pg.265)
LEITE, C.T.: 53 (pg.134)
LEITE, EMD: 81 (pg.205) 82 (pg.206)



LEITE, E. M. D.: 80 (pg.204) 97 (pg.239)
LEITE, E.M.D.: 79 (pg.201)
LEITE, F. M. C.: 94 (pg.235)
LEITÃO, I.M.T.A.: 247 (pg.603)
LEMOS, I. C.: 9 (pg.24)
LEMOS, NATALIA R.P.: 107 (pg.260)
LEMOS, NATALIA. R.P: 106 (pg.257)
LESSA. G.: 104 (pg.252)
LIMA, A.A.S.: 144 (pg.346)
LIMA, A. P. S.: 13 (pg.35)
LIMA, E.F.A.: 93 (pg.233) 94 (pg.235)
LIMA, F.E.T.: 153 (pg.369) 201 (pg.491)
LIMA, J. S.: 89 (pg.223)
LIMA, K. Y. N.: 214 (pg.519)
LIMA, L.B.: 133 (pg.318)
LIMA, L. R. DE: 159 (pg.385)
LIMA, N.J.S.O.: 125 (pg.296)
LINHARES, FMP: 95 (pg.237)
LIRA, ALBC: 81 (pg.205) 82 (pg.206) 85 (pg.212)
LIRA, A. L. B. C.: 12 (pg.33) 80 (pg.204) 97 (pg.239) 98 (pg.242) 196 (pg.480) 197 (pg.482)
LIRA, A.L.B.C.: 78 (pg.198) 79 (pg.201)
LISIESKI, N.: 6 (pg.19)
LOBATO, L.: 159 (pg.385)
LOBO, S.A.: 175 (pg.431)
LONGO, V.: 212 (pg.515)
LOPES, C.T: 155 (pg.373)
LOPES, C. T.: 135 (pg.323) 136 (pg.326)
LOPES, C.T.: 154 (pg.372) 169 (pg.415) 170 (pg.418)
LOPES,F.C: 146 (pg.351) 147 (pg.353)
LOPES, M.L.H.: 162 (pg.396)
LOPES, M. V. O.: 207 (pg.505)
LOPEZ, M. F. A.: 116 (pg.277)
LOWEN. I.M.V.: 113 (pg.274)
LUCCAS, D.S.: 99 (pg.245) 192 (pg.469)
LUCENA, A.F: 101 (pg.248)
LUCENA, A. F.: 102 (pg.249)
LUCENA, A.F.: 34 (pg.85) 77 (pg.197) 112 (pg.272) 211 (pg.514) 213 (pg.518)
LUZIA, M.F: 77 (pg.197)
MACEDO,A.C: 51 (pg.128)
MACEDO,A.C.: 50 (pg.125)
MACEDO, BM: 85 (pg.212)
MACHADO, B.S.: 166 (pg.406)



MADUREIRA, VSF: 156 (pg.376)
MAFRA, M.R.P.: 117 (pg.279)
MAFRA, M. R.P.: 113 (pg.274)
MAGALHÃES, F.J.: 201 (pg.491)
MAGELA, M.F.: 153 (pg.369)
MAGRO, C.Z.: 211 (pg.514)
MAIA, D. I. C.: 205 (pg.501)
MAIA, M. J. S.: 80 (pg.204)
MAI, L. D.: 39 (pg.97) 265 (pg.644)
MALAQUIAS, S. G.: 110 (pg.268)
MALUCELLI, A.: 4 (pg.10) 5 (pg.13)
MANIVA, S.J.C.F.: 247 (pg.603)
MARCHIORI, G.R.S.: 38 (pg.93) 160 (pg.389)
MARQUES BAPTISTA, C.L. B.: 6 (pg.19)
MARQUES, G. S.: 123 (pg.292)
MARQUÊS, V. P.: 52 (pg.131)
MARTINS, C. C. F.: 214 (pg.519) 215 (pg.522)
MARTINS, C.C.F.: 28 (pg.70) 75 (pg.192) 189 (pg.459) 259 (pg.625)
MARTINS, E.C.: 254 (pg.615) 255 (pg.616)
MARTINS, E. C.: 252 (pg.613) 253 (pg.614)
MARTINS, J. D.: 251 (pg.609)
MARTINS, M.C.T.: 53 (pg.134)
MARTINS, N. A.: 168 (pg.412)
MARUXO, H.B.: 169 (pg.415)
MASTELLA, R. C. G.: 25 (pg.65)
MATOS, E. V. M.: 103 (pg.250)
MAZZA, V.A.: 21 (pg.54) 99 (pg.245)
MEDEIROS, ABA: 85 (pg.212)
MEDEIROS, A. B. A.: 196 (pg.480) 197 (pg.482)
MEDEIROS, A.B.A.: 79 (pg.201)
MEDEIROS, A. C. T.: 90 (pg.226) 219 (pg.530)
MEDEIROS, A.C.T.: 229 (pg.557)
MEDEIROS, A. R.P.: 235 (pg.575)
MEDEIROS, F. A. L.: 58 (pg.149) 76 (pg.194) 90 (pg.226) 193 (pg.471)
MEDEIROS, R.H.: 119 (pg.283)
MEDEIROS, R. M.: 212 (pg.515)
MELLO, B.: 112 (pg.272)
MELLO.B. DE: 143 (pg.343)
MELO, C. P.: 110 (pg.268)
MELO, E. C. A.: 76 (pg.194) 115 (pg.276) 193 (pg.471) 216 (pg.525)
MENDES, J.O.: 121 (pg.289)
MENDES NETO, J. M.: 180 (pg.441)



MENESES, K. P. C.: 72 (pg.185)
MENESES, K.P.C.: 22 (pg.57) 184 (pg.450)
MENESES, L.S.T.: 7 (pg.22)
MENESES, L.S.T.M: 200 (pg.488) 201 (pg.491)
MENEZES, D. N.: 47 (pg.117) 48 (pg.120)
MENEZES, K.P.C: 100 (pg.247)
MESQUITA, S. X.: 130 (pg.310)
MIOTTO JUNIOR, A.: 222 (pg.539)
MIRANDA, A.R.A.: 158 (pg.382)
MIRANDA, D. B.: 60 (pg.156) 88 (pg.221) 183 (pg.448) 251 (pg.609)
MIRANDA, F. R.: 222 (pg.539)
MODESTO, A.P: 218 (pg.527)
MODESTO, A.P.: 118 (pg.281)
MOITA, P. A. A.: 72 (pg.185)
MOITA, P.A.A: 66 (pg.173)
MOITA, P.A.A.: 22 (pg.57)
MONTEFUSCO, S. R. A.: 91 (pg.229) 92 (pg.230) 202 (pg.494)
MONTEIRO, A.R.M.: 174 (pg.428) 175 (pg.431)
MONTEIRO, G. R. S. S.: 47 (pg.117)
MONTEIRO, M. G.: 47 (pg.117) 48 (pg.120)
MONTORIL, M. H.: 206 (pg.504)
MORAES, C. L. K.: 253 (pg.614)
MORAIS, H.C.C.: 227 (pg.553)
MORAIS, SCR.V: 95 (pg.237) 203 (pg.497)
MORAIS, T. B.: 93 (pg.233)
MOREIRA, A.F.C.: 53 (pg.134)
MOREIRA, R. A. N.: 61 (pg.158) 62 (pg.161) 63 (pg.164) 266 (pg.647)
MOREIRA,R.A.N: 50 (pg.125) 51 (pg.128)
MOTTA, C. C. R: 164 (pg.399)
MOTTA, RAQUEL O.L: 106 (pg.257)
MOTTA,RAQUEL O. L.: 107 (pg.260)
MOTTIN, E.D.: 250 (pg.608)
MOURA, L. A.: 224 (pg.545) 225 (pg.547)
NAPOLEÃO, A. A.: 222 (pg.539)
NAPOLEÃO, A.A.: 210 (pg.512) 239 (pg.584)
NARDI, V. K.: 26 (pg.66)
NASCIMENTO, D. D.: 13 (pg.35)
NASCIMENTO, D. G. C.: 128 (pg.304)
NASCIMENTO,L.A: 51 (pg.128)
NAVROSKI, K.F: 14 (pg.37)
NÓBREGA, M. M. L.: 58 (pg.149) 90 (pg.226) 180 (pg.441) 181 (pg.444) 219 (pg.530)
NÓBREGA, M.M.L.: 157 (pg.379) 229 (pg.557) 230 (pg.561) 238 (pg.581)



NEGREIROS, R. V.: 115 (pg.276) 216 (pg.525)
NEUMANN, V. S. R.: 128 (pg.304)
NEVES, L. A. C. N.: 67 (pg.174)
NEVES, R. S.: 59 (pg.152)
NICHATA, L.Y.I: 5 (pg.13)
NISHIYAMA, L.S.K.: 120 (pg.286)
NOBREGA, M. M. L.: 193 (pg.471) 231 (pg.564)
NOGUEIRA, L.G.F.: 229 (pg.557) 230 (pg.561)
NOMURA, A.T.G: 186 (pg.452)
NOMURA, A.T.G.: 34 (pg.85) 35 (pg.87) 185 (pg.451)
NUNES, D. P.: 92 (pg.230)
NUNES, M. G. M.: 97 (pg.239) 98 (pg.242) 196 (pg.480)
NUNES, M.G.M.: 78 (pg.198)
NUNES, R. D.: 127 (pg.301)
OGRADOWSKI, K.R.P.: 121 (pg.289)
OLIVEIRA, A. L. G.: 257 (pg.622)
OLIVEIRA, A.L.G.: 258 (pg.623)
OLIVEIRA, A.R.S: 227 (pg.553) 228 (pg.556)
OLIVEIRA, B.C.D.: 96 (pg.238)
OLIVEIRA, BGRB: 236 (pg.576)
OLIVEIRA, B. G. R. B.: 173 (pg.425)
OLIVEIRA, C. J.: 44 (pg.110) 45 (pg.112)
OLIVEIRA, F.M: 262 (pg.634)
OLIVEIRA, I.C.S: 254 (pg.615)
OLIVEIRA, J. .M. M.: 90 (pg.226)
OLIVEIRA, K.F.: 194 (pg.474)
OLIVEIRA, L. M. A C.: 92 (pg.230) 202 (pg.494)
OLIVEIRA, M. C.: 102 (pg.249) 122 (pg.291)
OLIVEIRA, M.C.: 213 (pg.518)
OLIVEIRA, M. C. F.: 233 (pg.570)
OLIVEIRA, M. D. S.: 220 (pg.533)
OLIVEIRA, M.G: 261 (pg.631)
OLIVEIRA, M.V.S: 109 (pg.265)
OLIVEIRA, N.M: 29 (pg.73)
OLIVEIRA, R.M.: 247 (pg.603)
OLIVEIRA, R. S: 130 (pg.310)
OLIVEIRA, S.K.P.: 7 (pg.22) 247 (pg.603)
OLIVEIRA, V.B.C.A.: 250 (pg.608)
OLIVEIRA, V.R.: 96 (pg.238)
OLIVIERA, M.C: 101 (pg.248)
PADILHA, R.A.: 121 (pg.289)
PAGOTTO, V.: 91 (pg.229)



PAIVA, L. R. F. O.: 71 (pg.182)
PAIVA, M.V.S.: 11 (pg.30)
PAIXÃO, G. P. N.: 268 (pg.649)
PANATO, B. P.: 27 (pg.69) 176 (pg.433) 177 (pg.436) 237 (pg.579)
PASCHOAL, N.F.C.: 114 (pg.275)
PAULA, M. R. DE: 148 (pg.354)
PAULA, S.R.: 96 (pg.238)
PAULINO, T.M.: 96 (pg.238)
PEDROSA, S.C.: 153 (pg.369)
PEDROSO, C.O.: 46 (pg.115)
PEDROSO, D.: 145 (pg.349)
PEIXOTO, K.S.M.: 83 (pg.208)
PEIXOTO, M. A. P.: 13 (pg.35)
PEREIRA, A.: 219 (pg.530) 268 (pg.649)
PEREIRA, A.C.S.: 17 (pg.46)
PEREIRA, E.E.P.: 162 (pg.396)
PEREIRA, I. C. C.: 73 (pg.188)
PEREIRA, I.C.C: 66 (pg.173)
PEREIRA, I.C.C.: 22 (pg.57)
PEREIRA, I.C.C: 100 (pg.247)
PEREIRA, JMV: 242 (pg.591) 269 (pg.650)
PEREIRA, S. K.: 69 (pg.178)
PEREIRA, S.K.: 41 (pg.102) 68 (pg.177) 245 (pg.599)
PERES, A.M: 262 (pg.634)
PERES, A.M.: 21 (pg.54) 113 (pg.274)
PERINETTO, D.: 212 (pg.515)
PERLY, T.: 139 (pg.335)
PEROSA, T. F.P.: 264 (pg.640)
PERRONE, A. C. A.: 167 (pg.409)
PESSANHA, FS: 37 (pg.90) 236 (pg.576)
PESSANHA, F. S.: 173 (pg.425)
PESSOA, D: 10 (pg.28)
PICOLOTTO, A.: 119 (pg.283)
PINTO, J. DE C. S.: 205 (pg.501)
PINTO, V.: 143 (pg.343)
PIOLLI, K. C: 129 (pg.307)
PIOLLI, K. C.: 32 (pg.81)
PIRES, L. C. B.: 116 (pg.277)
PIRES, S.M.B: 260 (pg.628)
PIRES, S.M.B.: 46 (pg.115)
PIRES, V.G.: 151 (pg.364)
PLANTIER, G. M.: 16 (pg.43)



PLANTIER, N. F. F.: 16 (pg.43)
PLEIS, L.E: 260 (pg.628)
PLEIS, L. E.: 188 (pg.456)
PONCE DE LEON, C.G.R.M.: 105 (pg.256) 267 (pg.648)
PONTES, M. B.: 93 (pg.233)
PORTO, I S: 57 (pg.145) 182 (pg.447)
PORTO, I.S.: 241 (pg.590)
PORTOLAN, C. R.: 111 (pg.271)
PRADO, C.B.C.: 194 (pg.474) 217 (pg.526)
PREDEBON, C. M.: 132 (pg.315) 133 (pg.318)
PRIMO, C.C.: 93 (pg.233) 94 (pg.235)
PUGGINA, A. C. G.: 64 (pg.167)
QUEIROZ, A.P.O.: 201 (pg.491)
QUELUCI, GC: 242 (pg.591)
RABELO, E. R: 132 (pg.315)
RAMOS, A. P. A: 187 (pg.453)
RAMOS, M.D.M.: 119 (pg.283)
REGO, D.P.C.: 84 (pg.209)
REIS, D. M.: 40 (pg.100)
REIS, G. S.: 199 (pg.486)
REIS,V. O. M.: 261 (pg.631)
REPPETTO,MA: 54 (pg.137)
REPPETTO, M. A.: 199 (pg.486)
RESIN, S.: 74 (pg.189)
REZENDE, R.: 164 (pg.399)
RÊGO, D.P.C: 86 (pg.215)
RIBEIRO, I. E.: 67 (pg.174)
RIBEIRO, J. C.: 246 (pg.600)
RIBEIRO, L.M.: 105 (pg.256) 267 (pg.648)
RIBEIRO, S.G.: 7 (pg.22)
RIBEIRO, T. P.: 256 (pg.619)
RIBEIRO, VS: 203 (pg.497)
RINALDI, E.C.A.: 46 (pg.115)
RITA, T.V.C.L.: 67 (pg.174)
ROCHA, B.L.: 165 (pg.403)
ROCHA, E. N.: 132 (pg.315) 133 (pg.318)
ROCHA, E. N. R.: 135 (pg.323) 136 (pg.326)
ROCHA, L. S.: 60 (pg.156) 88 (pg.221)
ROCHA, R.M: 166 (pg.406)
ROCHA, T. G.: 33 (pg.84)
RODRIGUES, B. A.: 24 (pg.62)
RODRIGUES, D.P.: 38 (pg.93) 160 (pg.389)



RODRIGUES, E. C. R.: 55 (pg.139)
RODRIGUES, R. G. A.: 44 (pg.110) 45 (pg.112)
RODRIGUES, VS: 54 (pg.137)
ROESE, L.: 125 (pg.296)
ROLIM, J.M.: 162 (pg.396)
ROLIM, L.P.: 161 (pg.393)
ROSA,A.F: 10 (pg.28)
ROSA, E. A. M.: 117 (pg.279)
ROSA, J. V. M.: 103 (pg.250)
ROZIN, L.: 121 (pg.289)
RUFFINO NETTO, A.: 89 (pg.223)
SABADINI, MARISTELA BOSCO: 31 (pg.78)
SADE, P.M.C.: 21 (pg.54) 99 (pg.245)
SALVADOR, P. T. C. O.: 214 (pg.519) 215 (pg.522)
SALVADOR, P.T.C.O: 75 (pg.192) 189 (pg.459)
SALVADOR, P.T.C.O.: 28 (pg.70) 259 (pg.625)
SAMPAIO, R. S.: 42 (pg.105) 171 (pg.419)
SANCHES, A.V.: 152 (pg.366)
SANGALLI, F.: 212 (pg.515)
SANTANA, A. B.: 202 (pg.494)
SANTANA, A.B.: 125 (pg.296)
SANTANA, J. S.: 183 (pg.448)
SANTANA, RF: 37 (pg.90) 236 (pg.576)
SANTANA, R.F: 141 (pg.337) 232 (pg.567)
SANTANA, R. F.: 56 (pg.142) 69 (pg.178) 173 (pg.425) 221 (pg.536)
SANTANA, R.F.: 2 (pg.5) 41 (pg.102) 68 (pg.177) 151 (pg.364) 245 (pg.599)
SANTANNA, PATRICIA DOS SANTOS: 149 (pg.357)
SANTIAGO, J. M. V.: 73 (pg.188)
SANTIAGO,J.M.V: 100 (pg.247)
SANTOS, A.T.: 11 (pg.30)
SANTOS, C.A.S.: 120 (pg.286)
SANTOS, C.T.: 112 (pg.272) 213 (pg.518)
SANTOS, D.M.A.: 11 (pg.30)
SANTOS, D.S.: 211 (pg.514)
SANTOS, E.H.: 9 (pg.24)
SANTOS, I.: 42 (pg.105) 171 (pg.419) 245 (pg.599)
SANTOS, I. C.: 67 (pg.174)
SANTOS, L.F: 91 (pg.229)
SANTOS, L.F.: 92 (pg.230) 202 (pg.494)
SANTOS, L.M.D: 153 (pg.369)
SANTOS, L.T.D.: 108 (pg.263)
SANTOS. M.FDOS: 143 (pg.343)



SANTOS, M. F. O.: 257 (pg.622)
SANTOS, M.F.O.: 258 (pg.623)
SANTOS, N. C.: 32 (pg.81) 129 (pg.307)
SANTOS, N. S.: 103 (pg.250)
SANTOS, P. M.: 56 (pg.142)
SANTOS, R. A.: 123 (pg.292)
SANTOS, R B: 57 (pg.145)
SANTOS, R. B.: 148 (pg.354) 243 (pg.592) 244 (pg.596)
SANTOS, R.C.: 137 (pg.329)
SANTOS, S. A.: 128 (pg.304)
SANTOS, T.C.F.: 2 (pg.5)
SANTOS, T.V.: 8 (pg.23)
SANTOS, V.B.: 154 (pg.372) 155 (pg.373)
SANTOS, VEP: 28 (pg.70) 189 (pg.459)
SANTOS, V. E. P.: 214 (pg.519) 215 (pg.522)
SANTOS, V.E.P.: 75 (pg.192) 259 (pg.625)
SARAIVA, D. L. S. S.: 13 (pg.35)
SCHAMNE, F.K.: 70 (pg.181)
SCHLLICKMANN, G.: 104 (pg.252)
SCHMITT, M.D.: 172 (pg.422)
SCHNEIDER, H.G.: 18 (pg.48)
SCHUABB, G. L.: 89 (pg.223)
SCHULZ, R.S.: 232 (pg.567)
SCOFANO, B.S.: 165 (pg.403)
SEIDEL, B.P: 14 (pg.37)
SERIQUE, M.A.B: 30 (pg.75)
SEVERO, A.H.: 150 (pg.360)
SHMEIL, M.A.H.: 188 (pg.456)
SILVA, A.B.: 169 (pg.415) 170 (pg.418)
SILVA, A.C.P.: 56 (pg.142)
SILVA, A.G.I.: 108 (pg.263)
SILVA, A.G.P.: 112 (pg.272)
SILVA, AM: 57 (pg.145)
SILVA, A. M.: 148 (pg.354) 149 (pg.357)
SILVA, BP: 37 (pg.90) 236 (pg.576)
SILVA, B. P.: 173 (pg.425)
SILVA, B.Y.L.: 108 (pg.263)
SILVA, C.F.: 124 (pg.295)
SILVA, C.L.: 4 (pg.10) 46 (pg.115) 260 (pg.628)
SILVA, C M C: 57 (pg.145)
SILVA, D.A.R.: 33 (pg.84)
SILVA, D. L.: 268 (pg.649)



SILVA, D. M.: 56 (pg.142) 69 (pg.178)
SILVA, D.M.: 150 (pg.360)
SILVA, D.V.: 153 (pg.369)
SILVA, FBBL: 81 (pg.205)
SILVA, F. B. B. L.: 97 (pg.239)
SILVA, FS: 81 (pg.205) 82 (pg.206)
SILVA, J.P.: 15 (pg.40) 198 (pg.483)
SILVA, J.R.S: 3 (pg.7)
SILVA, L.B.: 152 (pg.366)
SILVA, L.F: 166 (pg.406)
SILVA, L.G.C.: 263 (pg.637)
SILVA, L. L.: 256 (pg.619)
SILVA, M. A.: 168 (pg.412)
SILVA, M. B.: 27 (pg.69) 176 (pg.433) 177 (pg.436) 237 (pg.579)
SILVA, M.B.: 35 (pg.87)
SILVA, M. J. P.: 64 (pg.167)
SILVA, M. P.: 27 (pg.69) 176 (pg.433) 177 (pg.436) 237 (pg.579)
SILVA, P. C. S.: 19 (pg.51) 20 (pg.52)
SILVA, R. A.: 181 (pg.444)
SILVA, R.A.R: 86 (pg.215) 87 (pg.218)
SILVA, R.A.R.: 83 (pg.208) 84 (pg.209)
SILVA, R. F. A.: 128 (pg.304)
SILVA, R.F.A.: 152 (pg.366)
SILVA, R.L.D.T: 39 (pg.97)
SILVA, R. S.: 180 (pg.441) 219 (pg.530) 268 (pg.649)
SILVA, R.S.M: 175 (pg.431)
SILVA, R.S.M.: 200 (pg.488)
SILVA, TG: 156 (pg.376)
SILVA, V.A.: 65 (pg.170)
SILVA, V.G.: 65 (pg.170)
SILVA, V. M.: 206 (pg.504) 207 (pg.505)
SILVA, V.M.: 174 (pg.428)
SILVEIRA, D. T.: 122 (pg.291)
SILVEIRA, E. A: 91 (pg.229)
SILVINO, Z.R.: 258 (pg.623)
SIQUEIRA, A. P. O.: 27 (pg.69) 176 (pg.433) 177 (pg.436) 237 (pg.579)
SIQUEIRA, F.P.C: 29 (pg.73)
SIQUEIRA, F.P.C.: 17 (pg.46)
SIQUEIRA, H.C.H.: 3 (pg.7)
SÁ, J. D.: 12 (pg.33) 197 (pg.482)
SÁ, J.D.: 78 (pg.198)
SÁ, J.R.C.: 233 (pg.570)



- SOARES, A.D.: 261 (pg.631)
- SOARES, B.C.S.: 17 (pg.46)
- SOARES, M. J. G. O.: 76 (pg.194) 193 (pg.471)
- SOARES, T. S.: 69 (pg.178)
- SOARES, T.S.: 68 (pg.177) 245 (pg.599)
- SOARES, V. M .N.: 146 (pg.351) 147 (pg.353)
- SOUGEY, E. B.: 233 (pg.570)
- SOUSA, C. P. M.: 44 (pg.110) 45 (pg.112)
- SOUSA. E.T.G.: 71 (pg.182) 187 (pg.453)
- SOUSA, F.G.M.: 11 (pg.30)
- SOUSA, F.L: 50 (pg.125)
- SOUSA,SAMHIRA V.F: 106 (pg.257)
- SOUSA, S.M.A.: 161 (pg.393)
- SOUZA, C.F.: 250 (pg.608)
- SOUZA, C. R. S.: 36 (pg.88)
- SOUZA, D. N.: 73 (pg.188)
- SOUZA, D.N.: 22 (pg.57) 66 (pg.173)
- SOUZA, D.R.P.: 158 (pg.382) 239 (pg.584)
- SOUZA, F. B. A.: 89 (pg.223)
- SOUZA, F.C: 209 (pg.511)
- SOUZA, G. L. L.: 90 (pg.226)
- SOUZA, IVIS EMÍLIA DE OLIVEIRA: 149 (pg.357)
- SOUZA, J.M.: 208 (pg.508) 209 (pg.511)
- SOUZA, J.P: 218 (pg.527)
- SOUZA, M. B.: 110 (pg.268)
- SOUZA, M. M.: 25 (pg.65)
- SOUZA, P. A. DE: 221 (pg.536)
- SOUZA, P.B: 262 (pg.634)
- SOUZA, R.E.: 261 (pg.631)
- SOUZA, R.O.: 65 (pg.170)
- SOUZA, R. S.: 48 (pg.120)
- SOUZA, V.: 265 (pg.644)
- SPIGOLON, D.N: 218 (pg.527)
- STINA, APN: 203 (pg.497)
- STUMM, E. M. F.: 25 (pg.65) 111 (pg.271) 163 (pg.398)
- SUZART, A. G.: 60 (pg.156) 88 (pg.221) 251 (pg.609)
- TAETS, GGDEC: 248 (pg.606)
- TAVARES, A. N. S.: 47 (pg.117) 48 (pg.120)
- TAVARES, J.M.W.: 3 (pg.7)
- TAVORA, R.C.O.: 174 (pg.428) 175 (pg.431) 200 (pg.488)
- TEIXEIRA, B. S. M.: 167 (pg.409)
- TEIXEIRA, E.R.: 234 (pg.573)



TEIXEIRA, I.X: 206 (pg.504)
TEIXEIRA, L. A.: 175 (pg.431)
TEIXEIRA, L.A.: 200 (pg.488)
TEIXEIRA, L. O.: 164 (pg.399)
TERRA, A. M.: 142 (pg.340)
TIBES, KEITY SAUANA: 31 (pg.78)
TIRONI, N.M: 262 (pg.634)
TIRONI, N. M.: 263 (pg.637)
TONOLLI, E. A. S.: 39 (pg.97) 265 (pg.644)
TORRES B.M.: 186 (pg.452)
TORRES, N. R. N.: 47 (pg.117)
TROMBETTA, A. P.: 127 (pg.301)
TÁVORA, R.C.O.: 7 (pg.22)
UEDA, L.K.: 120 (pg.286)
VALENTE, G.S.C.: 137 (pg.329)
VALLE, M.L: 143 (pg.343)
VALLE. M.L.: 144 (pg.346)
VANUCCHI, M.T.O.: 263 (pg.637)
VARGAS, MARA AMBROSINA DE OLIVEIRA: 31 (pg.78)
VASCONCELOS, A. S.: 55 (pg.139)
VEIGA, E. V.: 19 (pg.51)
VELOSO, G. B. L: 240 (pg.587)
VELOSO, G.B.L.: 114 (pg.275)
VENTURA, F. S.: 253 (pg.614)
VERSIANI, M.Q.V: 53 (pg.134)
VERÍSSIMO MDLOR: 190 (pg.462)
VERÍSSIMO, MLOR: 208 (pg.508)
VESÍSSIMO MLDO: 191 (pg.466)
VIANA, J. C.: 40 (pg.100)
VICENSI, M.C.: 1 (pg.2)
VICENSI,M.C.: 264 (pg.640)
VIEIRA, F.P.: 3 (pg.7)
VIEIRA, G.B.: 105 (pg.256) 267 (pg.648)
VIEIRA, G.M.: 93 (pg.233)
VIEIRA, M.M.: 230 (pg.561)
VIEIRA, R.W.: 34 (pg.85)
VILLA, T. C. S.: 89 (pg.223)
VISENTIN, A.: 250 (pg.608)
VITOR, A. F.: 130 (pg.310) 225 (pg.547) 226 (pg.550)
VITOR, A.F.: 223 (pg.542) 224 (pg.545)
VITORINO, I. C. C.: 226 (pg.550)
VITORINO, I. C DA C.: 224 (pg.545)



- VITORINO, I. C. DA C.: 223 (pg.542)
WAGNER, B. V.: 139 (pg.335)
WALDRIGUES, M. C.: 139 (pg.335)
WALL, M.L.: 21 (pg.54)
WIELENS. T. N.: 163 (pg.398)
WISELOWSKI, G.: 146 (pg.351) 147 (pg.353)
XAVIER, S. S DE M.: 223 (pg.542)
XAVIER, S. S. M.: 225 (pg.547) 226 (pg.550)
ZAGONEL, I.P.S.: 121 (pg.289)
ZAMARIOLI, CM: 203 (pg.497)
ZAMBALDI, C. F.: 233 (pg.570)
ZANELLA, M. C.: 163 (pg.398)
ZENITH, R. S.: 257 (pg.622)



ÍNDICE - POR PALAVRA-CHAVE

- ACIDENTES POR QUEDAS: 77 (pg.197)
- ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: 88 (pg.221) 206 (pg.504) 227 (pg.553)
- ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: 101 (pg.248) 102 (pg.249) 247 (pg.603)
- ADESÃO TERAPÊUTICA: 44 (pg.110) 45 (pg.112)
- ADMINISTRAÇÃO: 262 (pg.634)
- ALEITAMENTO MATERNO: 17 (pg.46) 52 (pg.131)
- ANAMNESE: 172 (pg.422)
- ANTIRRETROVIRAIS: 84 (pg.209)
- APRENDIZAGEM: 8 (pg.23) 41 (pg.102)
- ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA: 227 (pg.553)
- ASSISTÊNCIA CENTRADA NO PACIENTE, SUCCÃO, SEGURANÇA DO PACIENTE.: 143 (pg.343)
- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: 14 (pg.37) 25 (pg.65) 43 (pg.107) 56 (pg.142) 68 (pg.177) 70 (pg.181) 74 (pg.189) 92 (pg.230) 105 (pg.256) 109 (pg.265) 111 (pg.271) 118 (pg.281) 125 (pg.296) 128 (pg.304) 134 (pg.321) 137 (pg.329) 140 (pg.336) 152 (pg.366) 153 (pg.369) 160 (pg.389) 163 (pg.398) 166 (pg.406) 167 (pg.409) 175 (pg.431) 182 (pg.447) 199 (pg.486) 218 (pg.527) 243 (pg.592) 244 (pg.596) 255 (pg.616)
- ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: 148 (pg.354) 244 (pg.596)
- ATENÇÃO PRIMÁRIA: 49 (pg.123)
- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: 39 (pg.97) 47 (pg.117) 110 (pg.268) 142 (pg.340) 215 (pg.522)
- ATIVIDADE DE VIDA: 51 (pg.128)
- AUTOCUIDADO: 74 (pg.189) 154 (pg.372) 243 (pg.592)
- AUTO CUIDADO EM REABILITAÇÃO: 60 (pg.156)
- AUTOCUIDADO EM REABILITAÇÃO: 88 (pg.221)
- AVALIAÇÃO: 67 (pg.174) 76 (pg.194) 185 (pg.451)
- AVALIAÇÃO DA DOR: 133 (pg.318)
- AVALIAÇÃO DE PROCESSOS E RESULTADOS: 65 (pg.170)
- AVALIAÇÃO FUNCIONAL: 91 (pg.229)
- CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL: 38 (pg.93)
- CARDIOLOGIA: 42 (pg.105) 165 (pg.403) 169 (pg.415)
- CATETERES: 210 (pg.512)
- CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO. CURATIVO OCLUSIVO. SEGURANÇA DO PACIENTE.: 144 (pg.346)
- CIRURGIA BARIÁTRICA: 50 (pg.125) 51 (pg.128) 61 (pg.158) 62 (pg.161) 63 (pg.164) 266 (pg.647)
- CIRURGIA GERAL: 123 (pg.292)
- CIRURGIA TORÁCICA: 87 (pg.218) 111 (pg.271) 169 (pg.415)
- CLASSIFICAÇÃO: 150 (pg.360)
- CÂNCER DE MAMA, GESTAÇÃO, CUIDADOS DE ENFERMAGEM: 106 (pg.257)
- CO-INFECÇÃO HIV/TUBERCULOSE: 134 (pg.321)
- COMPETÊNCIA: 262 (pg.634)
- COMPLICAÇÕES: 81 (pg.205) 82 (pg.206)
- CONHECIMENTO: 99 (pg.245) 252 (pg.613)
- CONSULTA DE ENFERMAGEM: 10 (pg.28) 76 (pg.194) 148 (pg.354)
- CRANIOFARINGIOMA, NEUROCIRURGIA, DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM: 107 (pg.260)



CRIANÇA HOSPITALIZADA: 116 (pg.277) 132 (pg.315)

CUIDADOS CRÍTICOS: 46 (pg.115) 54 (pg.137) 130 (pg.310)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM: 32 (pg.81) 58 (pg.149) 75 (pg.192) 77 (pg.197) 80 (pg.204) 81 (pg.205) 82 (pg.206) 93 (pg.233) 99 (pg.245) 112 (pg.272) 129 (pg.307) 139 (pg.335) 146 (pg.351) 147 (pg.353) 150 (pg.360) 166 (pg.406) 170 (pg.418) 187 (pg.453) 206 (pg.504) 217 (pg.526) 225 (pg.547)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM/CLASSIFICAÇÃO: 42 (pg.105)

CUIDADOS PALIATIVOS: 219 (pg.530)

CURRÍCULO: 15 (pg.40) 198 (pg.483)

DERMATITES DA FRALDA: 232 (pg.567)

DESENVOLVIMENTO INFANTIL: 208 (pg.508)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: 11 (pg.30) 12 (pg.33) 17 (pg.46) 26 (pg.66) 34 (pg.85) 37 (pg.90) 41 (pg.102) 43 (pg.107) 44 (pg.110) 46 (pg.115) 50 (pg.125) 59 (pg.152) 60 (pg.156) 69 (pg.178) 71 (pg.182) 77 (pg.197) 78 (pg.198) 79 (pg.201) 83 (pg.208) 84 (pg.209) 85 (pg.212) 86 (pg.215) 87 (pg.218) 88 (pg.221) 91 (pg.229) 94 (pg.235) 95 (pg.237) 97 (pg.239) 105 (pg.256) 108 (pg.263) 111 (pg.271) 112 (pg.272) 118 (pg.281) 119 (pg.283) 122 (pg.291) 123 (pg.292) 124 (pg.295) 126 (pg.298) 127 (pg.301) 132 (pg.315) 135 (pg.323) 136 (pg.326) 139 (pg.335) 141 (pg.337) 153 (pg.369) 156 (pg.376) 161 (pg.393) 164 (pg.399) 167 (pg.409) 169 (pg.415) 170 (pg.418) 173 (pg.425) 179 (pg.440) 181 (pg.444) 186 (pg.452) 194 (pg.474) 195 (pg.477) 200 (pg.488) 202 (pg.494) 203 (pg.497) 204 (pg.498) 205 (pg.501) 207 (pg.505) 210 (pg.512) 223 (pg.542) 225 (pg.547) 228 (pg.556) 236 (pg.576) 237 (pg.579) 242 (pg.591) 244 (pg.596) 245 (pg.599) 258 (pg.623)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.: 29 (pg.73) 33 (pg.84) 90 (pg.226) 93 (pg.233) 155 (pg.373) 163 (pg.398) 180 (pg.441) 213 (pg.518)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM/CLASSIFICAÇÃO: 162 (pg.396) 171 (pg.419)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: 6 (pg.19) 18 (pg.48) 32 (pg.81) 36 (pg.88) 61 (pg.158) 62 (pg.161) 101 (pg.248) 102 (pg.249) 109 (pg.265) 114 (pg.275) 115 (pg.276) 129 (pg.307) 134 (pg.321) 148 (pg.354) 151 (pg.364) 174 (pg.428) 178 (pg.439) 218 (pg.527) 221 (pg.536) 222 (pg.539) 224 (pg.545) 226 (pg.550) 234 (pg.573) 266 (pg.647) 269 (pg.650)

DIÁLISE RENAL: 78 (pg.198) 79 (pg.201) 81 (pg.205) 82 (pg.206) 97 (pg.239) 98 (pg.242)

DOENÇA CRÔNICA.: 122 (pg.291) 140 (pg.336)

DOENÇA CRÔNICA NA INFÂNCIA: 29 (pg.73)

DOR: 121 (pg.289) 132 (pg.315) 133 (pg.318)

DSTS: 235 (pg.575)

ECOSSISTEMA: 3 (pg.7)

EDUCAÇÃO: 1 (pg.2) 10 (pg.28) 19 (pg.51) 20 (pg.52) 154 (pg.372) 155 (pg.373)

EDUCAÇÃO CONTINUADA: 1 (pg.2) 2 (pg.5)

EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: 216 (pg.525)

EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM: 3 (pg.7) 4 (pg.10) 6 (pg.19) 9 (pg.24) 11 (pg.30) 15 (pg.40) 16 (pg.43) 21 (pg.54) 24 (pg.62) 35 (pg.87) 37 (pg.90) 41 (pg.102) 57 (pg.145) 66 (pg.173) 198 (pg.483) 253 (pg.614) 254 (pg.615) 262 (pg.634)

EFEITOS ADVERSOS: 249 (pg.607)

ENDOSCOPIA: 168 (pg.412)

ENFERMAGEM: 7 (pg.22) 10 (pg.28) 11 (pg.30) 12 (pg.33) 13 (pg.35) 19 (pg.51) 20 (pg.52) 28 (pg.70) 30 (pg.75) 33 (pg.84) 38 (pg.93) 42 (pg.105) 43 (pg.107) 45 (pg.112) 50 (pg.125) 51 (pg.128) 53 (pg.134) 58 (pg.149) 61 (pg.158) 62 (pg.161) 63 (pg.164) 64 (pg.167) 67 (pg.174) 75 (pg.192) 78 (pg.198) 79 (pg.201) 92 (pg.230) 95 (pg.237) 105 (pg.256) 108 (pg.263) 114 (pg.275) 115 (pg.276) 117 (pg.279) 126 (pg.298) 127 (pg.301) 135 (pg.323) 153 (pg.369) 155 (pg.373) 157 (pg.379) 167 (pg.409) 168 (pg.412) 192 (pg.469) 193 (pg.471) 194 (pg.474) 195 (pg.477) 196 (pg.480) 197 (pg.482) 202 (pg.494) 203 (pg.497) 208 (pg.508) 209 (pg.511) 212 (pg.515) 219 (pg.530) 220 (pg.533) 223 (pg.542) 224 (pg.545) 226 (pg.550) 231 (pg.564) 240 (pg.587) 241 (pg.590) 247 (pg.603) 248 (pg.606) 250 (pg.608) 254 (pg.615) 255 (pg.616) 259 (pg.625) 266 (pg.647) 267 (pg.648) 268 (pg.649)

ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA: 101 (pg.248) 102 (pg.249) 201 (pg.491)

ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO: 158 (pg.382) 183 (pg.448) 239 (pg.584) 251 (pg.609)

ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA: 89 (pg.223) 113 (pg.274) 249 (pg.607)

ENFERMAGEM FAMILIAR: 200 (pg.488) 202 (pg.494)



ENFERMAGEM ONCOLÓGICA: 121 (pg.289) 129 (pg.307) 164 (pg.399) 238 (pg.581)
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: 37 (pg.90) 69 (pg.178) 109 (pg.265) 123 (pg.292) 221 (pg.536) 240 (pg.587) 245 (pg.599)
265 (pg.644)
ENFERMEIROS: 3 (pg.7)
ENSINO: 5 (pg.13) 7 (pg.22) 8 (pg.23) 13 (pg.35) 30 (pg.75) 31 (pg.78) 32 (pg.81) 33 (pg.84) 35 (pg.87) 36 (pg.88) 41 (pg.102)
EPIDEMIOLOGIA: 249 (pg.607)
ERROS DE MEDICAÇÃO: 70 (pg.181)
ESCLEROSE MÚLTIPLA: 86 (pg.215)
ESTRESSE: 96 (pg.238)
ESTRUTURA DE GRUPO: 92 (pg.230)
ESTÉTICA: 99 (pg.245)
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: 198 (pg.483) 214 (pg.519)
ESTUDOS DE INTERVENÇÃO: 217 (pg.526)
ESTUDOS DE VALIDAÇÃO: 138 (pg.332) 171 (pg.419) 210 (pg.512) 211 (pg.514) 221 (pg.536) 222 (pg.539) 227 (pg.553) 233 (pg.570)

EXAME FÍSICO: 57 (pg.145) 172 (pg.422)
FAMÍLIA: 92 (pg.230) 175 (pg.431) 200 (pg.488) 202 (pg.494)
FATORES DE RISCO: 69 (pg.178) 124 (pg.295) 197 (pg.482) 213 (pg.518)
FERIMENTOS E LESÕES: 76 (pg.194) 159 (pg.385)
FLORENCE NIGHTINGALE: 116 (pg.277)
FORMAÇÃO DE CONCEITO: 182 (pg.447) 208 (pg.508)
FORMAÇÃO DE CONCEITOS: 193 (pg.471)
FRALDAS PARA ADULTOS: 141 (pg.337) 232 (pg.567)
GERENCIAMENTO DE SEGURANÇA: 223 (pg.542) 224 (pg.545) 226 (pg.550) 247 (pg.603)
GERÊNCIA: 7 (pg.22) 246 (pg.600)
GESTÃO DA QUALIDADE: 259 (pg.625)
GRUPOS DE PESQUISA: 195 (pg.477)
HANSENÍASE: 220 (pg.533)
HEMODINÂMICA: 67 (pg.174)
HIPERTENSÃO: 44 (pg.110) 45 (pg.112)
HOSPITALIZAÇÃO: 141 (pg.337)
IDOSO: 43 (pg.107) 91 (pg.229) 137 (pg.329) 141 (pg.337) 151 (pg.364) 187 (pg.453) 232 (pg.567)
IMUNIZAÇÃO: 70 (pg.181) 261 (pg.631)
INCONTINÊNCIA URINÁRIA: 232 (pg.567)
INFECÇÃO HOSPITALAR: 178 (pg.439) 179 (pg.440)
INFORMÁTICA EM ENFERMAGEM: 4 (pg.10)
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: 65 (pg.170) 115 (pg.276) 269 (pg.650)
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: 85 (pg.212) 97 (pg.239) 98 (pg.242) 218 (pg.527)
LACTAÇÃO: 93 (pg.233)
LACTENTES: 222 (pg.539)
ÚLCERA: 112 (pg.272) 159 (pg.385) 213 (pg.518) 236 (pg.576)
ÚLCERA VARICOSA: 137 (pg.329)
ÚLCERA VENOSA: 110 (pg.268) 196 (pg.480) 197 (pg.482)



LESÃO MEDULAR: 150 (pg.360)

LUDICO: 13 (pg.35)

METODOLOGIA: 6 (pg.19) 192 (pg.469)

MOBILIDADE: 228 (pg.556)

MODELOS DE ENFERMAGEM: 183 (pg.448) 251 (pg.609)

MODELOS TEÓRICOS: 60 (pg.156)

MUDANÇA ORGANIZACIONAL: 263 (pg.637)

NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOÇO: 94 (pg.235)

NEUROCIRURGIA: 71 (pg.182)

PACIENTES INTERNADOS: 269 (pg.650)

PAPEL DO ENFERMEIRO: 246 (pg.600)

PEDIÁTRIA: 11 (pg.30) 201 (pg.491)

PERFIL DE SAÚDE: 196 (pg.480)

PESQUISA: 193 (pg.471)

PESQUISA EM EDUCAÇÃO DE ENFERMAGEM: 15 (pg.40)

PESQUISA EM ENFERMAGEM: 186 (pg.452) 194 (pg.474) 201 (pg.491) 216 (pg.525) 217 (pg.526) 235 (pg.575)

PESQUISA QUALITATIVA: 192 (pg.469)

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: 187 (pg.453)

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE: 66 (pg.173) 72 (pg.185) 73 (pg.188) 139 (pg.335) 159 (pg.385) 215 (pg.522)

PLANEJAMENTO DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE: 26 (pg.66) 214 (pg.519)

PLANEJAMENTO DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE.: 54 (pg.137)

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: 49 (pg.123)

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: 28 (pg.70)

PROCESSOS DE ENFERMAGEM: 1 (pg.2) 2 (pg.5) 12 (pg.33) 16 (pg.43) 21 (pg.54) 25 (pg.65) 26 (pg.66) 27 (pg.69) 31 (pg.78) 34 (pg.85) 35 (pg.87) 38 (pg.93) 40 (pg.100) 46 (pg.115) 55 (pg.139) 57 (pg.145) 58 (pg.149) 63 (pg.164) 65 (pg.170) 83 (pg.208) 86 (pg.215) 87 (pg.218) 90 (pg.226) 104 (pg.252) 119 (pg.283) 126 (pg.298) 127 (pg.301) 133 (pg.318) 136 (pg.326) 138 (pg.332) 139 (pg.335) 140 (pg.336) 154 (pg.372) 158 (pg.382) 160 (pg.389) 172 (pg.422) 176 (pg.433) 177 (pg.436) 180 (pg.441) 182 (pg.447) 185 (pg.451) 186 (pg.452) 189 (pg.459) 199 (pg.486) 214 (pg.519) 215 (pg.522) 216 (pg.525) 236 (pg.576) 239 (pg.584) 240 (pg.587) 241 (pg.590) 251 (pg.609)

PROCESSOS DE ENFERMAGEM/CLASSIFICAÇÃO: 171 (pg.419)

PRÉ-OPERATÓRIO: 71 (pg.182)

PRÁTICA PROFISSIONAL: 117 (pg.279)

QUALIDADE DE VIDA: 232 (pg.567) 234 (pg.573)

RADIOTERAPIA: 94 (pg.235)

RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM: 263 (pg.637)

REFRIGERÇÃO: 250 (pg.608)

REGISTROS DE ENFERMAGEM: 90 (pg.226) 138 (pg.332) 185 (pg.451) 188 (pg.456) 189 (pg.459) 256 (pg.619)

RESULTADO DE ENFERMAGEM: 227 (pg.553) 228 (pg.556) 233 (pg.570)

SAÚDE COLETIVA: 117 (pg.279)

SAÚDE DA CRIANÇA: 40 (pg.100)

SAÚDE DA FAMÍLIA: 160 (pg.389)

SAÚDE DO ADOLESCENTE: 146 (pg.351)

SAÚDE DO HOMEM: 234 (pg.573)

SAÚDE ESCOLAR: 261 (pg.631)



SAÚDE MENTAL: 175 (pg.431)
SAÚDE PÚBLICA: 261 (pg.631)
SEGURANÇA DO PACIENTE: 124 (pg.295)
SERVIÇO HOSPITALAR DE ENFERMAGEM: 225 (pg.547) 264 (pg.640)
SERVIÇOS DE SAÚDE DA MULHER: 52 (pg.131)
SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO: 268 (pg.649)
SISTEMATIZAÇÃO: 53 (pg.134) 64 (pg.167)
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: 55 (pg.139) 57 (pg.145) 104 (pg.252) 257 (pg.622) 258 (pg.623)
259 (pg.625)
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: 8 (pg.23) 16 (pg.43) 26 (pg.66) 31 (pg.78) 36 (pg.88) 49 (pg.123)
100 (pg.247) 131 (pg.313) 174 (pg.428) 209 (pg.511) 246 (pg.600) 253 (pg.614) 267 (pg.648)
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA: 28 (pg.70)
SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: 83 (pg.208) 84 (pg.209)
SOFTWARE: 34 (pg.85) 40 (pg.100)
SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM: 263 (pg.637)
TAXONOMIA DE ENFERMAGEM: 227 (pg.553) 228 (pg.556)
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO: 268 (pg.649)
TECNOLOGIA EDUCACIONAL: 4 (pg.10)
TEORIA DE ENFERMAGEM: 121 (pg.289) 168 (pg.412) 241 (pg.590)
TEORIAS DE ENFERMAGEM: 98 (pg.242) 116 (pg.277) 183 (pg.448) 252 (pg.613)
TERAPIA INTENSIVA: 80 (pg.204) 135 (pg.323)
TERMINOLOGIA: 53 (pg.134) 158 (pg.382) 219 (pg.530) 229 (pg.557) 230 (pg.561) 231 (pg.564) 239 (pg.584)
TOMADA DE DECISÕES: 21 (pg.54)
TRABALHO EM ENFERMAGEM: 96 (pg.238)
TRANSPLANTE DE RIM: 163 (pg.398)
TRAUMA MAMILAR: 17 (pg.46)
ULCERA POR PRESSÃO, FATORES DE RISCO: 145 (pg.349)
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: 25 (pg.65) 54 (pg.137) 75 (pg.192) 96 (pg.238) 119 (pg.283) 136 (pg.326) 178 (pg.439)
179 (pg.440) 189 (pg.459)
VACINA: 250 (pg.608)
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: 231 (pg.564)
VISITA DOMICILIAR: 48 (pg.120) 137 (pg.329) 151 (pg.364)
VOCABULÁRIO CONTROLADO: 170 (pg.418) 220 (pg.533)
VOLUME DE ÁGUA: 85 (pg.212)



11º SINADEn

SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem e Responsabilidade Social nos Cenários da Prática Profissional
1º a 3 de agosto de 2013 - PUCPR - Curitiba/PR

ANAI S



Promoção:
Associação Brasileira de Enfermagem

Realização:
ABEn Seção Paraná

Patrocínio e Apoio:



Prefeitura de Curitiba
Secretaria da Saúde



SECRETARIA DA
SAÚDE

SECRETARIA DA
**CIÊNCIA, TECNOLOGIA
E ENSINO SUPERIOR**

**FUNDAÇÃO
ARAUCÁRIA**

Apoio ao Desenvolvimento Científico
e Tecnológico do Paraná

Agência Oficial
de Turismo:



Organização e
Comercialização:



Assessoria de
Comunicação:

