



# VII Simpósio do Processo de Enfermagem do HCPA



*"Revelando novas fronteiras e Tecnologias"*



*Nossa missão é cuidar de você*



# Anais

Data: 25 e 26 de agosto de 2014  
Local: Anfiteatro Carlos César de Albuquerque

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFRGS**

# **VII Simposio do Processo de Enfermagem**

do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

*"Revelando novas fronteiras e tecnologias"*

**25 e 26 de agosto de 2014**

**Local**

Anfiteatro Carlos César de Albuquerque  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Porto Alegre – RS

## **HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

### **Presidente**

Prof<sup>o</sup> Amarilio Vieira de Macedo Neto

### **Vice-Presidente Médico**

Prof<sup>a</sup> Nadine Oliveira Clausell

### **Vice-Presidente Administrativo**

Bel.Tanira Andreatta Torelly Pinto

### **Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**

Prof<sup>o</sup> Eduardo Pandolfi Passos

### **Coordenadora do Grupo de Enfermagem**

Prof<sup>a</sup> Ana Maria Müller de Magalhães

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

### **Reitor**

Prof<sup>o</sup> Carlos Alexandre Netto

## **ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS**

### **Diretora**

Prof<sup>a</sup> Eva Neri Rubim Pedro

### **Projeto gráfico, ilustração e diagramação**

Gleci Beatriz Luz Toledo

## **DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP**

S612r Simpósio do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (7. : 2014 : Porto Alegre, RS)  
Revelando novas fronteiras e tecnologias; [anais] [recurso eletrônico] / VII Simpósio do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; promoção e realização Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; coordenadora Amália de Fátima Lucena; projeto gráfico, Ilustração e diagramação Gleci Beatriz Luz Toledo. – Porto Alegre: HCPA, UFRGS, Escola de Enfermagem, 2014.

1 CD-ROM

ISBN:

1.Enfermagem - Eventos. 2. Processo de enfermagem. I. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. III. Lucena, Amália de Fátima. IV Título.

NLM: WY3

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

## **Promoção e Realização**

Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## **Apoio**

Associação dos Enfermeiros do Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

## **Apresentação**

*A Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), integrada por enfermeiras dos diversos serviços do hospital e docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tem a satisfação de promover o VII Simpósio do Processo de Enfermagem, que se constitui em um espaço à divulgação científica, reflexão e discussão sobre o tema, além da confraternização com colegas de diversos locais do país.*

*Neste ano, a temática do evento “O Processo de Enfermagem: revelando novas fronteiras e tecnologias” foi pensada no sentido de promover o conhecimento sobre os sistemas de informação e as classificações de enfermagem, estratégias para implementação do processo de enfermagem e divulgação do projeto Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), que é um projeto do Ministério da Educação que objetiva padronizar práticas assistenciais e administrativas em hospitais universitários do Brasil, para o qual o HCPA é modelo. Para a abordagem desses temas contamos com a presença de colegas reconhecidos pelo seu conhecimento no cenário nacional e internacional.*

*O VII Simpósio do Processo de Enfermagem do HCPA é promovido a cada dois anos e conta com a participação de enfermeiros, técnicos de enfermagem, professores e estudantes e é com muita satisfação que recebemos a todas(os) para compartilharem da programação do mesmo.*

*Sejam muito bem vindos!*

**Amália de Fátima Lucena**

Coordenadora do VII Simpósio do Processo de Enfermagem do HCPA

## **Comissão Organizadora**

### **COORDENADORA**

Amália de Fátima Lucena

### **Membros da Comissão**

Amália de Fátima Lucena (EEUFRGS)

Beatriz Juchem (SENCI)

Betina Franco (SEE)

Carmem Lúcia Silva Nectoux (SEPED)

Caroline Maier Predebon (SEPED)

Charlise Pasuch de Oliveira (UAA)

Denise Cardoso Berto (SENEO)

Eneida Rejane Rabelo da Silva (EEUFRGS)

Fernando Riegel (SEC)

Gleci Beatriz Luz Toledo (GENF)

Isabel Cristina Echer (EEUFRGS)

Karina de Oliveira Azzolin (EEUFRGS)

Karine Lorenzen Molina (SEE)

Leila Ambrosini (SEC)

Luciana Bjorklund de Lima (SECC)

Luciana Ramos Correa Pinto (SETI)

Márcia Pozza Pinto (SEMI)

Márcia Weissheimer (SECC)

Maria Conceição da Costa Proença (SENCI)

Maria do Carmo Rocha Laurent (GENF)

Maria Luiza Soares Schmidt (SESP)

Mestrandos e Doutorandos (EEUFRGS)

Miriam de Abreu Almeida (EEUFRGS)

Myrna Lowenhaupt D'Ávila (SEDE)

Rejane Reich (SENCI)

Rosmari Wittmann Vieira (SEC)

Sandra Maria Maciel Fialkowski (SECLIN)

Vanessa Menegalli (SEP)

Vera Lúcia Mendes Dias (GENF)

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>PROGRAMAÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>APRESENTAÇÕES ORAIS.....</b>	<b>14</b>
– Diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão: processo de desenvolvimento e validação.....	15
– Vivências de enfermeiros no planejamento, estruturação e implantação da sistematização da assistência de enfermagem em um hospital privado.....	16
– Estudo piloto para validação clínica do peptídeo natriurético tipo B como característica definidora do diagnóstico de enfermagem volume de líquidos excessivo.....	17
– Aplicação do processo de enfermagem nas escolas de enfermagem: um estudo de caso baseado em imagem.....	18
– Validação de resultados de enfermagem segundo a Nursing Outcomes Classification (NOC) na prática clínica de um hospital universitário: um estudo de cinco anos.....	19
– Características definidoras e inferência dos diagnósticos de enfermagem em pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca: mapeamento cruzado.....	20
– Intervenções de enfermagem para neonatos com diagnóstico de enfermagem dor aguda: uma atividade do pet – saúde da UNIPAMPA.....	21
– Pacientes com feridas oncológicas: experiência de enfermeiras na utilização da sistematização da assistência de enfermagem ambulatorial.....	22
<b>RESUMOS.....</b>	<b>23</b>
– Pensamento crítico: desenvolvendo habilidades para o uso de elementos e aplicação do processo de enfermagem.....	24
– Definição conceitual e operacional do indicador dor relatada para avaliar pacientes com problemas ortopédicos.....	25
– Principais diagnósticos de enfermagem em situações de urgência e emergência: revisão sistemática.....	26
– Intervenções de enfermagem mapeadas para doentes crônicos durante a internação hospitalar.....	27
– Estratégias para prevenção de queda: segurança do paciente.....	28
– Cuidados de enfermagem ao paciente com cateter de Wayne.....	29
– Processo de enfermagem a paciente submetido à cirurgia ortopédica.....	30
– O processo de enfermagem como qualificador no cuidado de paciente com complicações cardiovasculares.....	31
– O processo de enfermagem na sala de recuperação: paciente submetida à angioplastia femoro-poplítea.....	32
– O processo de enfermagem como instrumento de cuidado em um paciente oncológico.....	33
– Diagnóstico de enfermagem integridade tissular prejudicada ao paciente com cateter pleural.....	34
– Seleção de resultados de enfermagem NOC para avaliação de pacientes em cuidado paliativo com dor aguda ou crônica.....	35
– Resultados de enfermagem NOC do domínio saúde percebida em pacientes oncológicos com dor aguda e crônica em cuidados paliativos.....	36
– Cuidados de enfermagem ao paciente em uso de cateter peridural para analgesia.....	37
– Estudo de caso: infecção da ferida operatória.....	38
– O processo de enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	39

– Controle ineficaz do regime terapêutico de paciente renal crônico em hemodiálise.....	40
– Principais diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes da unidade de hemodiálise.....	41
– Principais diagnósticos de enfermagem de uma gestante em hemodiálise.....	42
– Sistematização da assistência de enfermagem: um estudo de caso.....	43
– Sistematização da assistência de enfermagem: um relato de experiência.....	44
– Sistematização da assistência de enfermagem em um centro de tratamento intensivo neonatal, relato de experiência.....	45
– Diagnóstico de enfermagem “risco de perfusão cerebral ineficaz” em pacientes trombolisados pós acidente vascular cerebral – AVC.....	46
– Diagnóstico de enfermagem “padrão respiratório ineficaz” em pacientes com uso de ventilação não invasiva.....	47
– Cuidados de enfermagem aos pacientes com fístula arteriovenosa.....	48
– O processo de enfermagem na oncologia: paciente diagnosticada com neoplasia trofoblástica gestacional.....	49
– Religiosidade: sistematização do cuidado de enfermagem em pacientes em cuidado paliativo.....	50
– A aplicação do processo de enfermagem no atendimento a paciente HIV + com lesão em períneo.....	51
– O processo de enfermagem como aliado ao cuidado em paciente portadora de carcinoma ductal infiltrante (CDI).....	52
– Principais diagnósticos de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica.....	53
– O processo de enfermagem melhorando a auto-estima no câncer de mama....	54
– Sistematização do processo de enfermagem no cuidado ao paciente com pêfigo vulgar.....	55
– Diagnósticos de enfermagem prevalentes no serviço de enfermagem cirúrgica de um hospital universitário.....	56
– Indicadores da Nursing Outcomes Classification para avaliação de fatores intrínsecos e extrínsecos em adultos com úlcera por pressão.....	57
– Indicadores do resultado cicatrização de feridas: segunda intenção para avaliação de úlcera de pressão.....	58
– Modelos teóricos de pensamento crítico em enfermagem.....	59
– Instrumentos para avaliação das habilidades de pensamento crítico em enfermagem.....	60
– Correspondência entre cuidados a pacientes pós terapia trombolítica e a classificação das intervenções de enfermagem.....	61
– Aplicação do processo de enfermagem em paciente admitido em emergência com infarto agudo do miocárdio: estudo de caso.....	62
– Tendências da produção científica a cerca do processo de enfermagem a partir da ótica da ergologia.....	63
– Principais diagnósticos de enfermagem em pacientes em diálise peritoneal....	64
– Paciente submetida à cirurgia cardíaca: estudo de caso clínico usando NANDA-I e NIC.....	65
– Anamnese e exame físico: formação e prática dos enfermeiros.....	66
– Processo de enfermagem: ótica de enfermeiros assistenciais.....	67
– Intervenções de enfermagem não farmacológicas frente à dor aguda em neonatos: revisão integrativa.....	68
– Processo de enfermagem: ferramenta de cuidado para paciente com neoplasia de laringe.....	69
– O uso de diagnóstico de enfermagem na atenção primária à saúde da mulher: um relato de experiência.....	70
– O processo de enfermagem diante dos sinais e sintomas de paciente	



submetida à colectomia parcial.....	71
– Diagnósticos de enfermagem prevalentes em pacientes clínicos.....	72
– Assistência de enfermagem qualificada a pacientes com complicações respiratórias e úlcera por pressão.....	73
– Comportamento de saúde propenso a risco relacionado ao abuso de substâncias.....	74
– Ansiedade relacionada ao abuso de substâncias psicoativas.....	75
– Diagnóstico de enfermagem mais acurado para paciente com insuficiência renal aguda em uso de terapia renal substitutiva.....	76
– Diagnóstico de enfermagem prevalentes em pacientes críticos.....	77
– Prevalência de quedas em unidade de terapia intensiva antes e após implementação do protocolo de prevenção.....	78
– Estratégias para aplicação de NANDA, NOC e NIC na consulta de enfermagem ambulatorial.....	79
– Construção das etapas do processo de enfermagem para neonatos em terapia intensiva.....	80
– Revisão do conceito diagnóstico de enfermagem percepção sensorial perturbada: cinestésica.....	81
– O processo de enfermagem como ferramenta de cuidado na sala de recuperação.....	82
– Padrão ineficaz de alimentação do lactente.....	83
– Ambulatório de consultas de enfermagem direcionadas ao idoso com câncer... ..	84
– Sistematização e implantação da consulta de enfermagem ambulatorial para pacientes do programa de cuidados paliativos.....	85
– Sistematização e implantação da consulta de enfermagem ambulatorial de seguimento a pacientes oncológicos.....	86
– Correspondência entre a classificação de risco de Manchester e uma intervenção da NIC.....	87
– A teoria de Dorothea Elizabeth Orem e a intervenção ao paciente com estomia: uma reflexão teórico-prática.....	88
– Consenso de resultados de enfermagem (Nursing Outcomes Classification – NOC) para pacientes com diagnóstico risco de lesão por posicionamento perioperatório.....	89
– Processo de enfermagem a paciente submetido a transplante renal.....	90
– Processo de enfermagem em paciente pediátrico no centro cirúrgico ambulatorial.....	91
– Construção de um instrumento de coleta de dados para unidade ambulatorial.....	92
– Diagnósticos de enfermagem para pacientes de um ambulatório hospitalar.....	93
– Implantação da prescrição de enfermagem informatizada em hospitais universitários brasileiros: modelo HCPA.....	94
– Contenção mecânica: proposta de nova etiologia buscando segurança do paciente e melhoria no processo de enfermagem no HCPA.....	95
– Intervenções de enfermagem ao paciente submetido a entero-tomografia computadorizada.....	96
– Processo de enfermagem na prevenção de reações adversas ao meio de contraste iodado.....	97
– Risco de automutilação em paciente com transtorno mental.....	98
– Tratamento adjuvante para câncer de mama: relato da experiência em consulta de enfermagem.....	99
– Qualidade e segurança: padronizações necessárias para ações de enfermagem no âmbito hospitalar.....	100
– Ventilação espontânea prejudicada no recém-nascido prematuro.....	101
– Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente jovem vítima de infarto agudo do miocárdio: relato de caso.....	102

– Resultado de enfermagem gravidade de infecção: definições conceituais para os indicadores relacionados a problemas respiratórios.....	103
– Conhecimento deficiente em transplantado renal.....	104
– Jean Watson: a espiritualidade em foco.....	105
– Processo de enfermagem na pediatria: paciente com diagnóstico de púrpura de Henoch-Schontein.....	106
– Disposição para controle melhorado do regime terapêutico em paciente feminina com neoplasia maligna de reto.....	107
– O processo de enfermagem qualifica o cuidado de paciente com enterocolite necrosante.....	108

## Programação

**25 de agosto de 2014**  
**Segunda-feira**

- 8h **Credenciamento**
- 8h30 **Abertura**
- 9h Conferência **Sistemas de informação e terminologias de Enfermagem: Perspectivas da interoperabilidade**  
*Grace Dal Sasso (UFSC)*  
*Coordenação: Amália de Fátima Lucena (HCPA/UFRGS)*
- 9h45 Palestra **Os desafios da interoperabilidade nos sistemas de informação**  
*Tiago Vaz (HCPA)*  
*Coordenação: Denise Tolfo Silveira (HCPA/UFRGS)*
- 10h15 **Intervalo**
- 10h45 Sessão **Contando a história do Processo de Enfermagem no HCPA**  
*Coordenação: Maria do Carmo Rocha Laurent (HCPA)*  
**Como começamos? Maria da Graça Crossetti (UFRGS)**  
**Como avançamos? Miriam de Abreu Almeida (HCPA/UFRGS)**  
**Para onde vamos? Amália de Fátima Lucena (HCPA/UFRGS)**
- 12h **Intervalo**
- 14h Webconferência **O sistema de classificação OMAHA: a experiência da enfermagem americana**  
*Karen Monsen (University of Minnesota)*  
*Coordenação: Amália de Fátima Lucena (HCPA/UFRGS)*
- 14h35 Webconferência **Oportunidade de doutorado na Universidade de Minnesota: relato de experiência de uma enfermeira brasileira**  
*Lisiane Pruinelli (University of Minnesota/HCPA)*  
*Coordenação: Graciele Fernanda da Costa Linch (UFCSA)*
- 15h Mesa-redonda **Os desafios da implantação do Processo de Enfermagem**  
*Coordenação: Janete Urbanetto (FAENFI-PUC)*  
**O Papel do Coren-RS no processo de implantação do processo de enfermagem**  
*Claudir Lopes da Silva (COREn-RS)*  
**A experiência do Hospital Geral de Caxias do Sul**  
*Regina Medeiros (UCS)*  
**A experiência do Grupo Hospitalar Conceição**  
*Christian Negeliskii (GHC)*  
**A experiência da Santa Casa de Uruguaiana**  
*Anali Martegani Ferreira (UNIPAMPA)*
- 16h15 **Intervalo / Pôster break**
- 16h45 **Apresentação de tema livre oral**  
às 18h *Coordenação: Rejane Reich (HCPA)*

## 26 de agosto de 2014 Terça-feira

- 8h30 Mesa-redonda **Projeto de Gestão para Hospitais Universitários – AGHU**  
*Coordenação: Ana Maria Müller de Magalhães (HCPA/UFRGS)*  
**O projeto AGHU e a sua importância para a enfermagem brasileira**  
*Jeanne Michel (MEC/EBSERH)*  
**O modelo HCPA para hospitais universitários**  
*Maria do Carmo Rocha Laurent (HCPA)*
- 9h40 **Apresentação de tema livre oral**  
*Coordenação: Betina Franco (HCPA)*
- 10h40 **Intervalo/Pôster break**
- 11h **Estudo Clínico: Atendimento prioritário à criança com hipertermia no Serviço de Emergência**  
*Karine Molina (HCPA)*  
*Coordenação: Vanessa Menegalli (HCPA)*
- 12h **Intervalo**
- 14h Mesa-redonda **Aplicabilidade dos resultados de enfermagem (NOC)**  
*Coordenação: Eneida Rabelo da Silva (HCPA/UFRGS)*  
**Pacientes com insuficiência cardíaca no ambiente domiciliar**  
*Karina Azzolin (UFRGS)*  
**Pacientes com dor oncológica no cuidado paliativo**  
*Bruna Mello (Hospital Santa Rita)*  
**Pacientes com mobilidade física prejudicada submetidos à cirurgia ortopédica**  
*Marcos Barragan da Silva (UFRGS)*  
**Pacientes com integridade tissular prejudicada por úlcera por pressão**  
*Luciana Mena Barreto (HCPA)*
- 15h30 Mesa-redonda **O Processo de Enfermagem no cenário da Acreditação Hospitalar Internacional**  
*Coordenação: Simone Silveira Pasin (HCPA)*  
**Projeto Educativo Multiprofissional: Interface com o Processo de Enfermagem**  
*Liege Machado Brum (HCPA)*  
**Educação de pacientes e familiares: um olhar multiprofissional**  
*Giovana Ely Flores (HCPA)*
- 16h10 **Miniconferência Qualidade dos registros de enfermagem: segurança no cuidado**  
*Aline Tsuma Gaedke Nomura (UFRGS)*  
*Coordenação: Caroline Predebon (HCPA)*
- 16h30 **Premiação tema livre**  
*Coordenação: Isabel Echer (HCPA/UFRGS)*
- 17h **Coquetel de encerramento**

## **Curso**

### **Raciocínio diagnóstico com uso de software educativo**

Dia 25 de agosto de 2014, Segunda-feira, 16h30 às 18h30

Local: Auditório do Centro de Pesquisa Clínica

*Coordenação: Rosmari Wittmann Vieira (HCPA)*



*Apresentações*

*Orais*

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO

**Cássia Teixeira dos Santos**, Miriam de Abreu Almeida, Amália de Fátima Lucena  
Escola de Enfermagem da UFRGS

**Introdução:** A classificação NANDA-*International* Inc. (NANDA-I) (NANDA-I, 2013) aponta diagnósticos de enfermagem (DE) relacionados à pele e tecidos. Todavia, até o momento, não contemplava um DE que definisse o risco de úlcera por pressão.

**Objetivos:** desenvolver e validar o conteúdo do DE Risco de úlcera por pressão.

**Método:** realizou-se uma revisão integrativa da literatura (RIL), que subsidiou a elaboração do DE Risco de UP, submetido e aprovado pelo *Diagnosis Development Committee* da NANDA-I. Após, desenvolveu-se um estudo de validação de conteúdo de diagnóstico (VCD), conforme a opinião de 24 enfermeiros especialistas no cuidado à pele, oriundos de seis diferentes hospitais do Sul e Sudeste brasileiro. A coleta de dados se deu por instrumento do *survey monkey* e a análise dos dados se baseou no método de Fehring (1987) e na estatística descritiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (13-0034).

**Resultados:** 21 artigos obtidos pela RIL embasaram os 19 fatores de risco elencados e a definição do DE Risco de UP como: 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 e conseqüentemente necrose. Na VCD a definição do DE e os 19 fatores de risco foram avaliados pelos enfermeiros especialistas como: sete "muito importante"; onze, "importante" e um descartado.

**Conclusões:** a elaboração e validação de um DE específico orientará o enfermeiro no cuidado ao paciente em risco de UP.

**Descritores:** Úlcera por pressão, Diagnóstico de enfermagem, Fatores de risco.

## **VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS NO PLANEJAMENTO, ESTRUTURAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PRIVADO**

**Gerli Elenise Gehrke Herr**, Eliane Raquel Rieth Benetti, Michael Magno Backes,  
Hospital Unimed Noroeste/RS

**Introdução:** a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é atividade privativa do enfermeiro, possui embasamento científico e proporciona assistência individualizada e segura aos pacientes. Nesse sentido, na busca de qualificar a assistência e, a fim de atender as exigências legais do COREN/RS, elaborou-se projeto com objetivo de planejar, estruturar e implantar a SAE em um hospital privado do noroeste do Rio Grande do Sul. **Objetivo:** descrever as vivências de enfermeiros no planejamento, estruturação e implantação da SAE. **Método:** trata-se de um relato de experiência das vivências de enfermeiros responsáveis pelo planejamento, estruturação e implantação da SAE em um hospital privado. **Resultados:** inicialmente foi definido um grupo facilitador. Em seguida, foram realizadas leituras da legislação e literatura pertinente, com definições de algumas estratégias: reconhecimento do cenário e dos sujeitos envolvidos; definição da fundamentação teórica, que embasa a SAE (Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-II, NOC e NIC); criação de instrumento próprio para histórico e exame físico; alterações e inclusões necessárias no programa eletrônico existente; sensibilização e instrumentalização dos enfermeiros e equipe de enfermagem; implantação da SAE nas diferentes unidades assistenciais; avaliação e reavaliações constantes desse método de trabalho. **Conclusão:** a implantação da SAE se constitui em um processo lento, dinâmico e gradual, que envolve a superação de dificuldades, descrenças de alguns profissionais e mudança de paradigmas no modo de ser e de compreender o papel do enfermeiro. Mais do que um processo teórico-prático, a SAE requer reflexão crítica e raciocínio clínicos com vista à problematização da realidade concreta em que os enfermeiros se encontram inseridos. **Descritores:** Processos de Enfermagem; Unidades hospitalares; Cuidados de Enfermagem.



## **ESTUDO PILOTO PARA VALIDAÇÃO CLÍNICA DO PEPTÍDEO NATRIURÉTICO TIPO B COMO CARACTERÍSTICA DEFINIDORA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO**

**Melina Maria Trojahn**, Sofia Louise Santin Barilli, Michelle Cardoso e Cardozo, Adriana Magalhães da Fé, Thamires de Souza Hilário e Eneida Rejane Rabelo da Silva  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** A congestão sistêmica é o principal fator relacionado à descompensação de pacientes com insuficiência cardíaca (IC). As manifestações clínicas decorrentes de congestão são dispnéia, ortopnéia, cansaço, distensão de veia jugular e edema. As características definidoras (CD) na Classificação de Diagnósticos de Enfermagem (DE) da NANDA-International, fazem parte do diagnóstico de Volume de Líquidos Excessivo (VLE) estabelecido em pacientes congestos. O Peptídeo Natriurético tipo B (BNP) é uma ferramenta confiável para o diagnóstico de dispnéia tornando-se indicador clínico para o DE VLE, contudo, não está incluído como CD. **Objetivo:** Validar clinicamente o marcador sanguíneo BNP como CD para o diagnóstico VLE em pacientes com IC. **Métodos:** Estudo transversal, realizado de agosto de 2013 a maio de 2014 em Hospital Universitário do RS. Incluídos pacientes com diagnóstico de IC com fração de ejeção sistólica reduzida ou preservada que internaram por descompensação aguda. Coleta realizada através de avaliação clínica para pacientes com IC e amostra de sangue para dosagem do BNP. **Resultados:** Foram incluídos 25 pacientes, 76% do sexo masculino, com média de idade de  $65 \pm 13$  anos. As frequências das CD do DE VLE na admissão e a alta foram anasarca (24% na internação e 4% na alta) e dispneia (100% na internação e 68% na alta). Não houve correlação entre CD principais e secundárias com os valores de BNP na admissão ou na alta; o valor do delta de variação das CD principais e secundárias do diagnóstico em estudo da admissão e alta foi de moderada magnitude  $r = 0,420$ ,  $P = 0,041$ . **Conclusão:** Os resultados desse estudo mostram que existe correlação moderada entre congestão, avaliada pela presença de CD com o BNP. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem, Insuficiência Cardíaca, Validação Clínica.

## **APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NAS ESCOLAS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO BASEADO EM IMAGEM**

**Charlene Garcia Pires**, Fernanda Araujo Rodrigues, Letice Dalla Lana, Marcia Otero  
Sanches

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Introdução:** Estudo de caso é um método que se fundamenta em discutir em sala de aula casos reais vividos por empresas<sup>(1)</sup>. No caso da enfermagem, seria a prática da assistência na sala de aula, visando a aproximação com a realidade que se vivencia.

**Objetivo:** Experiência de desenvolver um estudo de caso fictício implementando as etapas do processo de enfermagem com a utilização do sistema NANDA, NIC e NOC frente à imagem de um cliente adolescente. **Método:** Estudo de caso baseado em imagem desenvolvido na disciplina de Processos de Enfermagem nas Práticas de Assistência, Ensino e Pesquisa, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A partir da imagem, foi desenvolvido uma anamnese e exame físico fictício, onde foi identificado o principal diagnóstico segundo a taxonomia da NANDA-I<sup>(2)</sup>. Previam-se resultados a serem atingidos, de acordo com a NOC<sup>(3)</sup> e a partir de então, foi elaborado o planejamento e a implementação das intervenções de enfermagem, segundo a NIC<sup>(4)</sup>. **Resultados:** Diante da imagem, foi eleito como diagnóstico prioritário: Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidade corporais, almejou-se atingir quatro resultados (Estado Nutricional, Controle do Peso, Comportamento de Adesão e Motivação) e para alcançá-los, foram implementadas quatro intervenções (Promoção do Exercício, Aconselhamento Nutricional, Controle da Nutrição e Controle do Peso), com suas respectivas atividades. A construção foi discutida em sala de aula o que reforçou a implementação dos resultados. **Conclusões:** Criar espaços de aprendizado nas escolas de enfermagem traz benefícios para o crescimento do profissional enfermeiro, principalmente quando se refere a temáticas ainda incipientes nas instituições hospitalares, como NANDA- I, NIC e NOC. **Descritores:** Processos de Enfermagem; Estudos de Casos; Aprendizagem.

## **VALIDAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) NA PRÁTICA CLÍNICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM ESTUDO DE CINCO ANOS**

Luciana Nabinger Menna Barreto, Bruna Paulsen Panato, Mariana Palma da Silva,  
Bruna Engelman, **Marcos Barragan da Silva**, Isis Marques Severo, Deborah Hein  
Seganfredo, Débora Francisco do Canto, Ana Paula de Oliveira Siqueira, Amália de  
Fátima Lucena, Aline Tsuma Gaedke Nomura, Miriam de Abreu Almeida  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Introdução:** Os Resultados de enfermagem (RE) da NOC representam os estados de saúde do pacientes antes e depois das intervenções de enfermagem. **Objetivo:** Validar os RE para os diagnósticos de enfermagem (DE) mais frequentes de pacientes hospitalizados em diferentes serviços de enfermagem. **Método:** Validação de conteúdo, realizada entre 2008 e 2013 com enfermeiros experientes, atuantes nos Serviços de Enfermagem clínica (SECLIN), Cirúrgica (SEC), Terapia Intensiva (SETI), Psiquiatria (SEP), Pediatria (SEPED), Materno-Infantil (SEMI) e Emergência (SEE), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram avaliados os RE contidos nas ligações NOC-NANDA-I para os diagnósticos de Dor Aguda, Déficit no Autocuidado: banho/higiene e Risco de Infecção (SEC, SECLIN e CTI/2008-2009); Processos de Pensamento Perturbado (SEP/2008-2009); Padrão Respiratório Ineficaz e Ventilação Espontânea Prejudicada (SETI/2010-2011); Atividade de Recreação Deficiente (SEPED/2011); Conforto Prejudicado e Risco de Amamentação Ineficaz (SEMI/2011); e Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz (SETI-SEE/2012-2013). Utilizou-se um instrumento contendo os RE, em que os enfermeiros assinalavam a importância clínica de cada item, numa escala likert de 1 a 5 (não importante – extremamente importante). Os RE foram validados com escore > 0.80. Projeto aprovado em comitê de ética. **Resultados:** Participaram 94 enfermeiros. Foi validado um total de 51 RE constantes nos domínios Saúde fisiológica 22 (43,13%), Saúde funcional 12 (23,52%), Conhecimentos e comportamentos de saúde 9 (17,64%), Saúde psicossocial 3 (5,88%), Saúde Percebida 3 (5,88%), Saúde da família 1 (1,96%) e Saúde Psicológica 1 (1,96%). **Conclusão:** Os RE validados demonstram a percepção das respostas dos pacientes sobre as intervenções de enfermagem realizadas. Esses dados, oferecem subsídios para a implementação da NOC na prática clínica. **Descritores:** Avaliação de resultados (cuidados de saúde); Diagnóstico de Enfermagem; Classificação.

## **CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E INFERÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA: MAPEAMENTO CRUZADO**

Itiana Vianna Fontana, Karina de Oliveira Azzolin e **Marina Calegari da Rosa**  
Instituto de Cardiologia de Porto Alegre.

**Introdução:** Os diagnósticos de enfermagem são importantes preditores na criação do sistema uniformizado de linguagem que tenha por base uma classificação onde se faz o diagnóstico, a intervenção e avaliação de enfermagem de maneira que este possa ser compreendido por todos os profissionais da saúde. **Objetivo:** Realizar o mapeamento cruzado dos registros das evoluções dos enfermeiros com as características definidoras e diagnósticas da NANDA-I no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. **Métodos:** Estudo transversal com dados históricos, utilizando a técnica de mapeamento cruzado com pacientes adultos no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. Foram incluídos pacientes com idade maior ou igual há 18 anos, ambos os sexos, que foram submetidos a cirurgias cardíacas, que internaram na Unidade referida acima. **Resultados:** Foram avaliados 154 prontuários de pacientes em PO de cirurgias cardíaca, 101(65,6%) eram do sexo masculino, a média de idade foi de 60,57 ( $\pm$  11,71) anos, 110(71,4%) eram casados. A maioria submetida à revascularização do miocárdio em 114(74%). Entre os fatores de risco apresentados pelos pacientes, 104(67,5%) se referiam à hipertensão arterial (HAS). Foram identificados 14 diferentes procedimentos/equipamentos invasivos registrados no decorrer da internação na UTI. Na verificação de dados clínicos, baseado na avaliação e registro do enfermeiro, foram identificados 22 características clínicas, sendo sedação, jejum e pupilas mióticas, os mais prevalentes. Os procedimentos e dados clínicos foram mapeados nas características definidoras e fatores de risco/relacionados dos 216 Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional, 2012-2014, sendo prevalentes os DE dos Domínios Atividade/ repouso, com 11(34,4%) diferentes DE e Segurança/proteção, com 11(34,4%) DE, num total de 32 diferentes diagnósticos de enfermagem. **Conclusão:** Os registros de enfermagem permitiram o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem condizentes com o perfil de pacientes pós-operatórios cirúrgicos cardíacos. **Descritores:** Cardiologia. Diagnóstico de Enfermagem. Enfermagem.

## **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA NEONATOS COM DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA: UMA ATIVIDADE DO PET- SAÚDE da UNIPAMPA**

**Elisiane do Nascimento da Rocha**, Anali Martegani Ferreira, Odete Messa Torres, Graciane Lafuente Ferreira, Andrise da Silva Porto Alegre, Aline Martinelli Piccinini

**Introdução:** A utilização da linguagem padronizada, nas áreas de diagnósticos e intervenções de enfermagem, serve para documentar a assistência prestada, auxilia o enfermeiro a comunicar planos de cuidado e a comunicar-se com a equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde. Considera-se importante utilizar as classificações de enfermagem para a organização da assistência de enfermagem.

**Objetivo:** Apresentar as intervenções de enfermagem realizadas na assistência para neonatos em terapia intensiva, com diagnóstico de enfermagem (DE) Dor Aguda, segundo a classificação das intervenções de enfermagem (NIC). **Métodos:** Estudo descritivo tipo relato de experiência sobre identificação de intervenções de enfermagem para neonatos em terapia intensiva, com DE Dor Aguda, implementadas pela equipe de enfermagem. Foram realizadas atividades de ensino, pesquisa e extensão, com foco em educação permanente, desenvolvidas pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da UNIPAMPA. Foram realizados encontros semanais, de março a maio de 2014. Nestes foram identificados cuidados de enfermagem realizados pela equipe de enfermagem, os quais foram correlacionados com as intervenções de enfermagem da NIC, visando contribuir para utilização das classificações e padronização da assistência de enfermagem.

**Resultados:** As intervenções identificadas pela equipe de enfermagem, as quais são propostas pela NIC, e contemplam cuidados de enfermagem realizados pela equipe de enfermagem, para neonatos com diagnóstico de Dor Aguda foram: *Controle da dor; Cuidado neonatal: no método canguru; Sucção não nutritiva; e Melhora do sono.* Estes cuidados foram classificados segundo a NIC, visando padronização da linguagem e da assistência prestada aos neonatos. **Conclusão:** A identificação das intervenções de enfermagem para assistência ao neonato com dor, e a utilização da classificação das intervenções NIC auxilia a padronização e desenvolvimento de ações sistematizadas. **Descritores:** Dor, Neonato e Enfermagem.

## **PACIENTES COM FERIDAS ONCOLÓGICAS: EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIRAS NA UTILIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL**

Francine Letícia da Silva Secco, Lívia Lírio Campo, Walderesa Alf Martins, Liliane de Aguiar Fernandes, Karine Zancanaro Reys, **Dayane de Aguiar Cicolella**, Franciele Marchioretto, Leila Maria de Abreu Jaggi.

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

**Introdução:** Segundo dados estatísticos 05 a 10% dos pacientes em tratamento oncológico desenvolvem lesões decorrentes de tumores. **Objetivo:** Descrever o processo de implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no cuidado aos pacientes com feridas oncológicas. **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre a estruturação e aplicação da SAE para acompanhamento de pacientes com lesões de pele relacionadas à progressão e tratamento do câncer no Ambulatório SUS do Hospital Santa Rita da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. O Processo de Enfermagem foi fundamentado nas taxonomias da North American Nursing Diagnosis Association, Nursing International Classification e na Nursing Outcomes classification. **Resultados:** A proposta teve seu início em setembro 2013. Até o momento foram atendidos 1.241 pacientes e 1.274 curativos foram realizados. Os atendimentos são registrados no prontuário eletrônico através da evolução de enfermagem. Até o momento foram identificados quatro principais diagnósticos: Integridade da Pele Prejudicada, Integridade Tissular Prejudicada, Risco de Infecção, Dor Aguda e Dor Crônica. As intervenções de enfermagem são realizadas no momento da consulta com enfoque na utilização de produtos indicados pelo Protocolo Institucional de Prevenção e Tratamento de Feridas. Os resultados das são avaliados nas reconsultas, com fins de perceber a aderência do paciente ao tratamento e orientações. **Conclusões:** O processo de implementação da SAE em consultas de enfermagem para pacientes com feridas oncológicas permite ao enfermeiro uma visão ampla do processo de saúde e doença, identificação dos problemas, acompanhamento contínuo das lesões e reavaliação dos tratamentos utilizados. A proposta de construção deste Ambulatório de Feridas demonstra-se um processo inovador e efetivo no tratamento de lesões em pacientes com câncer. **Descritores:** Enfermagem, Oncologia, Ferimentos e Lesões.



# Resumos

## **PENSAMENTO CRÍTICO: DESENVOLVENDO HABILIDADES PARA O USO DE ELEMENTOS E APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM**

**Fernando Riegel**,<sup>1</sup> Diego Silveira Siqueira, Betina Franco, Karine Lorenzen Molina, Amália de Fátima Lucena, Miriam de Abreu Almeida, Isabel Cristina Echer  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre- HCPA

**Introdução:** Pensamento crítico pressupõe a dimensão da inteligência na enfermagem necessária ao uso de elementos da prática, como o diagnóstico, a seleção dos resultados e intervenções adequados. A necessidade constante de aprimoramento do uso desses elementos requer dos enfermeiros busca pelo desenvolvimento de habilidades. **Objetivo:** Analisar a literatura especializada com foco no desenvolvimento de habilidades para o pensamento crítico do enfermeiro. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura com base na questão norteadora: Quais são as habilidades de pensamento crítico utilizadas pelo enfermeiro na sua prática? Buscou-se artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores: pensamento crítico, enfermagem, habilidades. Encontrou-se 19 artigos acerca do tema. Destes, 9 artigos publicados na base de dados LILACS, 7 na base de dados BDEF e 3 na base de dados espanhola IBECS, na base de dados LILACS, somente 4 artigos tratavam das habilidades para pensar criticamente. A análise de dados ocorreu por meio da organização de um quadro sinóptico no qual foram analisados os achados da pesquisa levando em consideração as características dos estudos, os autores, país de origem, metodologia e achados da pesquisa. **Resultados:** Quanto ao desenvolvimento das habilidades e hábitos mentais ficou evidente a necessidade de estudar casos aprendendo a raciocinar de forma crítica, refletindo sobre a acurácia diagnóstica, seleção de resultados e intervenções na prática do enfermeiro. Como suporte teórico-científico os estudos trazem o uso das classificações NANDA – I, NIC e NOC. **Conclusão:** O estudo permitiu refletir sobre o desenvolvimento de habilidades para o enfermeiro pensar criticamente suas práticas assistenciais, ensino e pesquisa, conclui que a discussão de casos clínicos na prática cotidiana pode ser uma estratégia importante para o desenvolvimento das habilidades de pensamento crítico dos enfermeiros. **Descritores:** Pensamento crítico, enfermagem, habilidades.



## **DEFINIÇÃO CONCEITUAL E OPERACIONAL DO INDICADOR DOR RELATADA PARA AVALIAR PACIENTES COM PROBLEMAS ORTOPÉDICOS**

**Marcos Barragan da Silva**, Ana Paula de Oliveira Siqueira, Mariana Palma da Silva,  
Bruna Paulsen Panato, Bruna Engelman, Miriam de Abreu Almeida  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Introdução:** Os pacientes com problemas ortopédicos, especialmente aqueles submetidos à Artroplastia Total de Quadril (ATQ), precisam ser constantemente monitorados quanto à presença e características de dor no período pós-operatório.

**Objetivo:** Desenvolver definição conceitual e operacional do indicador *Dor relatada*, segundo o resultado constante na Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) *Nível de dor*, para pacientes com problemas ortopédicos. **Métodos:** Estudo metodológico, realizado em duas etapas: revisão narrativa da literatura e validação por consenso de especialistas. A revisão narrativa foi realizada com a partir de livros de semiologia e semiotécnica ortopédica, publicados nos últimos cinco anos (2009-2013). Posteriormente, as definições desenvolvidas foram avaliadas por três enfermeiras com experiência clínica de três anos ou mais em ortopedia. **Resultados:**

Obteve-se o consenso de 100% sobre as definições desenvolvidas, segundo a avaliação das enfermeiras especialistas. O indicador Dor relatada foi validado conceitualmente como: *Caracteriza-se pelo autorelato da experiência dolorosa. A resposta pode ser espontânea ou solicitada.* Para sua avaliação, a definição operacional foi validada como: *Aplicar a Escala numérica verbal (ENV), perguntando quanto o paciente classifica sua dor, de zero a dez.* Foram sugeridas como questões norteadoras: *Você tem dor? Como você classifica sua dor?* Para a estratificação na escala likert da NOC (1 a 5), foi sugerida a seguinte categorização: 1= Dez - Dor de intensidade insuportável; 2= Nove a sete - Dor de forte intensidade; 3= Seis a quatro - Dor de intensidade moderada; 4= Três a Um - Dor de fraca intensidade; Zero= Ausência de Dor. **Conclusão:** As definições construídas poderão favorecer a avaliação desse resultado de enfermagem em pacientes submetidos à ATQ. Novos estudos poderão validar esse resultado segundo os critérios psicométricos. **Descritores:** Enfermagem ortopédica; Dor; Avaliação de resultados (cuidados de saúde).

## PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA

Marcos Barragan da Silva, Siméia Corrêa de Matos, Vera Navarro, Miriam de Abreu  
Almeida

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Introdução:** O Diagnóstico de Enfermagem (DE) em urgência e emergência pode favorecer a rápida tomada de decisão clínica. **Objetivo:** Identificar os principais DE em situações de urgência e emergência. **Métodos:** Revisão sistemática da literatura, baseada na questão: Quais são os principais DE em situações de urgência e emergência? Realizou-se a busca na *LILACS*, em junho de 2014 com os descritores: “*Diagnóstico de Enfermagem*” e “*Enfermagem em Emergência*”. Os critérios de inclusão foram artigos brasileiros, de pesquisa quantitativa, publicados em português, inglês ou espanhol, dos últimos cinco anos (2009-2013), que respondessem a questão delimitada e que possibilitassem acesso ao texto completo. O filtro resultou em 23 artigos. Para a análise preliminar (títulos e resumos) foram incluídos 13 artigos. Não foi intenção categorizar os DE por etiologias. Serão apresentados os DE com ocorrência maior que 50%. **Resultados:** Foram incluídos cinco artigos descritivos, em nível IV de evidência. Dezesesseis (16) diferentes DE foram estabelecidos, segundo a NANDA Internacional Inc. Dois estudos foram retrospectivos e três prospectivos. Participaram um total de 524 pacientes. Os DE (intra<sup>¥</sup> e/ou extra-hospitalar\*) mais frequentes foram: Dor aguda<sup>¥\*</sup>, Integridade tissular prejudicada<sup>¥\*</sup>, Integridade da pele prejudicada<sup>¥</sup>, Débito cardíaco diminuído<sup>¥</sup>, Troca de gases prejudicada<sup>¥</sup>, Capacidade adaptativa craniana diminuída<sup>¥</sup>, Padrão respiratório ineficaz<sup>¥</sup>, Ventilação espontânea prejudicada<sup>¥</sup>, Conforto prejudicado<sup>¥</sup>, Risco de aspiração<sup>¥</sup>, Risco de disfunção neurovascular periférica<sup>¥</sup>, Risco de infecção<sup>¥\*</sup>, Risco de sangramento<sup>¥</sup>, Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz<sup>¥</sup>, Risco de choque<sup>¥</sup> e Risco para Trauma\*. Todos os DE foram estabelecidos por especialistas. **Conclusão:** A identificação destes diagnósticos pode auxiliar na sistematização da assistência e na priorização do atendimento aos pacientes. Uma meta-análise poderia prever os DE mais acurados para as etiologias específicas, direcionando as intervenções de enfermagem para resultados esperados. **Descritores:** Enfermagem em Emergência; Diagnóstico de Enfermagem, Processos de Enfermagem.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM MAPEADAS PARA DOENTES CRÔNICOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Dayanna Machado Lemos**, Priscilla Ferreira Saldanha, Karina de Oliveira Azzolin

Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Escola de Enfermagem da UFRGS

**Introdução:** O acompanhamento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) durante a internação, guiados por um sistema de classificações favorece a avaliação da efetividade das intervenções. **Objetivo:** Identificar os Diagnósticos de enfermagem (DE) e cuidados de enfermagem implementados para pacientes internados por DCNT; Relacionar os cuidados com a Nursing Interventions Classification (NIC). **Métodos:** Estudo longitudinal histórico realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre com adultos internados por descompensação da Insuficiência Cardíaca (IC), Diabete Melito (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no último ano. Foram avaliados os cuidados prescritos para os DE e posteriormente mapeamento cruzado com a NIC. **Resultados:** Foram analisadas 314 internações. Média de idade  $62,3 \pm 15,2$  anos, 55,3% masculino, taxa de reinternação 11,7%. Foram identificados 59 DE e 298 cuidados. Os DE Risco de Infecção e Risco de Quedas foram prevalentes nos três subgrupos. Na IC também prevaleceu Padrão Respiratório Ineficaz: com as intervenções mapeadas na NIC *assistência ventilatória, monitoração de sinais vitais (sv) e monitorização respiratória*. Em DM, Risco de Glicemia Instável: *controle da hiperglicemia, controle da hipoglicemia, monitoração de sve ensino: medicamentos prescritos*. Nutrição Desequilibrada: *menos que as necessidades corporais: controle da hiperglicemia, controle da hipoglicemia, controle de distúrbios alimentares e amostra de sangue capilar*. Dor aguda: *controle da dor e administração de analgésicos*. Integridade Tissular Prejudicada: *úlceras de pressão, supervisão da pele e administração de hemoderivados*. Na HAS, Padrão Respiratório Ineficaz: *assistência ventilatória, monitorização respiratória e monitoração de sv*. Déficit no Autocuidado: *banho/higiene: banho, assistência no autocuidado: banho/higiene, cuidados com o períneo e monitoração de sv*. **Conclusão:** Os cuidados prescritos em sua maioria estavam de acordo com as ligações propostas pela NIC, porém os DE e os cuidados foram pouco específicos aos problemas. **Descritores:** Cuidados de enfermagem; Hospitalização; Doença crônica.

## **ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DE QUEDA: SEGURANÇA DO PACIENTE**

Carla Walburga da Silva Braga, Kelly Cristina Milioni, Lucélia Caroline dos Santos Cardoso, Luzia Teresinha Vianna dos Santos, Mari Angela Victória Lourenci, Rosana da Silva Fraga

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Em 2004, a Organização Mundial de Saúde, identificou campos de atuação para direcionar ações voltadas a Segurança do Paciente visando promover avanços específicos em áreas de assistência analisadas problemáticas. Dentre elas, a meta número 6 (seis): "reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas de pacientes". Considera-se queda, quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, [...]. Pode advir da própria altura, da maca/cama ou de assentos, tais como, cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, etc, inclusive o vaso sanitário. **Objetivo:** Informar ações adotadas, com vista a Segurança do Paciente no tocante à prevenção de queda. **Método:** Qualitativo e descritivo. Assim que o paciente é admitido na unidade de Internação Adulto, o Enfermeiro procede a avaliação do mesmo acompanhado da Anamnese de Enfermagem. Juntamente é pontuado a "Escala de Morse" (MFS – Morse Fall Scale) que determina "cronotemporalmente", se o paciente apresenta risco de queda. Entrega-se para o paciente e/ou acompanhante/familiar/cuidador, e independente da pontuação MFS, o folder institucional com orientações, tais como, manter cama baixa e travada; grades elevadas; campainha e pertences próximos do paciente. Contudo, informa-se, que na vigência de risco de queda, o paciente fará uso de uma pulseira sinalizadora; deverá sair do leito sempre acompanhado, dentre outras específicas/preventivas. **Resultados:** Espera-se que a manutenção na prevenção deste evento, para que não ocorram lesões. Que siga uma preocupação constante dos profissionais/cuidadores. Manter o acompanhamento e divulgação do agravo, institucionalmente. **Conclusão:** O paciente pode não pontuar o risco de queda, na admissão, mas poderá pontuar na hospitalização. Pensa-se que o acesso/leitura do folder e em conjunto com as orientações/reforços da equipe multiprofissional pode-se impedir o evento e futuros danos, alcançando assim, a Segurança do Paciente, pois isto é fundamental. **Descritores:** Lesões, Quedas e Segurança.

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CATETER DE WAYNE

Ana Paula Almeida Corrêa, Carla Walburga da Silva Braga, Israel Cardoso Rodrigues, Kelly Cristina Milioni, Luciana Foppa, Luzia Terezinha Vianna dos Santos, Mari Angela Victoria Lourenci, Patrícia Cristina Cardoso, **Rosana da Silva Fraga** e Simone Selistre de Souza Schimidt

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Riscos para alteração do padrão respiratório ou padrão respiratório ineficaz podem ocorrer a partir de um Pneumotórax, que é o acúmulo anormal de ar no espaço pleural, este pode advir espontânea, infecciosa, traumática ou iatrogenicamente. Como recurso terapêutico, o cirurgião torácico pode instalar um cateter pleural semi-permanente, percutaneamente com o nome de "Wayne". Este cateter é colocado, por meio de técnica asséptica e fixado junto à pele do paciente e que pode drenar espontaneamente em "sistema aberto". Assim, o enfermeiro, através do histórico e exame físico, levanta Diagnósticos de Enfermagem (DE) e conseqüentemente planeja a assistência, a fim de promover o conforto do paciente.

**Objetivo:** Elencar cuidados de enfermagem relacionados ao paciente com presença do Cateter Wayne. **Método:** Relato qualitativo descritivo, baseado na observação da prática assistencial aos pacientes com Cateter Wayne internados em unidade clínica de um hospital universitário do Sul do Brasil. **Discussão:** Entre os cuidados elencados ao paciente com cateter de Wayne estão: verificação e controle dos sinais vitais e alterações sensoriais; cuidados de manutenção da via aérea (oxigenação); avaliação da dor acompanhada de analgesia medicamentosa ou alternativa; higienização da pele/pertuíto de inserção do dreno e cuidados com a drenagem dos fluídos. À medida que o paciente tem suas necessidades atendidas, inicia-se com encorajamento, o processo de autonomia frente aos cuidados. Espera-se que a implementação dos cuidados específicos aos DE possam proporcionar ao paciente um melhor padrão respiratório, cuidados com a integridade da pele, prevenção de infecção e amenização da dor aguda no período. **Considerações finais:** A prescrição dos cuidados de enfermagem, assim como, as orientações para o auto-cuidado e promoção da saúde denotam a importância do enfermeiro na avaliação e assistência ao paciente com uso de cateteres. **Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Equipe de Enfermagem e Pneumotórax.

## PROCESSO DE ENFERMAGEM A PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA ORTOPÉDICA

**Luciana Bjorkund de Lima**, Adriana Maria Alexandre Henriques, Alessandra Glaeser,  
Denise Oliveira D'Avila, Ester Izabel Soster Prates, Márcia Weissheimer, Rosane da  
Silva Veiga Pirovano

Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O diagnóstico de enfermagem Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório proporciona ao enfermeiro realizar intervenções de enfermagem específicas para esse período voltadas para a prevenção e manutenção da integridade da pele e dos órgãos. **Objetivo:** Analisar a aplicação do Processo de Enfermagem com ênfase para o diagnóstico Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório em paciente submetido à cirurgia ortopédica. **Método:** Estudo de caso realizado em um hospital universitário da cidade de Porto Alegre – RS. Os dados foram coletados no prontuário eletrônico e analisados sob o referencial da NANDA I. **Resultados:** O diagnóstico Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório foi estabelecido durante o período perioperatório ao paciente submetido a procedimento cirúrgico de revisão de artroplastia total de quadril. O paciente era portador de espondilite anquilosante, doença inflamatória crônica que acomete a coluna vertebral e grandes articulações como os quadris e joelhos. Entre as intervenções de enfermagem realizadas nesse período destacam-se o uso de coxins de proteção e faixas de segurança, minimização a exposição do paciente aos fatores de risco ambientais e monitorização da posição dos acessórios dos equipamentos. Durante a recuperação pós-anestésica e internação na unidade cirúrgica, o paciente não apresentou lesões relacionadas ao posicionamento cirúrgico. O diagnóstico em questão foi encerrado no quinto dia de pós-operatório. **Conclusão:** A enfermagem perioperatória desempenha um papel significativo ao garantir o posicionamento do paciente compreendendo os sistemas afetados pelo posicionamento e seus riscos associados. O processo de enfermagem oferece ao enfermeiro avaliar as necessidades e implementar intervenções que possibilitem o melhor resultado ao paciente. O diagnóstico Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório possui relevante importância para o acompanhamento e prescrição de cuidados de enfermagem referentes à prevenção e detecção de lesões relacionadas ao posicionamento cirúrgico. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem, Enfermagem Perioperatória, Ortopedia.

## O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO QUALIFICADOR NO CUIDADO DE PACIENTE COM COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES

**Daniela Barella**, Suzana Boeira, Taline Bavaresco

Universidade de Caxias do Sul

**Introdução:** As doenças cardiovasculares são consideradas um grande problema de saúde pública por estarem associadas com doenças crônicas, entre elas, o Diabetes *mellitus* (DM) e Hipertensão arterial sistêmica (HAS). Essas doenças interferem significativamente no curso clínico do paciente. Desta forma é de extrema importância realizar o processo de enfermagem e os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (DEs) (NANDA-i), intervenções (NIC) e resultados de enfermagem (NOC), para a qualificação do cuidado. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente com doença cardiovascular. **Métodos:** Estudo de caso realizado em unidade de internação de um hospital geral da região nordeste do RS. Estudo aprovado pela instituição. **Resultados:** Paciente feminina, 63 anos, branca, portadora de HAS, IC, DM tipo 2 e nefropatia diabética. Internou com dispneia aos esforços, dor torácica irradiada para a mandíbula e apresentou piora em 24 horas com novos episódios de dor e dispneia em repouso, respirando com auxílio de O<sub>2</sub> a 3l/min, taquipneia, presença de ronos à direita na ausculta pulmonar e anasarca. Apresenta pulsos filiformes e exames laboratoriais alterados. Realizou uma angioplastia com colocação de stent em artéria descendente anterior. Com essas informações foram elencados os seguintes DEs como prioritários: Dor aguda e Volume de líquidos excessivo. Para o tratamento desses diagnósticos foram elencados os resultados de enfermagem NOC: Controle da dor e Equilíbrio hídrico e foram implementadas as intervenções NIC: Controle da dor e Controle hídrico com suas atividades a fim de tratar os DEs selecionados. **Conclusões:** O atendimento ao paciente com distúrbios cardiovasculares pode ser qualificado pela aplicação do processo de enfermagem e os sistemas de classificação. **Descritores:** enfermagem cardiovascular; processo de enfermagem; diagnóstico de enfermagem.

## O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO: PACIENTE SUBMETIDA À ANGIOPLASTIA FEMORO-POPLÍTEA

**Daniela Barella**, Nanci da Silva Teixeira

Universidade de Caxias do Sul

**Introdução:** As doenças do aparelho circulatório são as que têm maior índice de mortalidade no país. Com o agravamento dessas o paciente corre o risco de se submeter a cirurgias para a correção dos problemas. Desta forma é de extrema importância realizar o processo de enfermagem utilizando os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (DEs) (NANDA-i), intervenções (NIC) e resultados (NOC). **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente no pós-operatório de angioplastia femoro-poplítea. **Métodos:** Estudo de caso realizado na sala de recuperação do bloco cirúrgico de um hospital geral da região nordeste do RS. **Resultados:** Paciente feminina, 74 anos, branca, ex-tabagista, cardiopata e portadora de Hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes *mellitus* (DM) e hipotireoidismo. Internou com dor em MIE com claudicação para 50 metros nesse membro. Exames prévios de imagem em MMII mostravam aterosclerose difusa severa e estenose nas principais artérias do MIE. Realizada angioplastia femoro-poplítea com colocação de stent não recoberto. Na sala de recuperação encontrava-se cansada, com dor na FO quando movimentava o membro (5/10 na escala de dor), membros aquecidos, com bom enchimento capilar e pulsos filiformes. Diante do fato foram elencados os seguintes DEs como prioritários: Risco de perfusão tissular periférica ineficaz e Risco de infecção. Para o tratamento desses diagnósticos foram elencados os resultados de enfermagem NOC: Perfusão tissular: periférica e Controle de riscos: processos infecciosos e foram implementadas as intervenções NIC: Cuidados circulatórios: insuficiência arterial e Controle de infecção com suas atividades a fim de tratar os DEs selecionados. **Conclusões:** O atendimento ao paciente pós-operatório pode ser qualificado pela aplicação do processo de enfermagem e os sistemas de classificação. **Descritores:** enfermagem cirúrgica; enfermagem em sala de recuperação; processo de enfermagem.



## O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO EM UM PACIENTE ONCOLÓGICO

Melina Moreira, Suzana Boeira, Taline Bavaresco

Universidade de Caxias do Sul

**Introdução:** No Brasil, o câncer de cabeça do pâncreas representa 2% de todos os tipos de câncer. Por se tratar de uma doença silenciosa, a prática de enfermagem deve estar voltada para o controle dos fatores predisponentes da doença como o tabagismo e alimentação, para isso o uso da sistematização da assistência de enfermagem e os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (DE) (NANDA-i), intervenções (NIC) e resultados de enfermagem (NOC) são ferramentas indispensáveis. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em um paciente com Tumor do Pâncreas. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso realizado, no segundo semestre de 2013 em uma unidade de internação de um Hospital Geral da região nordeste do RS. Aprovado pela instituição. **Resultado:** Paciente feminina, 51 anos, tabagista (36 anos), hipertensa, diabética, asmática, e IAM prévio (há um ano). Internada com dor em hipocôndrio direito com piora progressiva, ictérica (+/++++) há 2 meses, apresentando colúria e acolia há 20 dias, com perda ponderal de 4Kg. Foi diagnosticado tumor da cabeça do pâncreas de aproximadamente 4x2 cm com obstrução parcial do colédoco e invasão de veia porto-esplênica, dilatação de vias biliares por compressão, realizado inserção de *stent*. Recebendo dieta por via oral, abdômen plano, doloroso a palpação, com RHA +, HGT: 257mg/dl. Diante do exposto foram elencados os DEs Dor aguda e Risco de glicemia instável. Para o tratamento destes DESs realizou-se as seguintes intervenções Controle da dor, Controle da hiperglicemia e Controle da hipoglicemia tendo como resultados esperados o Controle da dor e Nível de glicemia **Conclusão:** O processo de enfermagem é um instrumento de cuidado para uma assistência qualificada aos pacientes oncológicos. **Descritores:** Enfermagem oncológica; proceso de enfermagem; diagnóstico de enfermagem.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA AO PACIENTE COM CATETER PLEURAL**

Ana Paula Almeida Corrêa, **Carla Walburga da Silva Braga**, Israel Cardoso Rodrigues, Kelly Cristina Milioni, Luciana Foppa, Luzia Teresinha Vianna dos Santos, Mari Angela Victória Lourenci, Patrícia Cristina Cardoso, Rosana da Silva Fraga, Simone Selistre de Souza Schimidt  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O Cateter Pleural (CP) é um dispositivo flexível, tubular, totalmente implantável com reservatório subcutâneo, inserido no paciente, percutaneamente, através de técnica asséptica, pelo cirurgião torácico. Este cateter é alternativa terapêutica para o derrame pleural (DP) maligno. Apesar disso, em indivíduos com DP de repetição, é utilizado tal dispositivo cuja extremidade distal entra na cavidade pleural pelo quinto ou sexto espaço intercostal e o reservatório é fixado à parede torácica. Desta forma, cada vez que o paciente manifeste sinais e/ou sintomas de DP, o CP é aberto e o conteúdo drenado. **Objetivos:** Prescrever cuidados de enfermagem, a partir da instalação e permanência do CP na hospitalização. **Método:** Trata-se de um relato qualitativo descritivo, observado na prática assistencial de pacientes internados em unidade clínica de um hospital universitário do Sul do Brasil que utilizem cateter pleural. **Discussão:** Ao enfermeiro compete o planejamento de ações e a prescrição de cuidados de enfermagem, em acordo ao Diagnóstico de Enfermagem (DE) aqui selecionado como a “Integridade Tissular Prejudicada”, relacionado ao Trauma Mecânico (instalação CP no paciente). Os cuidados a partir deste DE Integridade Tissular Prejudicada são: a verificação dos sinais e sintomas buscando a detecção de alterações sensoriais; respiratória; instabilidade hemodinâmica, e posterior encaminhamento/ação, se houverem; curativo com técnica asséptica no sítio de inserção do CP; desinfecção das conexões com solução padronizada institucionalmente, quando da manipulação com o CP, cuidados com os fluidos drenados; administração de solução com anticoagulante (heparina diluída), quando o cateter permanecer “fechado”. **Considerações finais:** A partir dos cuidados implantados, monitorizam-se os sinais e sintomas com vistas à identificação precoce de alterações, possibilidade de ações corretivas, com especial atenção à integridade da pele, prevenção de infecção, e a permeabilidade do cateter. **Descritores:** Cateter; Derrame Pleural; Cuidados de Enfermagem.

## SELEÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM NOC PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES EM CUIDADO PALIATIVO COM DOR AGUDA OU CRÔNICA

**Bruna Schroeder Mello**, Amália de Fátima Lucena, Tânia Maria Massutti, Vanessa  
Kenne Longaray

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

**Introdução:** A dor oncológica é causa de sofrimento em pacientes em cuidados paliativos, motivando a enfermagem a buscar alternativas à avaliação destes casos. A Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) descreve os resultados obtidos pelos pacientes em decorrência das intervenções de enfermagem, apresentando-se como uma alternativa para aprimoramento da prática. **Objetivo:** Determinar, pela opinião de especialistas, os Resultados de Enfermagem (RE) e seus indicadores NOC para os Diagnósticos de Enfermagem (DE) Dor Aguda e Dor Crônica em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Método:** Estudo de opinião de 15 enfermeiros especialistas no cuidado ao paciente oncológico, realizado com profissionais de duas instituições de Porto Alegre, que são referência no tratamento do câncer. A coleta de dados foi realizada com instrumento em que os mesmos assinalaram os RE e indicadores NOC prioritários à avaliação de pacientes oncológicos em cuidado paliativo com Dor Aguda e/ou Dor Crônica com base no capítulo de ligações da NOC-NANDA-*International*. Na análise dos dados, consideraram-se selecionados os RE e indicadores que obtiveram entre 75% e 100% de seleção, e posteriormente, realizou-se um refinamento para exclusão daqueles que apresentaram conteúdo semelhante. **Resultados:** Selecionaram-se oito RE e 19 indicadores, a maioria localizada no Saúde Percebida (50%), seguido pelos localizados no domínio Saúde Funcional (12,5%), no domínio Saúde Fisiológica (12,5%), no domínio Saúde Psicossocial (12,5%) e, no domínio Conhecimentos em Saúde & Comportamento (12,5%). Os RE com maior escore foram: Nível da Dor, Controle da Dor e Satisfação do Cliente: Controle da Dor. **Conclusão:** A opinião de especialistas permitiu selecionar os RE e indicadores NOC mais relevantes à população estudada e à especificidade do cuidado, de forma a subsidiar a prática clínica. **Descritores:** Dor aguda; Dor crônica; Enfermagem oncológica; Especialistas; Cuidados paliativos.

## RESULTADOS DE ENFERMAGEM NOC DO DOMÍNIO SAÚDE PERCEBIDA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM DOR AGUDA E CRÔNICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

**Bruna Schroeder Mello**, Amália de Fátima Lucena, Tânia Maria Massutti, Vanessa Kenne Longaray, Daniela Fonseca Trevisan, Lívia Bastos Bischoff  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

**Introdução:** Uma das principais preocupações do enfermeiro no cuidado paliativo se refere à avaliação, controle e alívio da dor de origem oncológica dos pacientes. Todavia, a avaliação acurada e sistemática da dor ainda é uma questão em estudo. Neste cenário, a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), que descreve os resultados obtidos pelos pacientes, apresenta-se como uma alternativa pouco explorada. **Objetivo:** Verificar a aplicabilidade dos resultados propostos pela NOC para os diagnósticos de enfermagem (DE) Dor Aguda e Dor Crônica em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Método:** Estudo longitudinal prospectivo realizado em hospital universitário do sul brasileiro. A amostra de 13 pacientes adultos com diagnóstico de câncer e em tratamento paliativo e com os DE Dor Aguda e/ou Dor Crônica. Os dados foram coletados por meio de um instrumento que continha quatro resultados de enfermagem (RE) e seus 12 respectivos indicadores localizados no domínio Saúde Percebida. Os pacientes foram avaliados por duas coletadoras, de forma simultânea e independente, durante cinco dias consecutivos da internação. A análise dos dados foi estatística, com aplicação de Test GEE e Test Post Hoc (LSD). **Resultados:** A maioria dos pacientes era do sexo masculino (53,8%), com idade média de  $56,0 \pm 18,2$  anos, que internaram prevalentemente por dispneia (38,5%) e dor (23,1%) Dentre os quatro RE e 11 indicadores aplicados, encontrou-se diferença estatisticamente significativa no RE *Nível de dor* nos indicadores *Dor relatada* e *Duração dos episódios*; no RE *Bem-estar pessoal* no indicador *Relações Sociais*. **Conclusão:** RE e indicadores NOC específicos demonstram a evolução clínica dos pacientes oncológicos com dor em cuidados paliativos, sendo aplicáveis neste cenário de prática de enfermagem. **Descritores:** Avaliação de resultados (cuidados de saúde); Dor aguda; Dor crônica; Enfermagem oncológica; Cuidados paliativos.

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE CATETER PERIDURAL PARA ANALGESIA**

**Luciana Foppa**, Israel C. Rodrigues, Simone Selistre de S. Schmidt, Luzia T. Vianna dos Santos, Patricia C. Cardoso, Ana Paula A. Corrêa, Rosana da S. Fraga, Mari Angela V. Lourenci, Kelly C. Milioni, Carla W. da Silva Braga  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA

**Introdução:** A analgesia no pós-operatório tem como objetivo diminuir o sofrimento do paciente, promover seu bem-estar e reduzir a ocorrência de complicações cardiovasculares e respiratórias. A utilização do cateter peridural para analgesia é uma das ferramentas mais eficazes para controle e alívio da dor no pós-operatório. Porém, seu uso pode causar alguns efeitos colaterais, tais como: sedação e depressão respiratória, hipotensão, prurido, perda de sensibilidade, retenção urinária, hipotensão, cefaléia, náuseas e vômitos. As complicações mais freqüentes aos pacientes em uso de cateter peridural são: tração ou quebra do cateter, migração para o espaço subaracnóideo e hematoma. **Objetivo:** Relatar os principais cuidados de enfermagem no paciente pós-operatório tardio em uso de cateter peridural para analgesia. **Método:** Trata-se de um relato de experiência da prática assistencial em uma unidade de internação clínica de um hospital universitário do Sul do Brasil. **Resultados:** Os principais cuidados de enfermagem aos pacientes em uso de cateter peridural contemplam o uso de curativo transparente para avaliação diária do sítio de inserção, a adequada mobilização no leito, a avaliação da dor como quinto sinal vital, sempre descrevendo suas características, localização e intensidade através de escala numérica e analógica verbal. Os déficits sensoriais também podem ocorrer, por isso é necessária a avaliação freqüente do nível de consciência, dos sinais vitais e de formação de globo vesical, para prevenir complicações inerentes ao uso da analgesia. **Conclusão:** Na prática assistencial é fundamental sistematizar a assistência dos cuidados de enfermagem aos pacientes submetidos à terapia com analgesia via peridural, dessa forma evitar intercorrências no pós-operatório tardio. O conhecimento dos efeitos adversos e a conscientização das complicações desse tipo de analgesia permitem uma prática segura ao paciente. **Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Analgesia; Cateteres.

## ESTUDO DE CASO: INFECÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA

Patrícia Anelise Silva da Silva, Luzia Millão, Michelli Lorenzi, Fernanda Funck  
UFCSPA e IMSCPA

**Introdução:** A Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) ocorre em até 30 dias após a realização do procedimento e até um ano da data cirúrgica se implantação de próteses e de acordo com o tipo de ISC. A infecção pós-operatória é determinada por uma combinação de fatores: quantidade e tipo de contaminação, técnica cirúrgica e anestésica empregada e resistência do hospedeiro; que percorrem desde o pré-operatório até o pós-operatório tardio. A equipe de enfermagem precisa avaliar o paciente e planejar cuidados de acordo com as necessidades avaliadas e referidas.

**Objetivo:** Apresentar a avaliação de uma paciente que tem uma reinternação por infecção da ferida operatória, apresentar quais diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções foram escolhidos conforme o processo de enfermagem realizado.

**Métodos:** Trata-se de um estudo de caso, realizado no Hospital Santa Clara da Santa Casa de Porto Alegre, na unidade de internação cirúrgica, em maio de 2014. **Resultados:** O estudo de caso foi realizado com a paciente L.Z.N., 67 anos, feminina, casada, moradora de Esteio. Ela vem ao hospital, encaminhada por queixa de sangramento vaginal em novembro de 2013, após a realização de exames é diagnosticada com Adenocarcinoma Endometriode, realiza em fevereiro de 2014 Histerectomia subtotal e Salpingectomia bilateral. No final de fevereiro retorna para reconsulta, a equipe médica avalia a ferida operatória e diagnóstica celulite e infecção na ferida operatória, assim reinternada para tratamento endovenoso.

**Conclusões:** Foram elencados dois diagnósticos de enfermagem conforme a NANDA (Recuperação cirúrgica retardada e Integridade tissular prejudicada). Com dois resultados esperados e duas intervenções de acordo com o avaliado no momento e avaliações seguintes até a alta. **Descritores:** Infecção da Ferida Operatória; Planejamento de Assistência ao Paciente; Processos de Enfermagem.

## O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**Joseane Kalata Nazareth**, Mitieli Vizcaychipi Disconzi, Rosmari Wittmann Vieira  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é reconhecido como modelo na realização do Processo de Enfermagem (PE), foi pioneiro na implantação das etapas de Diagnóstico de Enfermagem (DE) e prescrição informatizada, implantadas em 2000. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo relatar o modelo desenvolvido pelos enfermeiros nesta instituição. O HCPA possui uma Comissão do Processo de Enfermagem (COPE), de caráter permanente e institucional, vinculada ao Grupo de Enfermagem do HCPA, sendo responsável pela condução e metodologia do PE, utilizado na prática clínica dos enfermeiros e no cuidado aos pacientes, tendo como objetivos: coordenar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) por meio da implantação, atualização e avaliação do PE; produzir e divulgar o conhecimento sobre as etapas do PE e as terminologias. No HCPA a anamnese segue um modelo estruturado, devendo ser realizada nas primeiras 24 horas de internação, com os seguintes itens: dados de identificação, motivo da internação, história atual e passada, alergias, medicamentos em uso, regulação neurológica, percepção dos órgãos dos sentidos, avaliação da dor, oxigenação, regulação térmica e vascular, alimentação e hidratação, avaliação das eliminações urinárias e intestinais, integridade cutânea-mucosa (Escala de Braden), cuidado corporal, atividade física e segurança (Escala de Morse), sono e repouso, sexualidade e reprodução, necessidades psicossociais e psicoespirituais e educação para saúde. Os DE's são baseados nos sinais e sintomas do paciente, a prescrição de enfermagem (plano de cuidados) e a evolução de enfermagem devem ser realizadas diariamente. **Conclusão:** Concluimos que um PE bem elaborado contribui para qualidade da assistência e a segurança do paciente facilitando a continuidade do cuidado tanto da equipe de enfermagem como da equipe multiprofissional. **Descritores:** Enfermagem, Diagnóstico, Assistência.

## CONTROLE INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO DE PACIENTE RENAL CRÔNICO EM HEMODIÁLISE

**Cinthia Dalasta Caetano Fujii**, Guilherme Breitsameter, Maria Conceição da Costa  
Proença, Silvana Silva dos Santos  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Paciente portador de doença renal crônica estágio 5 (taxa de filtração glomerular menor que  $10\text{ml}/1,73\text{m}^2$ ) necessita uma terapia de substituição da função renal (TRS). A hemodiálise é atualmente a modalidade mais utilizada, onde o paciente realiza sessões três vezes por semana. Esta terapia demanda cuidados de enfermagem específicos e a participação ativa do paciente no autocuidado.

**Objetivos:** Identificar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem relacionada a uma paciente renal crônica em tratamento hemodialítico desde setembro de 2012.

**Métodos:** Trata-se de um estudo de caso realizado através do processo de enfermagem de uma paciente em hemodiálise ambulatorial. Os dados foram coletados através da anamnese, exame físico e consulta dos dados no prontuário eletrônico da paciente. Com a análise dos dados foram identificados os diagnósticos de enfermagem com base na TAXONOMIA da NANDA 2012-2014. Relato de caso: paciente do sexo feminino, 46 anos, com diagnóstico doença renal crônica terminal decorrente da hipertensão arterial sistêmica. História pregressa de esquizofrenia, sem acompanhamento psiquiátrico. A paciente encontra-se em programa regular de hemodiálise há 1 ano e 8 meses. Apresenta uma fístula arterio-venosa em membro superior esquerdo. Déficit cognitivo e má adesão ao tratamento: ganho excessivo de peso interdialítico e pressão arterial descontrolada.

**Resultados:** Os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram: Risco de desequilíbrio do volume de líquido, controle ineficaz do regime terapêutico, interação social prejudicada, déficit do autocuidado.

**Conclusão:** Os diagnósticos de enfermagem possibilitam adequar os cuidados de acordo com as necessidades da paciente durante o tratamento hemodialítico e embasam as orientações fornecidas para paciente com vista a aumentar as habilidades desta para o autocuidado.

**Descritores:** Unidades Hospitalares de Hemodiálise, Diagnóstico de Enfermagem, Autocuidado.



## PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM PACIENTES DA UNIDADE DE HEMODIÁLISE

Adriana Tessari, Alessandra Rosa Vicari, KarenPatriciaFengler, Maria Conceição da  
Costa Proença, Guilherme Breitsamater, **Silvana Silva dos Santos**  
Unidade de Hemodiálise – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O objetivo da assistência de enfermagem é identificar e monitorar os efeitos adversos da Terapia Renal Substitutiva (TRS) ou complicações decorrentes da própria insuficiência renal, como: hipotensão e hipertensão arterial, câibras, náuseas, vômitos, prurido, cefaléia, dores lombar e torácica, reações de hipersensibilidade, hemorragia, convulsões, reações pirogênicas, hemólise e embolia gasosa. Tais complicações podem ser de fácil manejo ou até mesmo fatais, o que evidencia necessidade de uma assistência de enfermagem atenta, precisa e continuada.

**Objetivo:** Identificar os principais diagnósticos de enfermagem (DE) relacionados a pacientes submetidos à TRS. **Métodos:** Os DE foram elencados através da realização de grupos focados, com participação de enfermeiros que realizam assistência a pacientes em hemodiálise, diálise peritoneal ou em pré ou pós-transplante renal, com base na taxonomia da *NANDA-International* 2012-2014. **Resultados:** Foram eleitos como principais DE: risco de desequilíbrio no volume de líquidos, risco de desequilíbrio eletrolítico, risco de infecção, risco de glicemia instável, risco de perfusão renal ineficaz, risco de sangramento, proteção ineficaz, dor aguda, volume de líquidos excessivo, náuseas, integridade da pele prejudicada, conhecimento deficiente, falta de adesão, desesperança, tensão do papel de cuidador. **Conclusões:** Compete ao enfermeiro buscar habilidades e conhecimento a fim de prestar uma assistência coerente as necessidades do usuário, assim, os DE empregados nas diferentes TRS são de suma importância na prática clínica, otimizando a assistência de enfermagem prestada ao paciente e orientações para familiares com relação a doença e aos tratamentos. **Descritores:** Unidades Hospitalares de Hemodiálise, Insuficiência Renal, Diagnóstico de Enfermagem.

## PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE UMA GESTANTE EM HEMODIÁLISE

Andrea Amorim, Adriana Tessari, Guilherme Breitsamater, Cinthia Dalasta Caetano Fujii, Karen Patricia Fengler, Mariane Sala Fydryszewski, Renata de Melo Magdalena,

**Silvana Silva dos Santos**

Unidade de Hemodiálise – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** A gravidez em pacientes com doença renal crônica (DRC) é um evento raro e impõe à gestação alto risco materno e fetal. As complicações mais frequentes incluem: restrição de crescimento intrauterino, prematuridade e óbito fetal. O aumento do tempo de diálise, controle da pressão arterial e eletrólitos, prevenção de infecções urinárias e manter baixos os níveis de uréia (< 50mg/), são ações que previnem complicações obstétricas. **Objetivo:** Identificar diagnósticos de enfermagem relacionados a uma paciente gestante, com DRC em tratamento hemodialítico. **Métodos:** Os dados foram coletados através da anamnese, exame físico, evolução e exames clínicos, registrados no prontuário da paciente. Com a análise dos dados foram identificados os diagnósticos de enfermagem com base no vocabulário da taxonomia diagnóstica da NANDA-*International* 2012-2014. Relato de caso: Paciente com 37 anos, 13 semanas de gestação, diagnóstico médico lúpus em 2002, iniciou hemodiálise em 2004. Atualmente: dialisa seis vezes por semana, quatro horas por dia, por meio de fístula arterio-venosa; hipertensa, apresentando ganho de peso interdialítico excessivo; está em acompanhamento com médico gineco-obstetra para gravidez de alto risco. Resultados: Principais diagnósticos de enfermagem elencados: risco de infecção, risco de desequilíbrio eletrolítico, volume de líquidos excessivo, autocontrole ineficaz da saúde. **Conclusões:** Através de uma abordagem multidisciplinar, os diagnósticos de enfermagem possibilitam acompanhar a evolução gestacional, adequando os parâmetros do tratamento e as orientações fornecidas à equipe de enfermagem, bem como orientações fornecidas à paciente quanto ao autocuidado, desenvolvendo ações educativas de promoção, prevenção e tratamento. **Descritores:** Doença renal crônica, Gravidez, Diagnóstico de Enfermagem.

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO

Gerli Elenise Gehrke Herr, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ

**Introdução:** O processo de enfermagem é uma forma sistemática e dinâmica de oferecer os cuidados de Enfermagem; consiste em cinco etapas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui-se em um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, proporcionando uma prática assistencial voltada a um cuidado individual e integral, baseado no conhecimento científico. **Objetivo:** Refletir acerca da elaboração da SAE aplicada a uma paciente internada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com diagnóstico de câncer de reto inferior. **Metodologia:** Estudo de caso, realizado a partir de estágio curricular de Prática em Enfermagem de Saúde do Adulto II em um hospital geral do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Inicialmente foi feito contato verbal com a paciente, solicitando sua autorização para realizar o estudo de caso. A paciente consentiu a participação voluntária para a realização do estudo. Destaca-se que todas as medidas foram tomadas no intuito de garantir a privacidade do sujeito. **Resultados:** Paciente, sexo feminino, 82 anos, brasileira. Internada após procedimento cirúrgico de retossigmoidectomia + colostomia terminal à esquerda, pós neoadjuvância por câncer de reto inferior. Entre os diagnósticos de enfermagem levantados, destacam-se: Risco de infecção evidenciada por procedimentos invasivos; risco de sangramento evidenciado pelo tratamento (cirurgia); risco de integridade da pele prejudicada evidenciado por imobilização física; recuperação cirúrgica retardada, evidenciado por dificuldade para movimentar-se, relacionado ao procedimento. Embasados nestes diagnósticos, foi programada a assistência de enfermagem para esta paciente, de forma individualizada, por meio da prescrição de enfermagem. **Conclusão:** A assistência sistematizada é uma atividade privativa do enfermeiro e possibilita a coordenação dos cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades individuais da paciente. **Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Relações Enfermeiro-Paciente; Avaliação em Saúde.

## **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**Gerli Elenise Gehrke Herr**, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ

**Introdução:** A Tuberculose (TB) continua sendo mundialmente um problema de saúde pública. É uma infecção causada pelo bacilo de Koch, transmitida de pessoa a pessoa, por meio do ar, pela fala, espirro e tosse. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada frente a uma consulta de enfermagem realizada com paciente pós-tratamento para TB. **Metodologia:** Relato de experiência a partir da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com um paciente pós-tratamento para TB, realizada em seu domicílio em um município do interior do Estado do Rio grande do Sul em 2014. Solicitado autorização verbal para a realização do estudo. **Resultados:** Paciente, sexo masculino, 58 anos, foi diagnosticado com TB, em outubro de 2010. Teve alta do tratamento para TB em abril de 2014. Na consulta de enfermagem no dia 30 de maio de referiu tosse com presença de discreta secreção amarelada há mais ou menos um mês, dor e desconforto em membros inferiores. A partir da entrevista, do exame físico e da análise dos exames realizados pelo cliente, realizou-se o levantamento de problemas para posterior elaboração dos diagnósticos de enfermagem e plano de cuidados. Foi orientado a observar sintomas de recidiva da tuberculose, como tosse persistente, hemoptise ou febre e se apresentá-los procurar o serviço de saúde. Incentivado a realizar consultas em intervalos especificados para exames bacteriológicos e RX de tórax e estimulado a retornar para a reconsulta na Vigilância Epidemiológica. **Considerações Finais:** O enfermeiro tem papel fundamental na saúde coletiva e responsabilidade em realizar um atendimento que assista de forma integral o seu cliente. Com este estudo podemos evidenciar a importância do enfermeiro conhecer a respeito da TB seus sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento, para realizar uma SAE de forma adequada e completa. **Descritores:** Consulta a domicílio; Tuberculose; Relações Enfermeiro-Paciente.

## **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL, RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**Gerli Elenise Gehrke Herr**, Eliane Raquel Rieth Benetti

Hospital Unimed Noroeste/RS

**Introdução:** Sistematizar a Assistência de Enfermagem é uma exigência legal estabelecida na Resolução COFEN nº 358 de 2009. Nesse sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) baseada nos princípios do método científico organiza, sistematiza e qualifica o cuidado. No que se refere ao Centro de Tratamento Intensivo Neonatal (CTI-N), o cuidado ao recém-nascido (RN) consiste no tratamento de disfunções múltiplas em um organismo em desenvolvimento, o que exige do enfermeiro conhecimento científico e habilidades técnicas, humanas e éticas. Nesse contexto a SAE é indispensável, pois proporciona cuidado individualizado, conforme as necessidades de cada RN. **Objetivo:** Relatar a experiência com a utilização da SAE em um CTI-N. **Método:** Trata-se de um relato de experiência das vivências de enfermeiros que atuam em uma CTI-N de um hospital privado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. **Resultados:** A utilização da SAE nesta unidade determinou mudanças, organizou a assistência e qualificou o cuidado prestado aos RNs. Além disso, proporciona aos enfermeiros agilidade e segurança na avaliação e realização do exame físico, na identificação dos diagnósticos de enfermagem e na prescrição de intervenções, em busca de resultados efetivos, baseados em fundamentação teórica pertinente. Ainda, proporcionou reconhecimento do trabalho assistencial da enfermagem pela equipe multidisciplinar. **Conclusões:** A SAE é um instrumento metodológico que orienta o trabalho do enfermeiro e possibilita qualidade e segurança na assistência prestada. A utilização desse método proporcionou aos enfermeiros sensibilização quanto à importância e necessidade da implementação da SAE, bem como os instiga na busca do aprimoramento de sua prática. **Descritores:** Processos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM "RISCO DE PERFUSÃO CEREBRAL INEFICAZ" EM PACIENTES TROMBOLISADOS PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC**

Daniela Rodrigues Skolaude, Rozemy Magda Vieira Gonçalves, Carla da Silveira  
Dornelles, ThianeMergen, Ana Luiza Prestes da Cruz  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Trata-se da descrição do processo de enfermagem utilizando o diagnóstico de enfermagem "Risco de Perfusão Cerebral Ineficaz" realizado por enfermeiras da UCE (Unidade de cuidados Especiais) – AVC do Serviço de Enfermagem Clínica (SECLIN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizada no 6º Norte e que admite pacientes provenientes da emergência pós acidente vascular cerebral trombolisados. Para ser submetido à trombólise, o paciente passa por avaliação do neurologista que avalia critérios de inclusão e exclusão. A trombólise consiste na administração do fármaco alteplase, que é administrado via endovenosa e é conhecida também como ativadora do plasminogênio tecidual, é uma enzima que ajuda na dissolução de coágulos sanguíneos, tendo como complicação o risco de sangramento após o recebimento da medicação. Diante deste contexto, o diagnóstico de enfermagem "Risco de Perfusão Cerebral Ineficaz" é adequado, pois consiste no risco de redução na circulação do tecido cerebral que pode comprometer a saúde. Assim, é necessária a intervenção de cuidados de enfermagem específicos e de qualidade, entre eles: Comunicar alterações do nível de consciência; Vigiar sensório; Comunicar alterações da pressão arterial; Queixas de cefaléia; Monitorar força muscular e alterações na simetria facial. É fundamental que a enfermagem esteja atenta a sinais e sintomas de complicações após a administração da alteplase, e sintomas relacionados a um novo evento. A identificação de diagnóstico correto é fundamental, pois permite traçar um plano de intervenção o mais preciso possível. O objetivo do plano é direcionar o cuidado e, assim atender melhor as necessidades dos pacientes, contribuindo para a construção do conhecimento e engrandecimento da enfermagem. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem; acidente vascular cerebral; trombólise.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ” EM PACIENTES COM USO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA**

Rozemy Magda Vieira Gonçalves, Carla da Silveira Dornelles, Thiane Mergen, Carina Galvan, Ana Luiza Prestes da Cruz  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Trata-se da descrição do processo de enfermagem utilizando o diagnóstico de enfermagem “Padrão Respiratório Ineficaz” realizado por enfermeiras da UCE (Unidade de cuidados Especiais) – Pneumologia do Serviço de Enfermagem Clínica (SECLIN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizada no 6º Norte e que admite pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e doenças pulmonares agudas e crônicas, que em sua maioria utilizam Ventilação Não Invasiva (VNI). A VNI consiste na aplicação de um suporte ventilatório através do Bipap, sem recorrer a métodos invasivos da via aérea como traqueostomia e tubo oro-traqueal, e tem por finalidade, diminuir o trabalho respiratório, permitir o repouso dos músculos respiratórios, melhorar as trocas gasosas. E nos doentes com DPOC, diminuir a auto - Peep (*positive expiratory end pressure*). O diagnóstico de enfermagem “Padrão Respiratório Ineficaz” consiste no estado em que o indivíduo apresenta inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada. Diante deste contexto, aos pacientes com VNI a enfermagem presta cuidados específicos e de qualidade, atuando com intervenções que visam manter um nível adequado de oxigenioterapia. Para isso é necessário: implementar cuidados com VNI, monitorizar padrão ventilatório, verificar oximetria e estimular exercícios respiratórios. Consideramos que o paciente com VNI é complexo, e para garantir a qualidade e sucesso do tratamento, exige da enfermagem atenção constante. A definição de diagnóstico específico é fundamental para se traçar um plano de intervenção o mais preciso possível, tendo como objetivo direcionar o cuidado e, assim atender melhor as necessidades dos pacientes, contribuindo para a construção do conhecimento e engrandecimento da enfermagem.

**Descritores:** Diagnóstico de enfermagem; respiratório; ventilação não invasiva.

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA**

Ana Paula Almeida Corrêa, Carla Walburga da Silva Braga, Israel Cardoso Rodrigues, Kelly Cristina Milioni, Luciana Foppa, Luzia Teresinha Vianna dos Santos, **Mari Angela Victória Lourenci**, Patrícia Cristina Cardoso, Rosana da Silva Fraga, Simone Selistre de Souza Schimidt

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** A Fístula Arteriovenosa (FAV) é o acesso vascular permanente utilizado no tratamento de diálise em pacientes com Doença Renal Crônica (DRC). Confeccionada pelo cirurgião vascular, preferencialmente, no braço/membro não dominante, a partir da anastomose subcutânea de uma veia com uma artéria, necessitando de um tempo de maturação de 30 dias. As complicações como a infecção, disfunção, síndrome do roubo, pseudoaneurismas e hematoma podem ocasionar a perda do acesso. **Objetivo:** Enunciar cuidados de enfermagem com a FAV durante a hospitalização. **Método:** Trata-se de relato qualitativo descritivo, com base na observação da prática assistencial. **Resultados:** Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) levantados foram: Integridade Tissular Prejudicada devido ao Trauma Mecânico e Risco de Infecção em virtude do Procedimento Invasivo. Ao enfermeiro, através da anamnese e avaliação diária compete planejar cuidados específicos para manutenção da FAV. A partir dos DE destacam-se os seguintes cuidados com a FAV: preservar o braço/membro, evitar uso roupa justa/apertada, evitar uso acessórios (relógio/pulseira/bracelete), pulseira de identificação; não deitar sobre o membro; não carregar peso; contra indicado verificação da pressão arterial, da temperatura axilar; evitar venopunções, tanto quanto, administração de soluções parenterais; cuidados com contenção mecânica do paciente no leito; retirar curativo (4 a 6 horas) após realização da hemodiálise; prevenir infecções; evitar traumatismos; orientar o paciente/cuidador a verificar o frêmito diariamente; informar equipe multiprofissional frente a alterações. **Conclusão:** Intercorrências com a FAV podem ser graves e irremediáveis, no entanto acredita-se que com a implementação dos cuidados de enfermagem de forma sistematizada, esta seguirá funcionando por longo período, o que auxilia no tratamento dialítico do paciente e na sua qualidade de vida. **Descritores:** Fístula Arteriovenosa; Diálise Renal e Insuficiência Renal.



## O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ONCOLOGIA: PACIENTE DIAGNÓSTICADA COM NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

**Camila Maria Gasparetto, Monique Walltrick Nunes, Nanci da Silva Teixeira**

Universidade de Caxias do Sul

**Introdução:** A doença trofoblástica gestacional, segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) pode ser classificada em: a) formas pré-malignas: mola completa e mola parcial; b) formas malignas: neoplasia trofoblástica gestacional, que através do exame de anatomopatológico difere-se em mola invasora, coriocarcinoma e tumor trofoblástico do sítio placentário (ANDRADE, 2009). Assim, a sistematização de enfermagem, (NANDA-i, NIC e NOC) é imprescindível para o cuidado integral destas pacientes. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente com neoplasia trofoblástica gestacional. **Métodos:** Estudo de caso realizado na oncologia de um hospital da região nordeste do RS. **Resultados:** paciente feminina, 38 anos, casada, mãe de 2 filhos. Descobriu a suposta gravidez (dezembro de 2013) chegou a realizar acompanhamento de pré-natal e na 2ª ecografia foi diagnosticado que não havia feto. Na investigação clínica, diagnosticada com mola persistente e em abril de 2014 com neoplasia trofoblástica gestacional. Paciente encontrava-se no leito, lúcida e orientada, relato de constipação, presença de dor (6/10) à palpação na região supra-púbica e aguardava resultados de exames para início do tratamento quimioterápico. Os níveis de  $\beta$ hcg se mostravam persistentemente elevados. Sinais Vitais: PA: 110X60mmHg, FR: 19rpm, Pulso: 80 bpm, Tax: 36,6°C. Diante do quadro clínico foram elencados os DEs prioritários: Ansiedade, Constipação e Risco de Infecção. Para o cuidado foram elencadas as seguintes intervenções NIC: Melhora do enfrentamento, apoio emocional, controle de constipação e controle de infecção. A classificação da avaliação das intervenções foi feita com base no NOC. **Conclusões:** O cuidado de enfermagem é qualificado quando é aplicada a sistematização de enfermagem que é baseada em evidências concretas. **Descritores:** enfermagem oncológica; enfermagem obstétrica; processo de enfermagem.

## RELIGIOSIDADE: SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES EM CUIDADO PALIATIVO

**Vanessa Kenne Longaray**, Rosemary Devo Valejos, Tânia Maria Massuti, Gislene Pontalti, Vera Rosália da Silva, Patrícia Ferreira Leite, Isabel Cristina Echer  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** A equipe de enfermagem do Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) realiza intervenções relacionadas a dimensão física, psíquica, social e espiritual do cuidado. No entanto, observamos que em seus registros nem sempre todas as dimensões são contempladas embora a literatura de referência utilizada na sistematização da assistência de enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) ofereça várias possibilidades de documentar esta intervenção. **Objetivo:** Demonstrar que a assistência espiritual realizada pode ficar mais visível e clara quando documentada no sistema informatizado **Método:** trata-se de um relato de experiência. **Resultado:** Estimular a religiosidade é uma prática dentro do Núcleo de Cuidados Paliativos do HCPA, porém não existe no sistema informatizado um Diagnóstico de Enfermagem (DE) adequado ao trabalho que realizamos, assim realizou-se discussões junto a equipe de enfermagem sobre qual DE seria mais adequado, elegendo o DE Disposição para Religiosidade Melhorada que traz como característica definidoras: *expressa desejo de reforçar padrão de crença religiosa que proporcionaram conforto no passado, solicita encontrar-se com líderes/facilitadores religiosos, solicita o perdão e a reconciliação* dentre outras características. Para avaliação de Resultado (NOC) foi escolhido: *Saúde Espiritual* utilizando os indicadores de *Sentimento de Paz e Conexão com o Eu interior* e as atividades desenvolvidas para auxiliar a resolver esse DE foram contempladas pela NIC na intervenção *Apoio espiritual*. **Conclusão:** As classificações NANDA-I, NIC e NOC auxiliam a mensurar e registrar de forma adequada o trabalho realizado pela equipe de enfermagem do NCP. Acredita-se que a inclusão do diagnóstico Disposição para Religiosidade Melhorada no sistema informatizado daria maior visibilidade as atividades realizadas com uma prescrição de enfermagem condizente com os cuidados realizados pela equipe de enfermagem. **Descritores:** Espiritualidade, Cuidados Paliativos e Processos de Enfermagem

## **A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO Á PACIENTE HIV+ COM LESÃO EM PERÍNEO**

**Vanessa Cristiane de Souza, Volnei Cousseau, Nanci da Silva Teixeira**

Universidade de Caxias do Sul

**Introdução:** Na última década a infecção pelo HIV prevalece ainda entre adultos de 15 e 50 anos. Uma vez agravada a imunodepressão, o portador da infecção pelo HIV apresenta infecções oportunistas que são inúmeras associadas à AIDS. Desta forma é de extrema importância realizar o processo de enfermagem e utilizar os sistemas de classificação de diagnósticos DEs -NANDA-i, NIC e NOC. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente HIV + com lesão em períneo. **Métodos:** Estudo de caso realizado no Hospital Geral da região nordeste do RS. **Resultados:** Paciente feminina, 28 anos, branca, portadora de HIV+ e com lesão em períneo. Internou por piora da lesão por vírus da família Herpes. No exame físico encontrava-se, pouco comunicativa e emagrecida, com dor na região do períneo os movimentos (8/10 na escala de dor), membros inferiores poucos aquecidos, PA: 120 /80 mmHg. Tax. 36,3°C; FC 71bpm; FR 20mpm; Sat.O<sup>2</sup> 98%. Peso: 32kg, altura 1,46m, IMC: 15,0. Diante desse caso alguns dos principais DEs elencados são: Proteção ineficaz relacionado à distúrbios imunológicos evidenciado por alteração da coagulação, anorexia e deficiência da imunidade. Integridade da pele prejudicada, relacionado à deficiência imunológica, estado nutricional desequilibrado (IMC 15,0), mudanças no turgor (diminuído) evidenciado por destruição de camadas da pele. NOC: Comportamento de busca da saúde; Integridade tissular: pele e mucosas. NIC: Modificação do comportamento; Cuidados com lesões. **Conclusões:** O atendimento ao paciente com complicações decorrentes do vírus HIV pode ser qualificado e minimizado os danos se realizado a aplicação do processo de enfermagem e os sistemas de classificação. **Descritores:** HIV; Períneo; Avaliação em Enfermagem.

## **O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO ALIADO AO CUIDADO EM PACIENTE PORTADORA DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE (CDI)**

**Rita de Cassia Vanin de Vargas dos Santos**, Nanci da Silva Teixeira

Universidade de Caxias do Sul

**Introdução:** O carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 a 90% do total de casos. (INCA, 2013). Destaca-se por um prognóstico desfavorável para a grande maioria das pacientes acometidas, portanto é fundamental a realização do processo de enfermagem através de coleta de dados, diagnósticos de enfermagem (DEs), planejamento de intervenções, implementação e avaliação de enfermagem. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente portadora de carcinoma ductal infiltrante em tratamento quimioterápico na unidade oncológica ambulatorial. **Métodos:** Estudo de caso realizado no setor de Oncologia Ambulatorial Adulto do Hospital Geral de Caxias do Sul da região nordeste do RS. **Resultados:** A.B.M, feminina, 33 anos, casada, encontra-se na unidade com diagnóstico de Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI) para administração de medicação quimioterápica após realizar Setorectomia e esvaziamento axilar. Exames de análise patológica detectaram CDI diferenciado, com áreas de necrose e metástase de carcinoma em linfonodo. Paciente encontra-se em estágio II de comprometimento. Na sala de administração quimioterápica a paciente encontrava-se sem dor (0/10 na escala de dor), verbalizando sentir-se bem e otimista com o tratamento. Diante disso foi elencado como um dos principais DE: Disposição para autocontrole da saúde melhorado evidenciado pela expressão da paciente de aderir ao tratamento prescrito, NANDAi, realizado NOC e NIC conforme diagnósticos trabalhados. **Conclusões:** Através deste estudo foi possível identificar que a implementação do processo de enfermagem possibilita uma atuação efetiva no acompanhamento da paciente portadora de CDI de forma a garantir um cuidado ético visando a totalidade do ser humano e a importância da participação da própria paciente na elaboração destes. **Descritores:** processo; cuidado; carcinoma ductal

# PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

**Adriane Nunes Diniz**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Objetivo:** O objetivo do presente estudo foi realizar a identificação dos dez principais diagnósticos de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva, segundo a Taxonomia I da North American Nursing Diagnoses Association – NANDA. **Método:** Pesquisa não sistemática da literatura de enfermagem através da base de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO, usando os termos diagnósticos de enfermagem, terapia intensiva e processo de enfermagem. Os artigos foram selecionados de acordo com sua relevância, conforme opinião dos autores. **Resultados:** A sistematização da assistência de enfermagem é o processo de ações planejadas pelos enfermeiros e em 1982 houve a criação da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) com a finalidade de reunir esforços para denominar, classificar e desenvolver as questões referentes ao diagnóstico de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem, que vêm sendo desenvolvidos pela NANDA, são uma forma de discriminar os fenômenos de interesse para a enfermagem, uma vez que designam e descrevem as respostas dos pacientes aos problemas de saúde ou aos processos vitais. Os resultados deste estudo evidenciaram como os dez diagnósticos de enfermagem mais prevalentes: risco para infecção, mobilidade física prejudicada, integridade da pele prejudicada, padrão respiratório ineficaz, risco para aspiração, déficit no autocuidado, nutrição alterada, excesso de volume de líquidos, comunicação ineficaz e ansiedade. **Conclusões:** A identificação e a aplicação dos diagnósticos de enfermagem pelo processo de trabalho do enfermeiro em unidades de terapia intensiva são essenciais e este estudo busca contribuir para o desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem em CTI, tendo em vista que o uso dos diagnósticos de enfermagem contribuirá para uma melhor qualificação da assistência de enfermagem nestes ambientes, além de valorizar as ações e intervenções bem como o registro destas atividades. **Descritores:** Processo de Enfermagem, Terapia Intensiva, diagnósticos de enfermagem.

## O PROCESSO DE ENFERMAGEM MELHORANDO A AUTO-ESTIMA NO CÂNCER DE MAMA

Camila Albani da Silva Luz, Suzana Boeira, Taline Bavaresco

Universidade de Caxias do Sul

**Introdução:** Estima-se que a cada ano no mundo ocorram 1.152.261 casos novos de câncer de mama na população feminina trazendo diversas complicações físicas e psicossociais para o ser feminino do diagnóstico ao tratamento. Com o uso do sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem (DEs) (NANDA-i), intervenções (NIC) e resultados de enfermagem (NOC) a enfermagem tem a chance de direcionar o seu processo de cuidar. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente com diagnóstico de neoplasia mamária. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso realizado no segundo semestre de 2013 em uma unidade ambulatorial de oncologia da região nordeste do RS e aprovado pela instituição. **Resultados:** Paciente feminino, 47 anos, previamente hígida, histórico familiar negativo para doenças neoplásicas, procura serviço de saúde após autoexame mamário indicando massa móvel na mama direita. O exame histopatológico diagnosticou carcinoma mamário invasor. Foi submetida à mastectomia radical direita e reconstrução mamária imediata com colocação de prótese. Após radio (duração um mês) e quimioterapia (dose meses) para controle metastático paciente obteve ganho ponderal de 10 kg. O tratamento prolongado e afastamento das atividades laborais contribuíram para o ganho de peso, fazendo com que esta relatasse incômodo com o excesso de peso, diminuindo a auto-estima. Foram elencados como DE: Distúrbio na imagem corporal e Nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais e implementadas como intervenções de enfermagem o Fortalecimento da auto-estima e Aconselhamento e Controle do peso tendo como esperados os resultados de Bem estar pessoal e Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos. **Conclusão:** O processo de enfermagem é um instrumento qualifica o atendimento da enfermagem ao paciente com câncer de mama. **Descritores:** Enfermagem oncológica; Processos de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

## **SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE COM PÊNFIGO VULGAR**

Ana Paula Almeida Corrêa, Carla Walburga da Silva Braga, Israel Cardoso Rodrigues,  
Kelly Cristina Milioni, Luciana Foppa, Luzia Terezinha Vianna dos Santos, Mari Angela  
Victoria Lourenci, **Patrícia Cristina Cardoso**, Rosana da Silva Fraga e Simone  
Selistre de Souza Schimidt  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Pênfigo vulgar é uma doença crônica, auto-imune, caracterizada pelo aparecimento de bolhas na mucosa ou pele que rompem-se e dão origem a lesões erosadas e dolorosas. A complexidade do cuidado de enfermagem a esses pacientes deve-se às repercussões físicas, emocionais e sociais ocasionadas pela doença.

**Objetivo:** Sistematizar a assistência de enfermagem ao paciente com pênfigo vulgar internado em unidade clínica de um hospital universitário. **Método:** Estudo de caso de um paciente internado e acompanhado durante um mês em unidade clínica com o diagnóstico de pênfigo vulgar. **Resultados:** Paciente interna devido à recidiva das lesões de pênfigo vulgar. História prévia: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e depressão. Exame físico: lesões ulceradas e bolhosas em escalpo, face, lábios, tórax, dorso e membros superiores. Diagnósticos de Enfermagem identificados: integridade da pele prejudicada relacionado a déficit imunológico, risco de infecção relacionado à destruição de tecidos, dor aguda relacionada a agentes lesivos biológicos, risco para glicemia instável relacionado à falta de adesão ao controle do diabetes e uso de terapia com corticóide. Cuidados de enfermagem prescritos: realização de curativo a cada 72 horas (limpeza em aspensão com soro fisiológico 0,9% aquecido, cobertura com Jelonet e Melolin), óleo mineral para hidratação dos lábios, compressa de Tiersch duas vezes ao dia no escalpo, avaliar e registrar a dor como 5º sinal vital (reavaliar em até uma hora após administração de analgesia), estimular adesão à dieta hospitalar e cuidados com higiene e orientar paciente sobre sinais e sintomas de hiper e hipoglicemia. **Conclusão:** Sistematizar o processo de enfermagem no cuidado ao paciente com pênfigo vulgar mostrou-se eficaz, visto que organiza a assistência de forma a facilitar no processo do cuidado, considerando-se a complexidade exigida no tratamento da doença. **Descritores:** Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Pênfigo.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**Luciana Nabinger Menna Barreto**, Bruna Paulsen Panato, Mariana Palma da Silva,  
Bruna Engelman, Marcos Barragan da Silva, Isis Marques Severo, Luciana Ramos  
Corrêa Pinto, Amália de Fátima Lucena, Miriam de Abreu Almeida  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O modelo informatizado do processo de enfermagem no Hospital de clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi introduzido no ano de 2000 e contemplou os diagnósticos de enfermagem (DE) segundo a Taxonomia I da NANDA, em conjugação à Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. Desde então, trabalha-se com os DE de forma sistematizada. **Objetivo:** Identificar os DE mais frequentes nas hospitalizações de pacientes no HCPA no Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC). **Método:** Estudo retrospectivo, realizado no HCPA. A população contou dos prontuários dos pacientes do SEC hospitalizados em 2012. A coleta dos dados foi realizada por meio de uma query solicitada ao SAMIS, dos meses intercalados de janeiro, março, maio, julho, setembro e novembro de 2012. Os dados foram analisados estatisticamente. **Resultados:** Os 10 DE prevalentes no SEC foram: Dor aguda (18,35%), Integridade tissular prejudicada (17,83%), Risco de infecção (16,80%), Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório (11,76%), Mobilidade física prejudicada (3,22%), Déficit no autocuidado: banho e ou higiene (2,62%), Eliminação urinária prejudicada (2,60%), Ansiedade (2,21%), Conforto prejudicado (1,69%) e Padrão respiratório ineficaz (1,69%). Outros DE contabilizaram um total de 21,23%. **Conclusões:** Os DE identificados como prevalentes no SEC do HCPA caracterizam pacientes cirúrgicos. **Descritores:** Processos de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Classificação.



## **INDICADORES DA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION PARA AVALIAÇÃO DE FATORES INTRÍNSECOS E EXTRÍNSECOS EM ADULTOS COM ÚLCERA POR PRESSÃO**

**Luciana Nabinger Menna Barreto**, Amália de Fátima Lucena, Miriam de Abreu Almeida

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Aliando estudos sobre a úlcera por pressão (UP) e os resultados de enfermagem (RE) da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) pode-se melhorar a qualidade da assistência. **Objetivo:** Validar os indicadores da NOC dos REs *Sobrecarga de líquidos severa*, *Consequências da imobilidade: fisiológicas*, *Autocuidado: higiene* e *Estado nutricional* ligados ao diagnóstico *Integridade Tissular Prejudicada* para avaliar fatores intrínsecos e extrínsecos de adultos com UP. **Método:** Estudo de validação de indicadores por consenso de nove enfermeiros de duas instituições hospitalares. Utilizou-se a técnica de grupo focal, com três sessões, para que as discussões em grupo auxiliassem na seleção dos indicadores. As discussões subsidiaram o preenchimento coletivo do instrumento de validação. A análise dos dados foi descritiva, indicadores com consenso de 100% foram validados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética (número 108.690). **Resultados:** Os indicadores validados estão listados a seguir. Para o RE *Sobrecarga de líquidos severa: Edema sacral, de tornozelo, nas pernas e generalizado, Letargia, Confusão, Coma e Aumento de peso*. Para o RE *Consequências da imobilidade: fisiológicas: Ferida(s) decorrente(s) de pressão, Fratura óssea, Trombose venosa, Força muscular, Tônus muscular e Movimentos das articulações*. Para o RE *Autocuidado: higiene: Limpeza da área do períneo e Manutenção de uma boa higiene*. Para o RE *Estado nutricional: Ingestão de nutrientes, alimentos e líquidos, Proporção peso/altura e Hidratação*. **Conclusões:** Os indicadores validados podem ser utilizados na prática clínica no cuidado à beira do leito de adultos com UP para através do uso de uma linguagem padronizada avaliar a efetividade de intervenções e a evolução do paciente. **Descritores:** Processos de enfermagem. Úlcera de pressão. Estudos de validação.

## **INDICADORES DO RESULTADO *CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: SEGUNDA INTENÇÃO PARA AVALIAÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO***

**Luciana Nabinger Menna Barreto**, Miriam de Abreu Almeida

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** A úlcera por pressão (UP) é uma lesão que causa impacto aos pacientes, à instituição e à equipe de enfermagem. Aliando estudos sobre a UP e os resultados de enfermagem (RE) da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) pode-se favorecer a melhoria na qualidade da assistência. **Objetivo:** Validar os indicadores da NOC do RE *Cicatrização de feridas: segunda intenção* ligados ao diagnóstico de enfermagem *Integridade Tissular Prejudicada* para avaliar UP. **Método:** Estudo de validação de indicadores da NOC por consenso de nove enfermeiros de duas instituições hospitalares com experiência na prática clínica. Utilizou-se a técnica de grupo focal, com três sessões, para que as discussões em grupo auxiliassem na seleção dos indicadores pertinentes ao RE e população em estudo. As discussões subsidiaram o preenchimento coletivo do instrumento de validação. A análise dos dados foi descritiva, indicadores com consenso de 100% foram validados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 108.690. **Resultados:** Os indicadores validados foram 14 de 18 avaliados. Os indicadores validados foram: *Granulação, Formação de cicatriz, Tamanho reduzido da ferida, Drenagem purulenta, Drenagem serosa, Drenagem sanguínea, Drenagem serosanguinolenta, Eritema no tecido ao redor da ferida, Edema ao redor da ferida, Pele com bolhas, Pele macerada, Necrose, Formação do trato sinusal e Odor desagradável da ferida.* **Conclusões:** Espera-se contribuir com os achados para futuras implantações da NOC. O enfermeiro poderá utilizar os indicadores validados no cuidado à beira do leito de adultos com UP para através do uso de uma linguagem padronizada avaliar a efetividade de intervenções e a evolução do paciente. **Descritores:** Processos de enfermagem. Úlcera de pressão. Estudos de validação.

## MODELOS TEÓRICOS DE PENSAMENTO CRÍTICO EM ENFERMAGEM

**Fernando Riegel**, Diego Silveira Siqueira, Maria da Graça Oliveira Crossetti

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** o pensamento crítico é aplicado na enfermagem em diferentes contextos de diversas maneiras, porém as distintas terminologias constituem um problema no que diz respeito as estratégias de formação e de capacitação do enfermeiro no desenvolvimento das habilidades de pensamento crítico na prática clínica. Diante disso, identifica-se a necessidade de se conhecer os referenciais teóricos, as definições e os elementos conceituais que estruturam o pensamento, com vistas à prática clínica do enfermeiro. **Objetivo:** identificar os referenciais, as definições e os elementos que estruturam os modelos de pensamento crítico propostos para aplicação na enfermagem. **Métodos:** revisão integrativa da literatura com base na questão norteadora: como se caracterizam os referenciais teóricos de pensamento crítico na enfermagem? A coleta de dados deu-se por meio da busca de artigos sobre o tema nas bases de dados LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SCIELO, publicados no período de 2009 a 2014 com os descritores: pensamento crítico e critical thinking. Foram encontrados 243 artigos e desses selecionados 32 produções que versavam acerca da definição de pensamento crítico e seus referenciais teóricos. A análise de dados ocorreu por meio da organização de um quadro sinóptico no qual foram analisados os achados da pesquisa levando em consideração as características dos estudos. **Resultados:** dos referenciais sobre pensamento crítico e suas definições e elementos estruturais no campo da enfermagem em nível mundial estão: Watson G. Glaser (1980), Facione (1997), Alfavro-Lefevre (2012), Lunney (2010); Richard Paul (1992), Kataoka Yahiro e Saylor (1994). **Conclusão:** o estudo permitiu identificar referenciais, as definições e os elementos que estruturam o pensamento crítico na enfermagem, bem como constatar que, embora haja uma variedade de publicações na enfermagem sobre o tema, persiste ainda a necessidade de padronizar a definição de pensamento crítico. **Descritores:** pensamento, modelos teóricos e enfermagem.

## **INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES DE PENSAMENTO CRÍTICO EM ENFERMAGEM**

**Fernando Riegel**, Diego Silveira Siqueira, Maria da Graça Oliveira Crossetti  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** as habilidades de pensamento crítico pressupõe a dimensão lógica do enfermeiro, indispensável no processo diagnóstico, cuja resultante é a tomada de decisão clínica acurada dos elementos da prática de enfermagem diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem adequados as reais e potenciais necessidades de saúde dos indivíduos. **Objetivo:** identificar na literatura especializada os instrumentos de avaliação das habilidades de pensamento crítico dos enfermeiros. **Métodos:** revisão integrativa da literatura com base na questão norteadora: Quais são os instrumentos de avaliação das habilidades de pensamento crítico utilizados atualmente na enfermagem? Para tanto, buscou-se artigos nas bases de dados IBECs, SCIELO e LILACS com os descritores (DECS): pensamento crítico e critical thinking. Foram selecionados artigos nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados no período de 2009 a 2014, disponíveis online na íntegra. Foram encontrados 228 artigos. Destes, foram selecionados 12 artigos que versavam acerca do tema instrumento de avaliação das habilidades de pensamento crítico. **Resultados:** os instrumentos mais utilizados para avaliação das habilidades de pensamento crítico foram: Watson Glaser Critical Thinking appraisal Manual (WGCTA) que analisa as habilidades de reconhecimento, inferência, dedução, interpretação e avaliação de argumentos; o Califórnia Critical Thinking Dispositions Inventory Test (CCTDI) que avalia a curiosidade intelectual, mente aberta, sistematicidade, analiticidade, busca da verdade, auto confiança e maturidade e o Critical Thinking California Skill Test (CCTST) que mensura a análise, avaliação, inferência, raciocínio indutivo e dedutivo. **Conclusão:** o estudo permitiu identificar os instrumentos para a avaliação do pensamento crítico, a aplicabilidade na prática clínica e o desempenho dos sujeitos dos estudos em relação às suas habilidades de pensamento crítico. Constatou-se que considerando o contexto de desenvolvimento e teste dos instrumentos analisados faz-se necessário estudos tradução adaptação transcultural e validação, para aplicação na realidade brasileira. **Descritores:** pensamento, avaliação e enfermagem.

## **CORRESPONDÊNCIA ENTRE CUIDADOS A PACIENTES PÓS TERAPIA TROMBOLÍTICA E A CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

**Carine Lais Nonnenmacher**, Christiane Wahast Ávila, Vanessa Monteiro  
Mantovani

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Introdução:** O Processo de Enfermagem (PE) permite a identificação das necessidades dos pacientes, a elaboração e implementação de intervenções apropriadas, além da avaliação dos cuidados prestados. No contexto de pacientes pós terapia trombolítica, não há estudos relacionando cuidados de enfermagem com taxonomias utilizadas no PE. **Objetivo:** Verificar a correspondência entre cuidados elencados como prioritários por enfermeiros de emergência e de unidades de terapia intensiva (UTI) a pacientes submetidos à terapia trombolítica e as intervenções apresentadas na *Nursing Interventions Classification* (NIC). **Métodos:** Trata-se de uma subanálise de um estudo qualitativo realizado em hospital privado de grande porte do RS, o qual buscou identificar, sob a óptica de enfermeiros de emergência e UTI, quais os cuidados prioritários destinados a pacientes pós terapia trombolítica. O presente estudo consiste em um mapeamento cruzado, comparando os cuidados de enfermagem citados pelos enfermeiros com as intervenções presentes na classificação NIC. **Resultados:** Houve correlação entre os cuidados citados pelos enfermeiros com as intervenções NIC, sendo que os cuidados mais citados foram: verificação de sinais vitais e observação de sangramentos, ambos com frequência de 72% entre os entrevistados. Evitar procedimentos invasivos correspondeu ao terceiro cuidado prioritário, citado por 63% dos enfermeiros. Esses cuidados foram correspondidos com as intervenções Regulação hemodinâmica, Monitoração de sinais vitais e Precauções contra sangramento, respectivamente. **Conclusões:** Foi demonstrada correlação entre os cuidados eleitos como prioritários pelos enfermeiros atuantes em serviço de emergência e UTI no atendimento de pacientes pós trombólise com as intervenções NIC. O uso das taxonomias pode tornar-se ferramenta fundamental para auxiliar o enfermeiro na identificação de possíveis atividades para estes pacientes, a fim de melhorar a qualidade da assistência e orientar as práticas de cuidado. **Descritores:** Processos de Enfermagem; Acidente Vascular Cerebral; Terapia Trombolítica.

## **APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTE ADMITIDO EM EMERGÊNCIA COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: ESTUDO DE CASO**

Vanessa Monteiro Mantovani, Carine Lais Nonnenmacher, Christiane Wahast Ávila,  
Clarissa Bohrer

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Introdução:** A aplicação do Processo de Enfermagem (PE) possibilita a organização e padronização da linguagem. No contexto de pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM), seu uso auxilia na escolha apropriada dos cuidados de enfermagem. **Objetivo:** Aplicar o PE no cuidado a um paciente admitido em unidade de emergência (UE) com diagnóstico de IAM, descrevendo diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem prioritárias. **Métodos:** Estudo de caso clínico descritivo realizado em hospital universitário. O paciente do estudo foi admitido em UE e diagnosticado com IAM. A coleta de dados ocorreu por meio de exame clínico, revisão de prontuário e consulta à literatura. Utilizaram-se as taxonomias NANDA, NOC e NIC para a escolha dos diagnósticos, resultados e intervenções. **Resultados:** Paciente masculino, 70 anos. Ao exame físico, mostrava-se hipocorado, ansioso, sudorético, faces de dor. Ventilava em ar ambiente e apresentava leve dispneia. Ritmo cardíaco irregular, com 3ª bulha. Ruídos estertores em bases. Extremidades pouco aquecidas, edema 2+. Sinais vitais: PA 100/70mmHg, FC 140bpm, FR 24mrm, Tax 36,3°C, dor torácica em aperto de intensidade 9. O primeiro diagnóstico de enfermagem (DE) eleito foi Dor aguda, sendo os resultados esperados Nível de dor e Nível de estresse. Para alcançar estes resultados foram elencadas as intervenções Administração de analgésicos e Redução da ansiedade. O segundo DE selecionado foi Débito cardíaco diminuído, sendo os resultados Sinais vitais, Estado circulatório e Eficácia da bomba cardíaca. Para o alcance destes, as intervenções escolhidas foram Cuidados cardíacos: fase aguda e Regulação hemodinâmica. **Conclusões:** O uso do PE pode auxiliar os enfermeiros atuantes em UE na realização do pensamento crítico, tomada de decisão e qualificação da assistência prestada a pacientes que sofreram IAM. **Descritores:** Processos de Enfermagem; Infarto do Miocárdio; Cuidados de Enfermagem.

## TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA A CERCA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM A PARTIR DA ÓTICA DA ERGOLOGIA

Camila Pinno, Silviamar Camponogara

Universidade Federal de Santa Maria

**Introdução:** Tem-se vivenciado, ao longo do tempo, situações que têm estimulado reflexões acerca do processo de enfermagem. Assim, aproxima-se a proposta da ergologia. Esta, baseia-se na discussão sobre o trabalho na sua essência, sobre o geral e o específico da atividade, com base no constante questionamento a respeito das normas e variabilidades. **Objetivo:** conhecer a tendência da produção científica a cerca do processo de enfermagem a partir da ótica da ergologia. **Métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa, realizada no mês de maio de 2014 no banco de Teses e Dissertações do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES). Utilizou-se duas buscas, com os seguintes termos: "processo de trabalho" (palavra do título) *and* "enfermagem" (palavra do título) e "ergologia" (palavra de resumo) *and* "enfermagem" (palavra de resumo). Os critérios de inclusão foram: tratar-se de documento original (tese e/ou dissertação); ter resumo completo disponível; documentos disponíveis gratuitamente na íntegra e em formato eletrônico. Foram excluídas as teses e dissertações que não responderam ao objetivo dessa pesquisa. **Resultados:** após a leitura criteriosa dos títulos, resumos, palavras-chave e/ou descritores de todas as publicações, foram selecionados na busca 15 documentos, sendo eles nove dissertações e seis teses. Foi possível realizar a organização do conteúdo destes, com base em focos temáticos, tais como: processo de enfermagem na graduação e cursos técnicos de enfermagem, processo de enfermagem no hospital, processo de enfermagem na atenção básica e singularidade no processo de enfermagem. **Conclusões:** Evidenciou-se a importância em correlacionar a ergologia e processo de enfermagem no seu contexto intrínseco, ponderando o trabalhador na sua subjetividade e integrado a transcender seu processo de trabalho. **Descritores:** Processos de enfermagem, trabalho, enfermagem.

## PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES EM DIÁLISE PERTITONEAL

Adriana Tessari, Cíntia Caetano Fuji , **Karen Patricia Fengler**, Maria Conceição da  
Costa Proença, Silvana Silva dos Santos

Unidade de Hemodiálise – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** A diálise peritoneal é um dos métodos de terapia renal substitutiva (TRS). Neste tipo de terapia o paciente realiza o tratamento a domicílio, após capacitação do mesmo ou de um cuidador. Nesta modalidade, é fundamental a adesão e o comprometimento do paciente/cuidador para o sucesso da TRS. O enfermeiro deve identificar e monitorar as possíveis complicações da diálise peritoneal, como peritonites, hipertensão/hipotensão, edemas, disfunção do cateter peritoneal e alterações do ósteo. Para isso, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) se faz necessária, sendo o diagnóstico de enfermagem (DE) uma das etapas da SAE. O levantamento dos DE colabora para a otimização da assistência. **Objetivo:** Identificar os principais diagnósticos de enfermagem (DE) relacionados a pacientes submetidos à diálise peritoneal. **Métodos:** Os DE foram elencados através da realização de grupos focados, com participação de enfermeiros que realizam assistência a pacientes em diálise peritoneal, com base na taxonomia da *NANDA-International* 2012-2014. **Resultados:** Foram eleitos como principais DE: risco de volume de líquido excessivo, risco de infecção, risco de glicemia instável, dor aguda, falta de adesão, tensão do papel de cuidador. **Conclusões:** Compete ao enfermeiro buscar habilidades e conhecimento a fim de prestar uma assistência coerente às necessidades do usuário. Os DE empregados na diálise peritoneal são de suma importância na prática clínica, otimizando a assistência de enfermagem prestada ao paciente e as orientações para familiares com relação a doença e ao tratamento. **Descritores:** Insuficiência Renal Crônica, Diálise peritoneal, Diagnóstico de Enfermagem.



## **PACIENTE SUBMETIDA À CIRURGIA CARDÍACA: ESTUDO DE CASO CLÍNICO USANDO NANDA-I E NIC**

**Anne Caroline Centeno**, Vanessa Vargas Xavier, Miriam de Abreu Almeida, Alba Luz  
Rodriguez Acelas, Marcos Barragan da Silva  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Introdução:** O tratamento cirúrgico da cardiopatia congênita em adultos apresentou crescimento significativo nas últimas décadas. **Objetivo:** Relatar a assistência de enfermagem prestada para uma paciente com cardiopatia congênita submetida a cirurgia cardíaca, utilizando o Processo de Enfermagem, e propondo diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA-I Inc., e intervenções NIC. **Método:** Estudo de caso, desenvolvido em um hospital universitário de Porto Alegre. O sujeito do estudo foi uma paciente com cardiopatia congênita submetida à cirurgia cardíaca, hospitalizada em pós-operatório na unidade de internação cirúrgica. Os dados foram coletados por meio de anamnese, exame físico e consulta ao prontuário. **Resultados:** Paciente feminina, 21 anos, branca, interna para realização de cirurgia para correção de cardiopatia congênita no dia 15/05 permanecendo até o dia 22/05. História passada: Hipertireoidismo, AVC isquêmico prévio, Epilepsia, ex-tabagista. Apresenta-se lúcida, orientada, e refere ter tido emagrecimento significativo no último ano, (perda de 20 kg), náuseas, vômitos e fadiga constantes. Sinais vitais estáveis. IMC: 19,8. Relata que durante o pós-operatório está apresentando bastante inapetência. O principal diagnóstico de enfermagem identificado para essa paciente foi: \_\_Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionado a fatores biológicos (pós-operatório de cirurgia cardíaca, hipertireoidismo); A Intervenção proposta foi Assistência no AUTOCUIDADO: Alimentação. Para essa intervenção foram selecionadas as atividades: Criar um ambiente agradável durante as refeições; Evitar colocar os alimentos do lado em que o paciente apresenta deficiências; Colocar paciente em posição confortável para alimentar-se; Proporcionar dicas e supervisão atenta com frequência, quando necessário. **Conclusão:** O estudo mostrou a importância do raciocínio clínico para a tomada de decisão acerca da identificação da necessidade da paciente, que foi além das características comuns do pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem, Assistência de enfermagem, Cirurgia torácica.

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO: FORMAÇÃO E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS

Mariana Mendes, **Edlamar Kátia Adamy**

**Introdução:** O ensino do Processo de Enfermagem (PE) é entendido como uma metodologia indispensável, que guia o aprendizado, evidenciando a sua importância na formação do futuro profissional (COSSA, ALMEIDA, 2012). Dentre as etapas do PE, a primeira é denominada Histórico de Enfermagem e compreende a anamnese e exame físico. A realização criteriosa desta etapa subsidia as demais e fornece informações essenciais para o planejamento dos cuidados de enfermagem. **Objetivo:** conhecer como ocorre a formação e a prática da anamnese e exame físico das enfermeiras que atuam na atenção básica (AB). **Método:** Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório descritivo, aplicada a 28 enfermeiras que atuam na AB de um município de referência no Oeste de Santa Catarina. A pesquisa foi aprovada pelo CEP da UDESC sob número 124.167. **Resultados:** Dos resultados, emergem as seguintes categorias: Acesso a informações sobre como realizar anamnese e exame físico; O cuidar dos enfermeiros durante o PE; O conhecimento científico na execução do PE; Educação permanente em Saúde: estratégia para instrumentalizar os enfermeiros sobre o PE. **Considerações finais:** Inferimos que as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na realização do PE, mais especificamente da anamnese e exame físico, possam estar relacionadas ao modo como este é ensinado. Ressaltamos a importância de congregarmos aulas teórico práticas na formação de profissionais críticos e reflexivos, e que após concluírem a graduação, os enfermeiros devam atualizar-se propulsando uma assistência baseada em evidência científica e preocupada com o cuidado ao ser humano de forma integral. **Descritores:** Ensino. Processos de Enfermagem. Educação Continuada.

## PROCESSO DE ENFERMAGEM: ÓTICA DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS

**Liliane Ribeiro Trindade**, Anali Martegani Ferreira, Andressa da Silveira, Elisiane do Nascimento da Rocha, Graciane Lafuente Ferreira

**Introdução:** A enfermagem desenvolve atividades para a manutenção e promoção da saúde, bem como para a prevenção de doenças, sendo de sua responsabilidade o cuidar, o diagnóstico e as intervenções de enfermagem com o objetivo de assistir as pessoas para que estas atinjam seu potencial máximo de saúde. Para tanto, utiliza-se o Processo de Enfermagem (PE), método de trabalho que contribui para a realização do cuidado humanizado pelos profissionais enfermeiros, orientando resultados e possibilitando avaliar sua prática. Embora o PE auxilie no processo de trabalho, é necessário que seja compreendido o significado deste pelos enfermeiros para que possam implementá-lo na prática assistencial diária de forma holística. **Objetivo:** Conhecer a compreensão de enfermeiros sobre o significado do processo de enfermagem na prática assistencial hospitalar. **Método:** Estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como população alvo os enfermeiros assistenciais atuantes em uma instituição hospitalar, vinculado ao (PET-Saúde/UNIPAMPA), respeitada a Resolução nº 466/12, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA sob o número 490.226. **Resultados:** As categorias encontradas foram: Compreendendo o significado do PE na prática assistencial hospitalar, Contribuições do PE para o trabalho em equipe, Respaldo legal para o trabalho e os registros de enfermagem, Valorização do trabalho da Enfermagem, Desafios enfrentados para a utilização do PE: no ensino e na prática profissional, Estratégias para implementação do PE e Sobrecarga de trabalho do enfermeiro. **Conclusão:** Verificou-se que os enfermeiros percebiam a importância da implementação e aplicabilidade do PE na prática clínica, bem como o visualizavam como instrumento qualificador da assistência de enfermagem; ainda os enfermeiros reconheceram que, além de o PE proporcionar maior qualidade à assistência, também contribui para valorização e autonomia dos profissionais de enfermagem e se constitui em respaldo legal para a profissão. **Descritores:** Processos de enfermagem; Assistência de enfermagem; Enfermagem.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO FARMACOLÓGICAS FRENTE À DOR AGUDA EM NEONATOS: REVISÃO INTEGRATIVA

**Déborah Bulegon Mello**, Charlene Garcia Pires, Clarissa Bohrer da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Introdução:** O manejo da dor em neonatos é um desafio para a equipe assistencial e deve ser priorizado no desenvolvimento das etapas do Processo de Enfermagem.

**Objetivo:** Identificar as evidências disponíveis acerca das intervenções de enfermagem desenvolvidas frente ao diagnóstico de Dor Aguda em neonatos.

**Método:** Revisão integrativa pelo método preconizado por Cooper (1987), desenvolvido em cinco etapas: 1) Formulação do problema; 2) Coleta de dados; 3) Avaliação dos dados; 4) Análise e interpretação dos dados; 5) Apresentação dos resultados. Utilizou-se como questão norteadora: "Quais as intervenções de enfermagem desenvolvidas frente à dor aguda em neonatos?". A busca ocorreu em junho de 2014, na Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados eletrônicas LILACS e PUBMED. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde "Dor", "Neonato", "Cuidados de enfermagem" e as do *Medical Subject Headings* "Pain", "Newborn", "Nursing care", sendo incluídos artigos que abordassem a temática, disponíveis na íntegra e gratuitamente *online*, em inglês, português ou espanhol, independente do ano de publicação.

**Resultados:** Totalizaram seis estudos, nos quais se evidenciaram as intervenções: contato pele a pele com a mãe, como o Método Canguru; utilização da glicose ou sacarose com ou sem sucção nutritiva; a sucção nutritiva ou não nutritiva; posicionamento; contenção, organização do neonato; acalento; aconchego; toque delicado; manipulação mínima; vocalização suave com o bebê e segurar no colo após procedimento doloroso.

**Conclusões:** A produção do conhecimento acerca das intervenções de enfermagem para o alívio da dor em neonatos é escassa. A literatura aponta práticas adotadas pela enfermagem para o manejo da dor neonatal, embora não as aborde como parte do processo de enfermagem.

**Descritores:** Dor; Cuidados de enfermagem; Neonato.

## PROCESSO DE ENFERMAGEM: FERRAMENTA DE CUIDADO PARA PACIENTE COM NEOPLASIA DE LARINGE

Vivyanne Dal Molin, Gabrielle Constantino Elia, Taline Bavaresco

Universidade de Caxias do Sul

**Introdução:** Neoplasia de laringe representa cerca de 25% dos tumores malignos e o principal fator de risco é o tabagismo, sua toxina é depositada nas pregas vocais e funciona como aparador de impurezas na laringe, favorecendo a instalação de alterações como edemas, hiperplasias, displasias e câncer. Desta forma, a utilização do processo de enfermagem (PE) contribui para uma assistência de enfermagem qualificada quando associado com os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (DE), segundo a NANDA-I, intervenções da NIC e resultados de enfermagem da NOC. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente com diagnóstico de neoplasia de laringe em tratamento quimioterápico. **Métodos:** Estudo de caso realizado em Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) da região nordeste do RS. Estudo aprovado pela instituição. **Resultados:** Paciente masculino, 55 anos, hipertenso, diabético, ex-tabagista (durante 34 anos, cessou há 4). História familiar de neoplasia de esôfago (avô). Procurou atendimento médico após ocorrência de forte gripe que o levou a rouquidão e não cessou mesmo após a melhora do quadro gripal com duração de 6 meses. Em 2012 foi diagnosticado com neoplasia maligna de laringe. Realizou quimioterapia, laserterapia e cirurgia. No momento, faz acompanhamento através de exames laboratoriais e comparece ao UNACON para limpeza de cateter, por estar na fase de manutenção do tratamento. Em função da traqueostomia, fala com dificuldade, com intervalos pausados e de forma lenta. Para este paciente foi elencado o DE Comunicação verbal prejudicada, segundo a NANDA-I, com resultado NOC: Comunicação e implementadas as intervenções NIC: Melhora da comunicação: déficit fala e Escutar ativamente a fim de tratar o DE selecionado. **Conclusões:** O PE tornou-se ferramenta importante para qualificar o atendimento ao paciente com neoplasia de laringe. **Descritores:** neoplasia de laringe; processo de enfermagem; diagnósticos de enfermagem.

## O USO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA MULHER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Greice de Souza Lenz, **Karoline Kornbauer**, Ana Amélia Antunes Lima  
Universidade Feevale

**Introdução:** Conforme *NANDA - I*, o Diagnóstico de Enfermagem (DE) é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade, aos problemas de saúde/processo de vida reais ou potenciais e são a base para a escolha das intervenções de enfermagem que visam à obtenção de resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis. A Atenção Primária em Saúde (APS) em síntese pode ser caracterizada por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que visa promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção de saúde com intuito de atenção integral.

**Objetivo:** Apresentar DE identificados em consultas de enfermagem com gestantes em campo de estágio na APS. **Método:** realizadas consultas de enfermagem com nove gestantes em um serviço especializado em saúde da mulher da região metropolitana de Porto Alegre. Os DE foram identificados conforme as necessidades apresentadas pelas pacientes. **Resultados:** A análise das principais queixas das pacientes resultou-se na identificação de alguns DE: Risco de glicemia instável relacionada à gravidez; Ansiedade relacionada à ameaça ao autoconceito secundária a gestação/maternidade relatado por falta de autoconfiança, nervosismo e perda de controle; Distúrbio na imagem corporal relacionada aos efeitos da gestação sobre a aparência evidenciada por resposta negativa não verbal (vergonha). **Conclusão:** Os DE são importantes em todos os níveis de atendimento em saúde e deve ser estimulado o seu uso na prática clínica em APS, pois representam o julgamento clínico do enfermeiro(a) e norteiam a escolha das intervenções de enfermagem para o paciente, contribuindo para a eficácia das ações de atenção em saúde na APS. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem – Saúde da Mulher – Atenção Primária à Saúde.

## O PROCESSO DE ENFERMAGEM DIANTE DOS SINAIS E SINTOMAS DE PACIENTE SUBMETIDA À COLECTOMIA PARCIAL

**Adriane Carine Kappes, Rosane Amorim Dias, Taís de Lima,** Nanci da Silva  
Teixeira

Universidade de Caxias do Sul

**Introdução:** O adenocarcinoma é a neoplasia mais comum no segmento colorretal, sendo esse o tipo histopatológico com maior ocorrência no cólon, cerca de 95%. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença são: idade acima de 50 anos; fumo; presença de pólipos intestinais; história familiar e enterocolite ulcerativa. Nesse contexto, ressalta-se a importância de realizar o processo de enfermagem e os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (DEs) (NANDA-i), intervenções (NIC) e resultados de enfermagem (NOC). **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente pós-operatório de colectomia parcial. **Métodos:** Estudo de caso realizado no setor 6º leste do Hospital Geral da região nordeste do RS. **Resultados:** Paciente feminina, 44 anos, branca, agricultora, com histórico de paralisia infantil. Procura atendimento por encaminhamento do serviço hospitalar de Vacaria com queixas de algia abdominal e diarreia, apresentando aspecto extremamente emagrecido. Colonoscopia realizada previamente conclui presença de neoplasia no cólon. Iniciado plano terapêutico e realização de exames complementares, os quais apresentam anemia severa e a confirmação do diagnóstico. Paciente evolui com rejeição de alimentação via oral, desenvolvimento de hiperemia na região coccígena e consecutivas obstruções da sonda nasoenteral, apresenta cicatrização eficaz da incisão. Nessas circunstâncias foram trabalhados alguns DEs: Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais e Integridade tissular prejudicada. Para a obtenção dos resultados de enfermagem NOC destacou-se: Estado nutricional e Integridade tissular, na implementação das intervenções NIC: Controle nutricional e Cuidado com lesões a fim de tratar os DEs selecionados. **Conclusão:** O processo de enfermagem com o uso dos sistemas de classificação demonstra segurança assistencial no período da internação. **Descritores:** assistência, colectomia, processos de enfermagem.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES EM PACIENTES CLÍNICOS

**Marcos Barragan da Silva**, Luciana Nabinger Menna Barreto, Bruna Paulsen Panato, Mariana Palma da Silva, Bruna Engelman, Isis Marques Severo, Luciana Ramos, Amália de Fátima Lucena, Alba Luz Rodriguez Acelas, Miriam de Abreu Almeida  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O diagnóstico de enfermagem segundo a NANDA Internacional demonstra o foco do cuidado, segundo as necessidades dos pacientes. **Objetivo:** Identificar os diagnósticos de enfermagem prevalentes em pacientes clínicos. **Método:** Estudo retrospectivo, realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A população contou dos prontuários dos pacientes hospitalizados no Serviço de Enfermagem Clínica, em 2012. A coleta dos dados foi realizada por meio de uma query solicitada ao serviço de arquivo médico, dos meses intercalados de janeiro, março, maio, julho, setembro e novembro de 2012. Os dados foram analisados estatisticamente. **Resultados:** Foram registrados um total de 14.717 diferentes diagnósticos de enfermagem, sendo quatro prevalentes: Risco de infecção 2.196 (14,92%); Dor Aguda 1.347 (9,15%); Padrão respiratório ineficaz 1.105 (7,51%); Integridade Tissular prejudicada 1.041 (7,07%). Em relação as etiologias de cada diagnóstico prevalente, as mais freqüentes foram respectivamente: Procedimento invasivo 1.936 (99,16%); Evolução da doença 700 (51,97%); Processo infecciosos de vias aeras 427 (38,64%) e Trauma mecânico 826 (79,35%). Esses diagnósticos estão localizados nos domínios Segurança/proteção, Conforto, e Atividade/repouso. **Conclusão:** Os DE identificados refletem o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado de pacientes clínicos, e subsidiam a implementação de intervenções e resultados esperados. **Descritores:** Processos de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Cuidados de enfermagem.



## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM QUALIFICADA A PACIENTE COM COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS E ÚLCERA POR PRESSÃO**

**Suèle Soares de Souza**, Bruna Ribeiro Bueno, Taline Bavaresco

Universidade de Caxias do Sul

**Introdução:** Doenças respiratórias são umas das maiores causas de internações hospitalares e, devido sua complexidade o indivíduo pode permanecer internado longo tempo. Este fato torna-o propenso ao desenvolvimento de úlceras por pressão (UP), demandando cuidados específicos. Deste modo, faz-se necessário utilizar o processo de enfermagem (PE) como instrumento metodológico de cuidado, e sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (DEs) da (NANDA-I), intervenções (NIC) e resultados de enfermagem (NOC), a fim de promover uma assistência qualificada.

**Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente com complicações respiratórias e UP. **Métodos:** Estudo de caso realizado em unidade de internação de um hospital geral da região nordeste do RS em junho de 2014. Aprovado pela instituição. **Resultados:** Paciente feminina, 58 anos, tabagista, hipertensa, obesa, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e tromboembolismo pulmonar há dois anos. Internou na UTI com queixa de dispnéia aos mínimos esforços, após 15 dias foi transferida para setor de internação clínico. Respira por traqueostomia em uso de O<sub>2</sub> a 2l/min, com presença de secreção mucopurulenta e roncosp em pulmão esquerdo. Apresenta UP em região sacral com presença de exsudato purulento abundante, refere dor, eliminações em fralda e restrita a leito. Diante dos dados foram elencados os DEs: Integridade tissular prejudicada e Desobstrução ineficaz de vias aéreas. Para o tratamento desses DEs foram elencados os resultados de enfermagem NOC: Cicatrização de ferida por 2ª intenção e Permeabilidade das vias aéreas. As intervenções NIC implementadas foram: Cuidado com UP e Aspiração de vias aéreas. **Conclusão:** A utilização do PE na prática clínica retrata um cuidado qualificado e melhora do quadro clínico da paciente. **Descritores:** Doenças respiratórias; Úlcera por pressão; Processo de enfermagem.

## COMPORTAMENTO DE SAÚDE PROPENSO À RISCO RELACIONADO AO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Charlise Pasuch, Francine Morais da Silva, Gláucia Policarpo, Larissa Moncks, **Lisiane dos Santos Sória**, Márcio Silveira, Marília Osório, Mitieli Disconzi, Oscar Neto e Viviane Ribeiro

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O uso de substâncias psicoativas definitivamente tornou-se um problema de saúde coletiva. Conforme o II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil de 2005 os percentuais de cocaína e álcool cresceram e a forma fumada, o crack, ainda é subestimado. Constatado os prejuízos sociais, familiares, econômicos e clínicos a equipe de enfermagem da unidade de adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) vem estudando diagnósticos de enfermagem (DE) mais acurados para os usuários de álcool e outras drogas.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo clínico é propor a inclusão do DE, comportamento de saúde propenso à risco com abuso de substância como fator relacionado já existente no sistema, no AGHWEB do HCPA. **Método:** O método utilizado foi o estudo de caso de um paciente usuário de crack e álcool atendido na unidade de adição do HCPA em maio de 2014. As informações foram coletadas no prontuário eletrônico e analisadas com base nos referenciais da NANDA – I, NIC, NOC. Na ocasião da internação tanto o processo de pensamento alterado quanto o manutenção ineficaz da saúde foram abertos, no entanto, a impulsividade, inquietude e dificuldade em tolerar frustrações caracterizaram esse usuário, indicando que o DE proposto foi o mais indicado. As intervenções sugeridas como: indicar estilos de pensamento disfuncional e identificar o comportamento a ser modificado se adequou ao caso e expressaram melhor as demandas. Verificou-se que os resultados e seus indicadores demonstraram com clareza a evolução do paciente no tratamento. Concluiu-se que o DE estudado apresenta uma ampla utilização, com importantes benefícios e educação do paciente acerca da sua doença. **Descritores:** comportamento aditivo – diagnóstico – cuidados de enfermagem.

## **ANSIEDADE RELACIONADA AO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Arthur Teixeira, Larissa Monks, **Lisiane dos Santos Sória**, Luciane Maidana, Márcio Silveira, Michelle Carvalho, Mitieli Disconzi, Oscar Neto  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Os padrões de consumos de substâncias psicoativas dos indivíduos na atualidade vêm evidenciar a precarização das relações em diferentes esferas da vida. Diante deste cenário a cocaína ganha ainda mais espaço, atingindo hoje um alto consumo da sociedade, principalmente com as novas formas de administração como o crack, incidindo no aumento das internações. Desta forma, o processo de enfermagem, na unidade de adição, tem focado na prática assistencial dos profissionais, através de intervenções mais acuradas e de seus resultados. **Objetivo:** O objetivo deste estudo clínico é analisar e propor a inclusão do Diagnóstico de Enfermagem (DE) Ansiedade com a etiologia abuso de substâncias e suas intervenções no sistema AGHU do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Método:** O método foi o estudo de caso de um paciente usuário de crack e álcool atendido na unidade de adição do HCPA em setembro de 2013. As informações foram coletadas no prontuário eletrônico e analisadas com base nos referenciais da NANDA – I, NIC e NOC. O usuário chegou à unidade com queixa de fissura, inicialmente apresentou ansiedade intensa e ao longo da internação não obteve remissão completa do sintoma. Desta forma, entendeu-se que o DE mais apropriado e acurado seria Ansiedade que se define como: vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica, sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. As intervenções selecionadas, segundo a NIC, foram: manter atitudes calmas e firmes, orientar sobre técnicas de respiração e relaxamento entre outras, que melhores resultados foram obtidos, evidenciado através de seus indicadores segundo a NOC. **Conclusão:** Concluiu-se que o estudo proporcionou maior aproximação da prática assistencial com as necessidades do usuário colaborando na acurácia diagnóstica e otimização do plano de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas. **Descritores:** ansiedade – diagnóstico - cuidados de enfermagem.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM MAIS ACURADO PARA PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA EM USO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**

**Luciana Ramos Corrêa Pinto**, Isis Marques Severo, Tatiana Pilger, Michele Elisa Weschenfelder, Marcele Chisté, Danusa Cassiana Rigo Batista, Vanessa Fumaco da Rosa dos Santos, Sílvia Daniela Minossi, Enaura Chaves Brandão, Lilian Osterkamp,  
Miriam de Abreu Almeida

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** A definição de diagnóstico prioritário para pacientes críticos com insuficiência renal aguda (IRA) tornou-se indispensável, uma vez que o diagnóstico de enfermagem (DE) "Alteração na perfusão tissular ineficaz renal", foi retirado da classificação da NANDA *International*, por representar condição/diagnóstico médico. Para o cuidado destes pacientes torna-se fundamental o levantamento do DE mais acurado, buscando melhores intervenções de enfermagem. **Objetivo:** Apresentar a reflexão das autoras sobre a escolha do DE mais acurado para paciente crítico com IRA em uso de terapia renal substitutiva. **Método:** Estudo reflexivo realizado por enfermeiros *experts* na área de terapia intensiva, membros de um comitê institucional para estudos do processo de enfermagem, os quais abordaram o DE do Domínio 2: Nutrição e Classe 5: Hidratação da NANDA I. **Resultados:** O DE proposto foi "Risco de desequilíbrio do volume de líquidos", devido ao risco de diminuição, aumento ou mudança de localização dos líquidos corporais, impostos pela terapia renal substitutiva e/ou instabilidade hemodinâmica deste perfil de paciente. **Conclusão:** A acurácia do DE, especialmente em pacientes críticos com doença renal aguda, é fundamental para o conhecimento dos problemas de saúde, tomada de decisão e planejamento da assistência individualizada, orientando e focando as ações do enfermeiro para a busca de resultados positivos. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem. Terapia de substituição renal. Cuidados críticos.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES EM PACIENTES CRÍTICOS

**Luciana Ramos Corrêa Pinto**, Marcos Barragan da Silva, Isis Marques Severo, Luciana Nabinger Menna Barreto, Bruna Paulsen Panato, Mariana Palma da Silva, Bruna Engelman, Amália de Fátima Lucena, Alba Luz Rodriguez Acelas, Miriam de Abreu Almeida

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O Processo de Enfermagem constitui uma atividade intelectual do enfermeiro que auxilia na tomada de decisões. A construção do diagnóstico de enfermagem se dá por meio de interpretação, raciocínio e julgamento clínico, permitindo identificar as necessidades de cuidado ou problemas de saúde, propiciando o cuidar em sua integralidade. Assim, o conhecimento dos diagnósticos de enfermagem prevalentes no campo de atuação ao paciente crítico, torna-se um retrato das prioridades de cuidados necessárias para a busca dos melhores resultados.

**Objetivo:** Identificar os diagnósticos de enfermagem prevalentes em pacientes críticos. **Método:** Estudo retrospectivo, realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A população contou dos prontuários dos pacientes hospitalizados no Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva (SETI) em 2012. A coleta dos dados foi realizada por meio de uma *query* solicitada ao serviço de arquivo médico, dos meses intercalados de janeiro, março, maio, julho, setembro e novembro do referido ano. Os dados foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** Foram levantados 5503 diagnósticos de enfermagem no período estudado, sendo os prioritários: Risco de infecção 1064 (19,33%); Ventilação espontânea prejudicada 730 (13,27%); Síndrome do déficit do autocuidado 720 (13,08%) e Padrão respiratório ineficaz 586 (10,65%). **Conclusão:** A identificação dos diagnósticos de enfermagem prevalentes em pacientes críticos internados no SETI demonstra as especificidades e prioridades da área, além de fornecer um perfil das necessidades de cuidados desses pacientes. **Descritores:** Processos de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Cuidados críticos.

## **PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ANTES E APÓS IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO**

**Isis Marques Severo**, Luciana Ramos Corrêa Pinto, Tatiana Pilger, Michele Elisa Weschenfelder, Marcele Chisté, Danusa Cassiana Rigo Batista, Vanessa Fumaco da Rosa dos Santos, Sílvia Daniela Minossi, Enaura Chaves Brandão, Lilian Osterkamp, Renata Bochi Marones, Miriam de Abreu Almeida  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** As quedas estão entre os principais eventos adversos a serem prevenidos em instituições de saúde, pois comprometem a segurança do paciente provocando lesões, traumas, alterações emocionais e até mesmo a morte. Nos pacientes críticos, em função de sua instabilidade clínica, as conseqüências são ainda mais severas. O processo de enfermagem (PE) e a implementação de um protocolo de quedas são indispensáveis para a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

**Objetivo:** Apresentar a prevalência das quedas em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) antes e após a implementação de um protocolo de prevenção. **Método:** Estudo transversal realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil. Foram utilizados dados do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva, a partir da notificação de quedas pelo enfermeiro, nos anos de 2011 e 2013. No segundo semestre de 2012 foi iniciado o protocolo com medidas preventivas para quedas e a partir disso todos os pacientes internados no CTI foram considerados em risco de quedas. O diagnóstico de enfermagem (DE) era implementado após a avaliação e identificação dos fatores de risco sendo aplicadas medidas específicas. **Resultados:** No ano de 2011 foram notificadas três quedas no CTI. Em 2013 ocorreu apenas um evento. **Conclusão:** A implementação do DE e de protocolos, especialmente em pacientes críticos, é fundamental para o planejamento da assistência, orientando as ações do enfermeiro para a efetiva redução do evento. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem. Acidentes por quedas. Cuidados intensivos.

## **ESTRATÉGIAS PARA APLICAÇÃO DE NANDA, NOC E NIC NA CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL**

**Maria Luiza Soares Schmidt**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Consulta de enfermagem ambulatorial é uma forma de atendimento individualizado ao paciente que vem sendo realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre há mais de 40 anos. O uso dos Diagnóstico de Enfermagem da NANDA (NANDA-I) e Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) já acontecia em algumas agendas, mas havia uma desigualdade de conhecimento entre os profissionais. A Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) ainda não era formalmente utilizada. Mostrava-se necessário sensibilizar o grupo para aprimorar, alinhar conhecimentos e instrumentalizá-lo para aplicação na prática da NANDA, NOC e NIC. **Objetivo:** Aprimorar o conhecimento de NANDA-I, NOC, NIC e discutir estratégias para sua aplicação na prática em consultas de enfermagem nas diversas especialidades. **Método:** Estudo realizado no ambulatório de um hospital universitário, sobre a opinião de enfermeiras especialistas para aplicação da NANDA-I, NOC, NIC com base na literatura e experiência individual através de Fóruns semestrais. **Resultados:** Os primeiros encontros embasaram as enfermeiras de forma a alinhar os conhecimentos sobre o Processo de Enfermagem e o Sistema de Classificação. Nos seguintes elencaram os principais Diagnósticos de Enfermagem (DE) e intervenções mais usuais nas agendas levando-os para a prática diária. Atualmente estão na etapa de verificação de resultados através de indicadores com aplicação na prática. No último Fórum foi observado o domínio que cada especialidade obteve dos Sistemas de Classificação, nivelando o conhecimento das profissionais. Para o próximo Fórum está programada apresentação de estudos de casos. **Conclusão:** Realizar Fóruns para obter a opinião de especialistas, discutir sobre DE, Intervenções e Resultados mostrou-se produtivo, pois homogeneizou os conhecimentos e permitiu visualizar na prática o uso dos Sistemas de Classificação como importante elemento de qualificação da assistência da enfermagem ambulatorial. **Descritores:** Processos de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Assistência ambulatorial.

## CONSTRUÇÃO DAS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA NEONATOS EM TERAPIA INTENSIVA

**Elisiane do Nascimento da Rocha**, Anali Martegani Ferreira, Odete Messa Torres,  
Graciane Lafuente Ferreira, Andrise da Silva Porto Alegre, Aline Martinelli Piccinini

**Introdução:** O processo de enfermagem (PE) constitui-se de cinco etapas. A etapa coleta de dados permite agrupar informações clínicas identificadas por meio da anamnese e exame físico, que interpretadas geram diagnósticos de enfermagem (DEs). A organização dessas informações pode ser realizada por meio da utilização de instrumentos para coleta de dados. Para tanto, faz-se necessário à utilização de instrumentos específicos para cada ambiente clínico, de forma refletir as características e necessidades dos sujeitos assistidos. **Objetivo:** Construir um instrumento para coleta de dados de neonatos hospitalizados em terapia intensiva.

**Método:** Relato de experiência sobre construção de um instrumento para coleta de dados para neonatos. Para subsidiar a construção do instrumento foi realizada busca dos dados clínicos, para avaliação de neonatos, em edições impressas de livros e manuais do Ministério da Saúde sobre atenção a saúde do neonato. Foi utilizado o livro da classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I para escolha dos DE a serem incluídos. Após aprovação do estudo pelo CEP/UNIPAMPA será realizada a etapa de validação de conteúdo do instrumento, por meio de grupo focal, com enfermeiras assistenciais da UTI. O estudo desenvolve-se por meio das atividades de extensão, com foco em educação permanente, do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/UNIPAMPA, desenvolvidas na unidade terapia intensivas, da instituição hospitalar coparticipante. **Resultados:** Foram identificados 33 DEs para neonatos. O instrumento de coleta de dados está sendo organizado em: dados de identificação, anamnese e exame físico e diagnósticos de enfermagem.

**Conclusão:** O instrumento para coleta de dados viabilizará o desenvolvimento das etapas do PE, coleta de dados e identificação dos DEs, subsidiando elaboração de intervenções de enfermagem específicas para neonatos em terapia intensiva.

**Descritores:** Processos de Enfermagem, Diagnósticos de enfermagem e Neonato.



## REVISÃO DO CONCEITO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA: CINESTÉSICA

**Elisiane do Nascimento da Rocha**, Anali Martegani Ferreira, Michele Bulhosa de Souza

**Introdução:** A utilização das classificações de enfermagem contribui para organização e documentação de dados de enfermagem. Nesse contexto a classificação da NANDA-I estimula a revisão e atualização dos diagnósticos de enfermagem (DE) constantes no seu livro. Assim em sua última edição 2012-2014, o DE Percepção Sensorial Perturbada: cinestésica foi retirado, devido à necessidade de que as áreas focalizadas sejam separadas em conceitos individuais, bem como as características definidoras e os fatores relacionados específicos para cada um dos focos. A necessidade da revisão desse diagnóstico surgiu a partir de sua identificação em estudo desenvolvido na instituição coparticipante. **Objetivo:** Revisar os componentes (definição, características definidoras e fatores relacionados) do DE Percepção sensorial perturbada: cinestésica, propostos pela NANDA Internacional, para indivíduos com alterações neurológicas. **Método:** Análise de conceito de Walker & Avant (2005), que constitui-se de oito etapas: seleção do conceito; determinação dos objetivos; identificação dos usos do conceito (revisão de literatura); determinação dos atributos críticos (definições do conceito); construção de um caso modelo; identificação de casos contrários; identificação dos antecedentes (fatores relacionados) e conseqüentes (características definidoras) do conceito; e definição das referências empíricas. A revisão de literatura visa responder as questões norteadoras: Quais são as definições conceituais de percepção sensorial perturbada: cinestésica para indivíduos com alterações neurológicas? Quais são os antecedentes e conseqüentes desse diagnóstico para indivíduos com alterações neurológicas? **Resultados:** As etapas análise de conceito, determinação dos objetivos e identificação dos conceitos permitiram a identificação de 11 estudos relacionados ao conceito cinestesia, sendo 03 nacionais e 08 internacionais, nas áreas de psicologia, fisioterapia e fisiopatologia. As demais etapas, em andamento, permitirão identificar as características definidoras e fatores relacionados. **Descritores:** Enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Cinestesia.

## O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA SALA DE RECUPERAÇÃO

**Melina Moreira**, Nanci da Silva Teixeira

Universidade de Caxias do Sul

**Introdução:** O câncer de mama é a neoplasia mais incidente na população feminina, acomete, preferencialmente, mulheres perto dos 50 anos de idade, a detecção precoce seguida do tratamento reduz a mortalidade. Seu prognóstico depende do estadiamento, o uso da sistematização da assistência de enfermagem e os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (DE) (NANDA-i), intervenções (NIC), resultados (NOC) são instrumentos essenciais para o cuidado. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em uma paciente no pós operatório imediato de mastectomia. **Métodos:** Estudo de caso realizado, no primeiro semestre de 2014 na sala de recuperação de um Hospital Geral da região nordeste do RS. **Resultado:** Paciente feminina, 56 anos, em pós operatório de mastectomia radical a esquerda e plástica mamária com colocação de prótese. Realizou ecografia mamária em novembro de 2013 com nódulo em QSL da mama esquerda (BI-RADS 0) e ecografia mamária em janeiro de 2014 evidenciando nódulo à esquerda com 3cm (BI-RADS 4), em fevereiro de 2014 realizou biópsia com diagnóstico de câncer ductal infiltrante a esquerda. Paciente lúcida, acordada, responsiva, com dor 8 (escala da dor) na região mamária com restrição de movimentos do MSE, curativo em região mamária a esquerda com dreno de portovac em bom volume. Diante do exposto foram elencados alguns DEs como Dor aguda e Risco de Infecção. Para a aplicação destes DEs realizou-se as seguintes intervenções Controle da dor, Controle de Infecção: transoperatória tendo como resultados esperados o Controle da dor e Controle de riscos. **Conclusão:** A inserção do processo de enfermagem na assistência ao paciente cirúrgico é de extrema importância na recuperação pós anestésica, desta forma realiza-se um acompanhamento individualizado. **Descritores:** Enfermagem cirúrgica; processo de enfermagem; diagnóstico de enfermagem.

## PADRÃO INEFICAZ DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE

Alessandra Vaccari, Cristiane Raupp Nunes, **Denise Cardoso Berto**, Elenice Lorenzi Carniel, Giordana de Cássia Pinheiro da Motta, Jacqueline Fritscher Ramos Felix Moraes, Rozimeli Guedes dos Santos, Valdereza da Silva Ribeiro  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O recém-nascido prematuro, durante sua admissão na Unidade de Internação Neonatal, recebe o diagnóstico de enfermagem “Amamentação Interrompida”, tendo como fator relacionado a doença da criança. O recém-nascido, que inicialmente recebia alimentação apenas via sonda, começa a receber dieta por via oral, seja por copinho, mamadeira ou seio materno. Entretanto, o diagnóstico “Amamentação Interrompida” não contempla os cuidados necessários para esta nova fase do recém-nascido, não sendo encontrado no sistema do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) um diagnóstico apropriado. O *Petit Comitê*, grupo de enfermeiros da neonatologia que se reúne sistematicamente para discutir os diagnósticos de enfermagem e realizar revisões sobre os cuidados relacionados, identificou a necessidade de trabalhar junto a Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) um diagnóstico que atendesse esta população de bebês prematuros que iniciam suas dietas por via oral. **Objetivo:** Adequar os diagnósticos de enfermagem às diversas fases de alimentação do recém-nascido prematuro, propondo a inclusão de um novo diagnóstico de enfermagem e seus respectivos cuidados. **Método:** Pesquisa bibliográfica, cujas fontes utilizadas foram NANDA I, NIC, NOC e Sistema AGHWeb do HCPA. **Resultados:** Foi encontrado em NANDA I 2012-2014 o diagnóstico “Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente”, cuja definição é a *capacidade prejudicada de um lactente de sugar ou de coordenar a resposta sucção/deglutição, resultando em nutrição oral inadequada para as necessidades metabólicas*. Posteriormente, foram selecionado cuidados já presentes no Sistema AGHWeb que podem ser relacionados a este novo diagnóstico de enfermagem, também foi realizada uma revisão na literatura de mais alguns cuidados que deverão compor o cadastro do diagnóstico proposto. **Conclusões:** Os resultados estão sendo discutidos com os demais enfermeiros da UIN e encaminhados à COPE para inclusão no Sistema AGHWeb do HCPA. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Prematuro.

## **AMBULATÓRIO DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM DIRECIONADAS AO IDOSO COM CÂNCER**

**Dayane de Aguiar Cicolella**, Karine Zancanaro Reys, Francine Letícia da Silva  
Secco, Livia Lírio Campo, Franciele Marchioretto, Leila Maria de Abreu Jaggi  
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

**Introdução:** No Brasil, idosos representam 10% da população e 80% são portadores de doenças crônicas como o câncer. A incidência aumenta com a idade e geralmente apresentam limitações funcionais. O adoecimento representa rupturas no seu dia a dia. Debilitados fisicamente, são afastados de suas residências, familiares e convívio social. A consulta de enfermagem permite diálogo entre o paciente e família planejando o cuidado para melhor qualidade de vida. **Objetivo:** Descrever a implantação do ambulatório de consultas de enfermagem para idoso com câncer na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. **Método:** Relato de experiência sobre a implantação do ambulatório de consultas de enfermagem para idosos com câncer de mama, próstata, cólon e pulmão. O Processo de Enfermagem é desenvolvido com aplicação de Histórico, formulação de Diagnósticos de Enfermagem, intervenções e resultados. São utilizadas as taxonomias North American Nursing Diagnosis Association International, Nursing Interventions Classifications e Nursing Outcomes Classification. **Resultados:** O ambulatório iniciou em 28 de abril de 2014. Como piloto foram avaliados idosos com câncer de próstata. Até o momento foram realizadas 17 avaliações de enfermagem e preconiza-se 25 atendimentos em cada tipo de câncer para traçar o perfil das pessoas atendidas. Os principais diagnósticos apresentados em portadores de câncer de próstata foram: risco de queda, incontinência urinária, insônia e nutrição desequilibrada para mais que as necessidades corporais. Nos próximos meses espera-se evoluir para atendimentos dos outros tipos de cânceres. **Conclusões:** Desenvolver um cuidado diferenciado a idosos portadores de câncer é extremamente importante, pois o adoecimento repercute em mudanças contextuais que necessitam ser identificadas precocemente. As consultas de enfermagem permitem o planejamento de situações individuais de acordo com cada realidade. São importantes momentos de troca de informações e resgate da humanização. **Descritores:** Idoso, Enfermagem Geriátrica, Neoplasias.

## **SISTEMATIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

### **AMBULATORIAL PARA PACIENTES DO PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Karine Zancanaro Reys, Francine Letícia da Silva Secco, Lívia Lírio Campo, **Dayane de Aguiar Cicolella**, Franciele Marchioretto, Leila Maria de Abreu Jaggi.

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

**Introdução:** Cuidado Paliativo é uma abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida do paciente e familiares diante de uma doença ameaçadora, prevenindo e aliviando o sofrimento. O enfermeiro é fundamental para desenvolvimento de elo entre paciente, família e equipe multiprofissional. **Objetivo:** Descrever a experiência de enfermeiras que atuam no Programa de Cuidados Paliativos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre em consultas de enfermagem. **Método:** Trata-se de um projeto desenvolvido no Ambulatório SUS do Hospital Santa Rita que utiliza a Sistematização da Assistência de Enfermagem em suas etapas. As consultas de enfermagem ocorrem semanalmente através de referenciamentos internos e o Processo de Enfermagem fundamenta-se nas taxonomias da *North American Nursing Diagnosis Association*, *Nursing International Classification* e na *Nursing Outcomes classification*. **Resultados:** A implantação do Programa de Cuidados Paliativos ocorreu em junho de 2013 e as consultas ambulatoriais de enfermagem em março de 2014. Até o momento realizou-se 27 atendimentos nos quais buscou-se promover o controle de sintomas, melhora da comunicação sobre informações referentes a evolução da doença, bem como, as perspectivas de tratamento e a oportunidade de elaborar as dificuldades pessoais de ser um portador de doença sem possibilidades terapêuticas. Os principais diagnósticos identificados foram: Dor aguda, Dor crônica e Disposição para Resiliência Melhorada. **Conclusões:** O acompanhamento ambulatorial é fundamental para melhoria na qualidade de vida, impactando na sobrevivência do doente e vislumbrando agir na prevenção de crises de necessidades. O enfermeiro é mediador de negociações e articulador do cuidado junto ao paciente e família, coordenando e planejando estratégias para um cuidado humanizado. Desenvolve habilidades para avaliação sistemática de sinais e sintomas auxiliando a equipe multiprofissional no estabelecimento de prioridades para cada paciente. **Descritores:** Cuidados Paliativos, Enfermagem, Qualidade de Vida.

## **SISTEMATIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL DE SEGUIMENTO A PACIENTES ONCOLÓGICOS.**

Eliane Goldberg Rabin, Roberta Waterkemper, **Dayane de Aguiar Cicolella**, Lívia Lírio Campo, Karine Zancanaro Reys, Francine Letícia da Silva Secco, Franciele Marchioretto, Leila Maria de Abreu Jaggi.

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

**Introdução:** A sobrevida de pacientes oncológicos é reflexo do investimento tecnológico e científico e deve-se realizar o seguimento destes indivíduos. A consulta de enfermagem contribui na prevenção de reincidência da doença. **Objetivo:** Descrever o processo de sistematização e implantação da consulta de enfermagem a pacientes pós tratamento oncológico no Ambulatório SUS do Hospital Santa Rita da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. **Método:** Projeto de extensão em parceria com docentes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre para a Sistematização da Assistência de Enfermagem ambulatorial de seguimento a pacientes com câncer de mama, cólon e próstata. O Processo de Enfermagem fundamentou-se nas taxonomias da North American Nursing Diagnosis Association, Nursing International Classification e na Nursing Outcomes Classification. **Resultados:** Iniciou em maio de 2013 e foram atendidos 116 pacientes, 58 estão em seguimento ambulatorial. As informações coletadas nas consultas foram registradas em prontuário eletrônico. Para avaliação inicial elaborou-se um histórico abrangendo dados para identificar fatores de risco para novo câncer ou recidiva. Identificou-se 10 principais diagnósticos de enfermagem. Os mais prevalentes foram: Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais, Comportamento de saúde propenso a risco e Disposição para autocontrole da saúde melhorado. As intervenções foram realizadas na consulta enfocando a educação para a saúde e o planejamento dos resultados avaliado nas reconsultas. **Conclusões:** A implantação da sistematização da consulta de enfermagem contribui para promoção da saúde, prevenção de agravos, enfrentamento da situação de sobrevida e preparo do paciente para o retorno de cuidado à saúde na atenção primária. A implantação deste ambulatório a pacientes oncológicos é um processo inovador e efetivo em acordo as propostas do projeto inicial. **Descritores:** Neoplasias, Promoção da Saúde, Enfermagem.

## **CORRESPONDÊNCIA ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE MANCHESTER E UMA INTERVENÇÃO DA NIC**

Betina Franco, Amália de Fátima Lucena, Ana Paula de Oliveira Siqueira, Camila  
Amthauer

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é uma metodologia de trabalho que determina o nível de urgência para o atendimento a partir da queixa principal do paciente. O enfermeiro é o profissional responsável em classificar e avaliar o risco do paciente, utilizando-se do pensamento crítico e julgamento clínico, que podem se aliar às taxonomias de enfermagem como a Nursing Intervention Classification (NIC). Nesse contexto, observa-se uma possível relação entre as atividades exercidas por enfermeiros na Classificação de Risco com a utilização do STM e a intervenção "TRIAGEM: centro de emergência" descrita na NIC no grupo de especialidades "Enfermagem em Emergência". **Objetivo:** analisar a correspondência entre as ações de enfermagem desenvolvidas na Classificação de Risco de Manchester e a intervenção de Triagem: centro de emergência. **Método:** estudo descritivo do tipo mapeamento cruzado realizado em duas etapas: 1º seleção das atividades de classificação de risco do STM e das atividades descritas na intervenção da NIC - TRIAGEM: centro de emergência; 2º realização da correspondência entre as mesmas, com base na semelhança entre os seus enunciados. **Resultados:** Obteve-se concordância de 56% entre as atividades desenvolvidas por enfermeiros na Classificação de Risco STM e as atividades da intervenção NIC. Observou-se que a avaliação da dor, prática clínica comum dos enfermeiros na urgência, não foi contemplada nas atividades NIC. **Conclusão:** O mapeamento cruzado permitiu verificar as semelhanças e as diferenças existentes entre as atividades do STM e a intervenção TRIAGEM: centro de emergência e evidenciou que a avaliação da dor é um importante fator que influencia na prioridade de atendimento. **Descritores:** Enfermagem Em Emergência, Classificação, Triagem de Pacientes

## A TEORIA DE DOROTHEA ELIZABETH OREM E A INTERVENÇÃO AO PACIENTE COM ESTOMIA: UMA REFLEXÃO TEÓRICO-PRÁTICA

Márcia Elaine Costa do Nascimento, Cíntia Nasi, Simone Edi Chaves, Trinidad

Correa Noé

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

**Introdução:** A Teoria Geral de Enfermagem de Orem é constituída por três constructos teóricos imbricados: a Teoria do Autocuidado, a Teoria das Deficiências do Autocuidado e a Teoria de Sistemas de Enfermagem. Orem enfatiza que o indivíduo que necessite de ajuda para recupera-se de enfermidade ou ferimento deverá lançar mão dos métodos de ajuda”. **Objetivo:** Realizar um exercício de reflexão teórico prático com base na teoria de Orem aplicada a um cenário de atendimento ambulatorial especializado. **Método:** Exercício reflexivo no qual partimos do processo de Enfermagem aplicado a um paciente, no estabelecimento de diagnóstico de Enfermagem NANDA, posteriormente identificamos intervenções de Enfermagem NIC e as proposições de Métodos de Ajuda de Orem, no intuito de refletir sobre sua adequabilidade neste contexto. O atendimento ao paciente estomizado no contexto ambulatorial de um hospital universitário foi o cenário escolhido para este exercício reflexivo. **Resultados:** A teoria de Orem contribuiu para fundamentar a reflexão teórico- prática relativa ao processo de Enfermagem no contexto ambulatorial, no sentido de centralizar seu planejamento e ação no autocuidado. Segundo Orem, o cliente é o centro da organização do cuidar em enfermagem, destacando-se a influência do envolvimento familiar no seu processo educativo, pois o autocuidado é fundamental na manutenção do seu equilíbrio físico, mental e espiritual. **Conclusões:** A teoria de Orem contribui significativamente para o exercício reflexivo ressignificando a sistematização da assistência de Enfermagem ao localizar os fundamentos neste cenário de cuidados práticos por meio da determinação dos métodos de ajuda os quais podem ser percebidos no estabelecimento das intervenções de Enfermagem propostas. **Descritores:** Processos de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, teoria de Enfermagem.



## **CONSENSO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM (*NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION* – NOC) PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO RISCO DE LESÃO POR POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO**

**Luciana Bjorklund de Lima**, Eneida Rejane Rabelo da Silva, Michelle Cardoso e  
Cardozo

Escola de Enfermagem/UFRGS

**Introdução:** As classificações de enfermagem como os diagnósticos da NANDA International, dos resultados de enfermagem da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e das intervenções de enfermagem da *Nursing Intervention Classification* (NIC) vem sendo cada vez mais investigadas na prática clínica. No cenário da enfermagem perioperatória, a aplicação das classificações assim como as investigações ainda são incipientes. **Objetivos:** Selecionar os resultados de enfermagem (NOC) para o diagnóstico Risco de lesão por posicionamento perioperatório para o cuidado de pacientes no período perioperatório. **Método:** Estudo do tipo consenso de especialistas. Participaram do estudo 10 enfermeiras especialistas em sistemas de classificação de enfermagem e com experiência no atendimento de pacientes no período perioperatório. Inicialmente foram selecionados 19 resultados de enfermagem, e a partir deles realizado um consenso em quatro etapas para seleção dos resultados/indicadores adequados para avaliação do paciente no período perioperatório. Consideraram-se os resultados de enfermagem que obtiveram entre 80% e 100% de consenso. **Resultados:** Os resultados apontaram sete resultados de enfermagem selecionados. **Conclusão:** O estudo do consenso de especialistas permitiu identificar os resultados de enfermagem para aplicação na prática clínica e aprofundar o conhecimento quanto a essa classificação para pacientes no período perioperatório. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem, Avaliação de Resultados, Enfermagem Perioperatória.

## **PROCESSO DE ENFERMAGEM A PACIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE RENAL**

**Alessandra Glaeser**, Adriana Maria Alexandre Henriques, Denise Oliveira D'Ávila,  
Ester Izabel Soster Prates; Luciana Bjorkund de Lima, Marcia Weissheimer, Mirela de  
Oliveira Tatsch Dias, Tatiane Costa de Melo  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O tratamento e o controle da dor é uma das prioridades da assistência pós-peratória. O tratamento analgésico da dor é de responsabilidade de todos os profissionais envolvidos na assistência. A enfermagem deve buscar uma ação integrada com estratégias a fim de proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente. **Objetivo:** Aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a um paciente submetido a Transplante Renal. **Metodologia:** Estudo de caso realizado no Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico (SECC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RS. **Resultados:** O diagnóstico Dor Aguda relacionado ao trauma foi elencado no período perioperatório. A dor que é uma experiência sensório-emocional desagradável que surge de dano real ou potencial aos tecidos com início repentino ou lento de qualquer intensidade, de leve a severa (NANDA I 2012-2014). Seus fatores relacionados são agentes lesivos. As intervenções de enfermagem foram: tranquilizar paciente, registrar a dor como 5º sinal vital, avaliar a dor utilizando escala de intensidade, administrar analgesia após avaliação, avaliar eficácia da analgesia, manter repouso absoluto, proporcionar posição confortável ao paciente, orientar sobre técnicas de relaxamento, manter colchão piramidal e investigar com paciente fatores que aliviam/pioram a dor. **Conclusões:** O resultado esperado foi alcançado, pois a paciente teve alta da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) com dor controlada. O enfermeiro busca, através do processo de enfermagem, medidas farmacológicas e não-farmacológicas para o tratamento da dor, qualificando a assistência ao paciente perioperatório. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem, Enfermagem Perioperatória, Transplante Renal

## PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTE PEDIÁTRICO NO CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL

**Alessandra Glaeser**, Adriana Maria Alexandre Henriques Ester Izabel Soster Prates  
Marcia Weissheimer Rosane da Silva Veiga Pirovano  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** A Fissura Labiopalatina é a malformação mais freqüente da região da cabeça e a correção cirúrgica é realizada nos primeiros meses de vida. O paciente pediátrico é considerado de alto risco para desenvolver alterações da temperatura corporal. **Objetivos:** Implementar o diagnóstico Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal e avaliar os resultados dos cuidados relacionados no transoperatório de um paciente pediátrico submetido a procedimento cirúrgico prolongado. **Método:** Relato de experiência baseado na sistematização de assistência de enfermagem aplicada no Centro Cirúrgico Ambulatorial do HCPA- RS. Os dados foram coletados no prontuário eletrônico e analisados sob o referencial da NANDA I. **Resultados:** O diagnóstico Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal foi elencado no transoperatório ao paciente pediátrico submetido a procedimento cirúrgico de rinolabioplastia. Entre as intervenções de enfermagem realizadas nesse período podemos destacar o uso de monitorização contínua da temperatura, minimização a exposição a fatores de riscos ambientais, utilização de campos cirúrgicos secos, manta térmica ou cobertores e aquecimento dos membros inferiores com algodão laminado. A temperatura do paciente no trans-operatório manteve-se entre 36,4° e 36,8°C. **Conclusão:** A enfermagem perioperatório desenvolve medidas eficazes na manutenção da temperatura em pacientes pediátricos a fim de reduzir riscos decorrentes do desequilíbrio da temperatura corporal. O processo de enfermagem disponibiliza ao enfermeiro avaliar as necessidades do paciente pediátrico no transoperatório praticando os cuidados necessários. O diagnóstico Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal torna-se prioritário ao paciente pediátrico, pois descreve cuidados de enfermagem para manutenção da temperatura corporal relacionadas a condições ambientais. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem, Enfermagem Perioperatória, Pediatria.

## CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA UNIDADE AMBULATORIAL

**Graciane Lafuente Ferreira**, Anali Martegani Ferreira, Odete Messa Torres, Simone Kleinubing Salgueiro, Elisiane do Nascimento da Rocha, Aline Martinelli Piccinini

**Introdução:** Processo de enfermagem (PE) é um método de prestar cuidado de enfermagem, orientar resultados e possibilitar que a enfermeira avalie sua prática assistencial. O método é composto por cinco etapas inter-relacionadas, sendo a primeira coleta de dados. Considera-se que para qualificar a etapa de coleta de dados, faz necessário a utilização de instrumento para ser aplicado na prática clínica, permitindo coletar dados de enfermagem, possibilitando identificar diagnósticos de enfermagem (DE) que reflitam necessidades de saúde de uma determinada clientela. Deste modo, foi realizada atividades observacionais de extensão em um Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET- Saúde/UNIPAMPA) em ambulatório hospitalar, que contribuiu para identificar problemas na clientela e organizar um instrumento para coleta de dados de enfermagem. **Objetivo:** Construção de instrumento de coleta de dados para clientela atendida em ambulatório hospitalar. **Método:** Relato de experiência para construção de um instrumento. A construção do instrumento está sendo desenvolvida em três etapas: identificação de diagnósticos de enfermagem na literatura; construção do instrumento de coleta de dados para pacientes em ambulatório. Posteriormente será realizada validação de conteúdo por meio de grupo focal para confirmação dos elementos do instrumento, pelas enfermeiras da unidade ambulatorial, da instituição. Essa etapa será após aprovação do estudo pelo CEP/UNIPAMPA. **Resultados:** A partir das atividades observacionais foram identificados na clientela assistida problemas crônicos de saúde, tais como, alterações vasculares e cutâneas. A partir da literatura identificou nove DE para pacientes atendidos em ambulatório. Esses resultados subsidiaram construção do instrumento proposto, o qual constitui-se de dados de identificação, anamnese e exame físico, diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Conclusão:** Construção e utilização do instrumento subsidiará a coleta de dados, identificação dos DE intervenções e resultados de enfermagem. **Descritores:** Enfermagem, Coletas de dados, Diagnóstico de enfermagem.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES DE UM AMBULATORIO HOSPITALAR

**Graciane Lafuente Ferreira**, Anali Martegani Ferreira, Odete Messa Torres, Simone Kleinubing Salgueiro, Elisiane do Nascimento da Rocha, Aline Martinelli Piccinini

**Introdução:** A assistência de enfermagem em unidade ambulatorial requer a realização de consulta de enfermagem visando identificar reais necessidades de saúde da clientela atendida. Assim, torna-se importante identificar diagnósticos de enfermagem (DE) que refletem problemas específicos de saúde da clientela ambulatorial, de modo que estes reflitam as necessidades de saúde dos usuários e permitam implementação de intervenções acuradas, bem como os resultados de enfermagem. **Objetivo:** Apresentar os diagnósticos de enfermagem identificados para pacientes de ambulatório. **Método:** Relato de experiência sobre a identificação dos DE para pacientes ambulatoriais, a qual foi realizada em duas etapas: pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa de literatura, para qual se formulou a questão norteadora: *quais os diagnósticos de enfermagem para pacientes atendidos em unidade ambulatorial estão presentes na literatura?* Foram utilizadas bases de dados LILACS e MEDLINE; utilizando-se DeCS: enfermagem, diagnóstico de enfermagem e ambulatório. Esses resultados foram apresentados em reunião e confirmados pelas enfermeiras assistenciais da unidade. **Resultados:** Foram identificados nove DEs, e estes distribuídos de acordo com os domínios da NANDA Internacional e pelas, suas características definidoras e fatores relacionados por meio das atividades de extensão do Programa de Educação pelo Trabalho para (Saúde – (PET-Saúde)- Redes de Atenção SOS – Urgências e Emergências, da Universidade Federal do Pampa, desenvolvidas em unidade ambulatorial, na instituição coparticipante. Assim, elencou-se seguintes DE: *Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; Mobilidade Física Prejudicada; Perfusão tissular periférica ineficaz; Déficit do autocuidado para banho; Ansiedade; Risco de infecção; Integridade da pele prejudicada; Dor Aguda e Dor Crônica.* **Conclusão:** A identificação dos DEs contribui para a organização da assistência de enfermagem em unidade ambulatorial; e subsidiara a construção de instrumento de coleta de dados para pacientes atendimentos em ambulatório. **Descritores:** Enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Ambulatório.

## **IMPLANTAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INFORMATIZADA EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS: MODELO HCPA**

**Maria do Carmo Rocha Laurent**, Vera Lúcia Mendes Dias

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O processo de Enfermagem (PE) é um método que contribui para a visibilidade e organização do trabalho, com cinco fases, segundo a resolução COFEN 358/2009. Os 47 hospitais universitários (HUs) brasileiros apresentam diferenças quanto à capacidade, incorporação tecnológica e execução do PE, sendo o Hospital de Clínicas de Porto Alegre modelo de gestão, segundo Ministério da Educação, com o Aplicativo de Gestão Hospitalar (AGH). Este software, desenvolvido para suportar processos assistenciais e administrativos, apresenta módulos integrados com o Prontuário On-line. O AGH foi transcrito para o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). Nele, a prescrição de enfermagem está embasada na teoria das necessidades humanas de Wanda Horta e na taxonomia diagnóstica da NANDA International, e sendo implantada em diferentes hospitais. Assim, têm-se por objetivo, descrever as implantações deste módulo nos hospitais. **Materiais e Métodos:** Relato de experiência da implantação da prescrição de enfermagem informatizada, em parceria com a EBSERH. As etapas compreendem: visita diagnóstica ao HU, considerando infra-estrutura, recursos humanos, utilização do PE; pré implantação, com adequação tecnológica, cadastramento dos usuários e ajustes nos parâmetros do sistema; e implantação com capacitação em ambiente de demonstração e utilização do sistema em produção. **Resultados:** O sistema de Prescrição de Enfermagem foi implantado em três HUs geral. O primeiro, região centro-oeste, implantou em três unidades, o segundo, também do centro-oeste e o terceiro, da região nordeste, implantaram em duas unidades de tratamento intensivo. **Conclusão:** Nos três hospitais houve aceitação da enfermagem, sugestões de melhorias e formação de grupos de estudo. O sucesso da implantação depende da motivação da equipe, capacitação e quantitativo de profissionais e equipamentos. As implantações vêm consolidar o PE, contribuindo na padronização da linguagem da enfermagem brasileira. **Descritores:** Processos de enfermagem, Informática em Enfermagem, Hospitais Universitários.

## **CONTENÇÃO MECÂNICA: PROPOSTA DE NOVA ETIOLOGIA BUSCANDO SEGURANÇA DO PACIENTE E MELHORIA NO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO HCPA**

**Carmen Lúcia Silva Nectoux**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Estudos enfocando cuidados com a contenção mecânica de pacientes com equipamentos externos evidenciam a preocupação com a segurança destes e a busca da qualidade na assistência de enfermagem. **Objetivo:** Analisar os Diagnósticos de Enfermagem (DEs) da NANDA-International e o processo de enfermagem no Aplicativo de Gestão Hospitalar (AGHWEB) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), referente aos cuidados com contenção mecânica e adequá-la à prática assistencial. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma revisão no sistema AGHWEB, identificando os cuidados referentes à contenção mecânica e os DEs relacionados, dentre os quais, risco de trauma evidenciou-se como o mais apropriado. Revisadas as definições das etiologias relacionadas ao risco de trauma. Sugerido “equipamentos externos” como nova etiologia e listados os cuidados com contenção mecânica. Apresentada a proposta à Comissão do Processo de Enfermagem para análise. Utilizados os referenciais da NANDA-I, Resolução COFEN n. 472/2012 e Plano que orienta o Uso de Contenção e o Cuidado aos Pacientes com Contenção HCPA. **Resultados:** Disponibilizado aos enfermeiros, no sistema AGHWEB, a etiologia equipamentos externos no DE risco de trauma e os cuidados com contenção mecânica na prática assistencial. **Conclusão:** O uso dos DEs provoca desafios constantes e impulsiona o pensamento crítico para a elaboração do plano de cuidados, fundamentado na literatura e experiência do enfermeiro. A inserção da etiologia equipamentos externos no DE risco de trauma, vem melhorar o processo de enfermagem e a segurança do paciente. **Descritores:** risco de trauma, equipamentos externos, contenção mecânica.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO A ENTERO-TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Rita de Cássia Garcia, Beatriz Cavalcanti Juchem

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Serviço de Enfermagem em Cardiologia, Nefrologia e Imagem / Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** A enterografia por tomografia computadorizada (entero-TC) tem sido o método de escolha na avaliação das doenças do intestino delgado. Para a aquisição de imagens adequadas, é imprescindível a implementação de intervenções de enfermagem específicas. **Objetivos:** Descrever as intervenções de enfermagem, de acordo com a *Nursing Interventions Classification* (NIC), ao paciente que se submete à entero-TC. **Método:** Revisão de literatura combinando os termos "tomografia computadorizada", "enterografia" e "enfermagem", nas bases SciELO, LILACS e PubMed, acrescentando-se a prática clínica dos autores num Serviço de Radiologia de um hospital escola. **Resultados:** A entero-TC é indicada em casos como sangramento gastrointestinal, doença inflamatória e neoplasias intestinais. O preparo visa distensão luminal, realizando-se as seguintes intervenções de enfermagem (IE). *Ensino: procedimento/tratamento:* Explicar a finalidade do procedimento e orientar jejum de 6 horas. *Cuidados na admissão:* Identificar o paciente com pulseira. Obter histórico de doenças prévias, uso de medicamentos e alergias. Assegurar o preenchimento do termo de consentimento. Orientar paciente sobre a dinâmica do exame, ações e possíveis efeitos dos medicamentos. *Punção venosa:* Realizar venopunção em fossa cubital com jelco calibre 20. *Administração de medicamentos:* Administrar um litro de solução de manitol no intervalo de 45 minutos. Durante o exame realiza-se: *Assistência em exames:* posicionar paciente em decúbito ventral com membros superiores elevados e orientar realização de apnéia para aquisição das imagens quando solicitado. *Administração de medicamentos:* Injetar escopolamina e contraste iodado endovenoso em bomba injetora com fluxo de 3 ml/s. Observar reações adversas ao contraste. Após o exame orienta-se hidratação oral e realiza-se a IE *Documentação*, com registro da assistência. **Conclusão:** As IE na realização de entero-TC contribuem para a qualidade da assistência e estabelecimento de um diagnóstico preciso. **Descritores:** Tomografia Computadorizada por Raios X, Processos de enfermagem, Cuidados de enfermagem.



## PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE REAÇÕES ADVERSAS AO MEIO DE CONTRASTE IODADO

**Rita de Cássia Garcia**, Beatriz Cavalcanti Juchem

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Serviço de Enfermagem em Cardiologia, Nefrologia e Imagem Imagem / Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Reações adversas ao meio de contraste iodado (MCI) podem variar desde manifestações leves, como pápulas e prurido, até situações graves como broncoespasmo, crise hipertensiva, parada cardiorrespiratória, entre outras. Assim, a enfermagem deve atentar à presença de fatores de risco e focar o cuidado na prevenção destes eventos. **Objetivo:** Descrever o processo de enfermagem no cuidado à paciente candidata a tomografia computadorizada (TC) com uso de MCI. **Método:** Estudo de caso, desenvolvido num Serviço de Radiologia de um hospital universitário. Os dados foram extraídos do prontuário, preservando-se confidencialidade e identidade da paciente. **Resultados:** Paciente feminina, 51 anos, admitida para realizar TC de abdômen com contraste para investigar incidentaloma adrenal. Informa que em exame anterior o MCI provocou flictenas e prurido na região inguinal e face. Asmática, alérgica a escopolamina, hipertensa e diabética. Utiliza metformina, sinvastatina, atenolol, enalapril, losartana. PA: 184x111 mmHg FC: 70 bpm, oximetria 97%. Em jejum de oito horas, não ingeriu medicações hoje. Foi estabelecido o DE "*Risco de reação adversa ao meio de contraste iodado relacionado a evento adverso anterior ao contraste iodado, história de alergia, asma, diabetes com uso de metformina e cardiopatia*". Os resultados esperados incluíram *Sinais vitais* (alcançar *Pressão arterial* sem desvio da normalidade), *Estado respiratório* (manter nenhuma *Dispneia em repouso*), *Resposta alérgica: localizada* (manter nenhum *Pruridolocalizado*). Intervenções implementadas: *Monitoração dos sinais vitais, administração de medicamentos* (anti-hipertensivo), *Ensino: procedimento / tratamento* (ingerir medicamentos durante jejum) e *Documentação*. Após 40 minutos, persistindo com PA elevada, o exame foi transferido para ser realizado com níveis pressóricos adequados. **Conclusão:** O estudo permitiu identificar um diagnóstico de enfermagem, intervenções e resultados de enfermagem específicos na prevenção de reações adversas ao MCI. **Descritores:** Processos de Enfermagem, Tomografia Computadorizada por emissão de RX, Meios de Contraste: efeitos adversos.

## RISCO DE AUTOMUTILAÇÃO EM PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL

**Vanessa Menegalli**, Leliane Morch, Celina Schondelmayer, Michele Scmid, Juciléia Thomas

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O risco de automutilação é o estado em que o indivíduo está em risco de realizar um ato deliberado contra si mesmo com a intenção de ferir-se, não de se matar, produzindo dano imediato aos tecidos do corpo. O Diagnóstico de Enfermagem (DE) Risco de Automutilação foi incluído na NANDA I em 1992, revisado em 2000, sendo a definição o risco de comportamento autolesivo deliberado, causando dano tissular, com a intenção de provocar lesão não fatal para obter alívio de tensão.

**Objetivo:** Avaliar um paciente que internou por autoagressões, com o DE Risco de Automutilação; apresentar os cuidados de enfermagem e resultados esperados conforme o processo de enfermagem em uma Unidade de Internação Psiquiátrica (UIP) de um Hospital geral. **Metodologia:** Foi realizado um estudo clínico na UIP em 2013, sobre um paciente de 21 anos, masculino, solteiro, ensino fundamental incompleto, evangélico, com crises de agitação psicomotoras e descontrole de impulsos associados à automutilação. Os cuidados prescritos pelos enfermeiros foram: colocar limites dando dados da realidade; comunicar comportamento indicador de ansiedade; implementar cuidados com a contenção mecânica; evitar isolacionismo; certificar-se que o paciente ingeriu a medicação; monitorar sinais de agressividade. Os resultados esperados foram: obtenção de assistência conforme a necessidade; apoio a contrato para não se lesionar; e uso de medicamentos conforme a prescrição. Com o Processo de Enfermagem, a equipe de enfermagem buscou ajudar o paciente a restabelecer os cuidados mínimos com sua própria vida, estimulando a socialização e promovendo a diminuição do ato autolesivo. A realização do cuidado de enfermagem de maneira sistematizada permitiu o resultado eficaz ao tratamento do paciente com transtorno mental, contribuindo para realizar uma assistência de qualidade e humanizada. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem – Automutilação – Transtorno Mental.

## TRATAMENTO ADJUVANTE PARA CÂNCER DE MAMA: RELATO DA EXPERIÊNCIA EM CONSULTA DE ENFERMAGEM

Lívia Lírio Campo, Francine Letícia da Silva Secco, Karine Zancanaro Reys, **Dayane de Aguiar Cicolella**, Franciele Marchioretto, Leila Maria de Abreu Jaggi.

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

**Introdução:** O câncer de mama é o que mais acomete mulheres em nosso estado. Sabendo que o sobrepeso e obesidade são fatores de risco para seu desenvolvimento, a consulta de enfermagem é fundamental para orientar cuidados específicos sobre o ganho de peso em pacientes submetidas ao tratamento com hormonioterapia.

**Objetivo:** Descrever a experiência de enfermeiras que desenvolvem consultas destinadas a pacientes em tratamento adjuvante para o câncer de mama com hormonioterapia. **Método:** Trata-se de um projeto piloto desenvolvido no Ambulatório SUS do Hospital Santa Rita da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre para avaliar resultados sobre orientações em relação ao ganho de peso, uns dos principais fatores de risco para recidiva do câncer de mama. As consultas de enfermagem são norteadas pela Sistematização da Assistência de Enfermagem em todas as suas etapas.

**Resultados:** O projeto iniciou em abril de 2014 e até o momento foram atendidos 25 pacientes. O enfermeiro identifica o conhecimento que estas mulheres têm sobre sua doença, sobre os fatores de risco para o câncer e os efeitos adversos do tratamento. Procura conhecer suas rotinas diárias, crenças e perfil socioeconômico. As intervenções e planos são elaborados em conjunto com as pacientes, de acordo com a realidade de vida destas, para que participem de forma ativa e sintam-se responsáveis por seu cuidado. Desta forma, melhorando a sua adesão as condutas definidas. **Conclusões:** A consulta de enfermagem busca orientar as pacientes em relação aos cuidados fundamentais para a prevenção de recidiva e/ou um segundo tumor primário, fornecendo subsídios para que possam empoderar-se de seu cuidado. Desta forma, estimulando a busca por um estilo de vida saudável, melhorando a qualidade de vida destas mulheres. **Descritores:** Neoplasias da mama, Processos de enfermagem, Promoção da saúde.

## QUALIDADE E SEGURANÇA: PADRONIZAÇÕES NECESSÁRIAS PARA AÇÕES DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR

Lucia Raquel da Silva Lopes, Rosália Figueiró Borges

Centro universitário La Salle

**Introdução:** A Qualidade do cuidado em saúde é definida pelo aumento da chance de resultados desejáveis, onde segurança se refere ao direito das pessoas de terem o risco de danos a saúde desnecessária reduzido ao mínimo nos serviços de saúde. Os hospitais ocupando um papel chave na prestação de cuidados de saúde iniciam a busca em avaliar e padronizar ações que garantam segurança e qualidade na promoção e recuperação em saúde. **Objetivos:** identificar na literatura científica as padronizações de enfermagem utilizadas, com referência a qualidade e segurança do paciente. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, de revisão integrativa. **Resultados:** Os padrões assistenciais de atendimento surgem como o caminho na busca da qualidade e excelência da assistência de enfermagem, aproximando a qualidade assistencial do resultado final que é a melhora do paciente. Programar e avaliar a qualidade em saúde exige padrões que garantem a excelência e segurança dos processos assistenciais e administrativos. Os programas padronizam as ações em saúde, gerenciam, aplicam e avaliam conforme seus padrões a qualidade da instituição, a certificam com um selo de qualidade que a torna referência em saúde. **Conclusão:** Nas ações de assistência de enfermagem as padronizações estão focadas para a segurança do paciente associado ao desempenho do profissional para evitar possíveis falhas ou danos a ambos, aliando conhecimento científica a prática clínica para o alcance destes padrões, alcançando a excelência em serviços de enfermagem. **Descritores:** Qualidade e segurança; certificações; enfermagem.

## VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Alessandra Vaccari, Cristiane Raupp Nunes, Denise Cardoso Berto, Elenice Lorenzi

Carniel, Giordana de Cássia Pinheiro da Motta, Jacqueline Fritscher Ramos Felix

Morais, Rozimeli Guedes dos Santos, **Valderezza da Silva Ribeiro**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o uso de ventilação mecânica invasiva no recém-nascido prematuro é uma prática freqüente. Dentre os diagnósticos de enfermagem relacionados à necessidade de oxigenação, não havia um consenso entre os enfermeiros quanto ao diagnóstico mais acurado para estes pacientes. Frente a este levantamento, o *Petit Comitê*, grupo de enfermeiros da Neonatologia que se reúne periodicamente para estudar o processo de enfermagem, revisou os conceitos e os cuidados relacionados a esta necessidade e apresentou-os em um estudo clínico para a Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) do HCPA e comunidade geral de enfermeiros. **Objetivo:** Revisar a aplicação dos diagnósticos de enfermagem relacionados à oxigenação do recém-nascido prematuro e os cuidados de enfermagem existentes no sistema AGHWeb do HCPA, comparando-os com a bibliografia, visando assim uma melhor acurácia diagnóstica. **Método:** Pesquisa bibliográfica, fontes utilizadas: NANDA I, NIC, NOC e sistema AGHWeb do HCPA. **Resultados:** Foi definido o diagnóstico "Ventilação Espontânea Prejudicada", cuja definição em NANDA I 2012-2014 é *reservas de energia diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para a sustentação da vida*, com o fator relacionado "prejuízo neuromuscular/músculo esquelético", como o diagnóstico mais adequado a ser levantado no caso de pacientes prematuros em ventilação mecânica invasiva. Posteriormente, foram analisados os cuidados existentes no Sistema AGHWeb que estão adequados a área neonatal e selecionados novos cuidados a serem incluídos no sistema pela COPE. **Conclusões:** O trabalho realizado pelo *Petit Comitê* permitiu que os cuidados de enfermagem selecionados da bibliografia fossem encaminhados à COPE a fim de inclusão no sistema AGHWeb do HCPA, padronizando a utilização do diagnóstico mais acurado e qualificando o atendimento ao recém-nascido prematuro com disfunção respiratória, que necessite a utilização de ventilação mecânica invasiva. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Oxigenação.

## **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE JOVEM VÍTIMA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: RELATO DE CASO**

**Fernanda Magalhães Prates Pereira**, Sarah Ceolin Stein

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O infarto agudo do miocárdio (IAM) é causado pela interrupção do fluxo sanguíneo coronariano e morte das células do tecido miocárdico. Atualmente os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem padronizados pela North American Association (NANDA-I), Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC) vem sendo analisados por meio de estudos clínicos. O presente estudo colabora com a discussão referente a acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem (DE). **Objetivo:** Identificar os diagnósticos de enfermagem selecionados para um paciente com IAM, propondo intervenções e resultados esperados. **Metodologia:** Estudo de caso realizado na Unidade Vascular do Serviço de Emergência do HCPA, em junho de 2014. As informações foram coletadas no prontuário do paciente e analisadas com base nos referenciais da NANDA, NIC e NOC **Resultados:** Os principais DE iniciados para esse paciente foram: Dor Aguda, Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída e Risco de Sangramento. As principais intervenções propostas estão relacionadas a monitoração dos sinais vitais, administração de medicamentos, cuidados circulatórios, controle da dor e precaução contra sangramentos. Os resultados esperados estão direcionados ao conhecimento sobre a doença cardíaca, ao controle da dor e do risco de sangramento, adequação da perfusão tissular cardíaca. **Conclusão:** As intervenções realizadas permitiram a obtenção dos resultados propostos de forma satisfatória. Ressalta-se a importância do enfermeiro estar apto a reconhecer os sinais e sintomas característicos do IAM, a fim de otimizar o atendimento possibilitando uma intervenção correta, eficiente e diminuindo a ocorrência de complicações. Nesse sentido a SAE caracteriza-se como uma ferramenta de extrema importância, pois possibilita uma ampliação da visão sistêmica assistencial e organização do trabalho. **Descritores:** Infarto do Miocárdio; Cuidados de Enfermagem; Processos de Enfermagem.

## RESULTADO DE ENFERMAGEM GRAVIDADE DE INFECÇÃO: DEFINIÇÕES CONCEITUAIS PARA OS INDICADORES RELACIONADOS A PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS

**Alba Luz Rodríguez Acelas**, Rejane Reich, Amália de Fátima Lucena, Maria da Graça  
Oliveira Crossetti, Miriam de Abreu Almeida  
Escola de Enfermagem da UFRGS

**Introdução:** Os sistemas de classificação de enfermagem oferecem linguagem padronizada para diferentes etapas do Processo de Enfermagem (PE), ou seja, de diagnóstico, intervenção e resultado. Assim, a Nursing Outcomes Classification (NOC) confere junto aos demais sistemas de classificação, uma ferramenta de auxílio na execução das etapas de planejamento e avaliação do PE, pois traz indicadores e escalas para sua operacionalização. No entanto, os indicadores não contêm definições que permitam unificar a compreensão e análise das avaliações. **Objetivo:** Construir definições conceituais para indicadores do resultado de enfermagem NOC denominado Gravidade de infecção, relacionado a problemas respiratórios. **Métodos:** Revisão integrativa, realizada nos meses maio e junho de 2014, nas bases: PUBMED, CINAHL, LILACS e SCOPUS, mediante identificação da questão, uso dos descritores: gravidade de infecção, classificação dos resultados de enfermagem, **infecções respiratórias, sinais e sintomas respiratórios e NOC**, critérios de inclusão: a) estudos e teses que abrangessem o tema; b) textos completos e disponíveis; c) idiomas: Português, Inglês ou Espanhol; d) publicados num período máximo de cinco anos e na área do adulto e critérios de exclusão, para a busca das informações, avaliação, interpretação e síntese. **Resultados:** Preliminares da revisão integrativa da literatura apontaram nove publicações que embasaram a elaboração das definições conceituais de oito indicadores do resultado Gravidade de Infecção: expectoração purulenta, febre, hipotermia, instabilidade da temperatura, dor, colonização em cultura de expectoração, elevação na contagem das células brancas do sangue e depressão na contagem das células brancas do sangue. **Conclusões:** O estudo contribuirá para o aperfeiçoamento e uso da classificação na medida em que o refinamento dos indicadores, do ponto de vista conceitual, favorece a evidência das avaliações. **Descritores:** Avaliação em Enfermagem; Infecções Respiratórias, Índice de Gravidade de Doença.

## CONHECIMENTO DEFICIENTE EM TRANSPLANTADO RENAL

Larissa Valenzuela Garcia, **Luana Matuella Figueira da Silva**, Amália de Fatima  
Lucena

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Introdução:** O transplante renal é o tratamento de escolha para pacientes no estágio final da Insuficiência Renal Crônica (IRC). As orientações para a alta devem ser aprofundadas, visto que, para o sucesso do transplante, o paciente terá que mudar sua rotina e modo de vida. **Objetivos:** Os objetivos do trabalho foram definir diagnósticos de acordo com a NANDA, assim como aprofundar o conhecimento sobre as orientações necessárias ao paciente para a alta. Este trabalho trata-se de um estudo de caso, desenvolvido para a cadeira Adulto I, do 5º semestre da graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O paciente ATL foi internado na unidade 8º sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e submetido a um transplante renal. **Método:** O trabalho foi realizado através de coleta de dados, obtida por meio de entrevistas com o paciente escolhido, durante quatro encontros com o mesmo e a consulta de seu prontuário online. **Resultados:** Como resultados do estudo foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Conhecimento deficiente relacionado à falta de exposição evidenciado por verbalização do problema e Proteção ineficaz relacionada a terapias com medicamentos evidenciado por deficiência na imunidade. Também foram salientadas as orientações da alta para o sucesso do transplante, principalmente quanto aos hábitos de higiene, hábitos gerais de vida e hábitos alimentares. **Conclusão:** O estudo de caso desenvolvido possibilitou o exercício da aplicação dos processos de enfermagem e sua associação prática, sendo aplicada a escolha de diagnósticos de enfermagem adequados ao caso. Além disto, a importância das orientações hospitalares para o sucesso do transplante no paciente deve ser salientada, visando que o transplante renal não é a cura completa. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem, Transplante de Rim e Alta do Paciente.



## **JEAN WATSON: A ESPIRITUALIDADE EM FOCO**

**Elisete da Silva Gil**, Cíntia Nasi

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** A Teoria de Enfermagem de Jean Watson tem como principal enfoque os fatores de cuidado que derivam da perspectiva humanística combinados com a base de conhecimentos científicos. **Objetivo:** Fazer uma análise reflexiva do processo de enfermagem, a partir da teoria de Jean Watson com foco na espiritualidade. **Método:** Revisão de literatura, seguida de análise reflexiva. Os dados foram coletados nas bases: Lilacs, Medline, Scielo, no período de maio de 2014. A partir dos unitermos: Jean Watson, espiritualidade e saúde, espiritualidade e religiosidade, teorias de enfermagem. A partir dos estudos selecionados foi possível fazer uma reflexão sobre o tema e o processo de enfermagem de enfermagem. **Resultados:** A espiritualidade e religiosidade é um recurso utilizado pelos pacientes para enfrentamento de situações de adoecimento. O processo de enfermagem é uma ferramenta que pode ser utilizada para visualizar e buscar recursos para que o paciente tenha esta necessidade atendida. O paciente sente-se valorizado quando lhe é questionado sobre sua crença. **Conclusões:** Este é assunto ainda pouco pesquisado no meio acadêmico e necessita de mais investigações. Abrir espaços de escuta para o paciente sobre sua religiosidade/espiritualidade constitui-se fonte de reconhecimento e valorização de sua singularidade. **Descritores:** Espiritualidade, Cuidado, Enfermagem.

## PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PEDIATRIA: PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE PÚRPURA DE HENoch-SCHONTEIN

Letícia Alves, Flávia Raquel Rossi, Sheila Ramos de Oliveira

Universidade de Caxias do Sul

**Introdução:** A púrpura de Henoch-Schonlein (PHS) pode ser conhecida por púrpura anafilactóide, púrpura não trombocitopênica, púrpura reumática ou púrpura alérgica. Também pode ser considerada uma vasculite freqüente na infância. (SILVA, et. al., 2000) A primeira descrição da doença foi realizada por Willan em 1908, mas Johann Lukas Schonlein em 1837 reconheceu a tríade da púrpura não-trombocitopênica, sendo, artrites e alterações do sedimento urinário, em 1874, Edouard Henoch também associou a essa tríade dor abdominal, diarréia mucossanguinolenta e proteinúria. (SILVA, et. al., 2000) Com isso a sistematização de enfermagem é de extrema importância para o cuidado integral a esses pacientes. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente com púrpura de Henoch-Schontein. **Métodos:** Estudo de caso realizado na Unidade de Internação Pediátrica de um hospital da região nordeste do RS. **Resultados:** paciente masculino, 7 anos e 10 meses, reside com o pai, 57 anos, aposentado (marceneiro), analfabeto e a mãe, 47 anos, do lar. Diagnóstico de púrpura de Henoch-Schontein, com boa evolução clínica e melhora de petéquias em abril de 2014. Paciente encontrava-se no leito, acompanhado pela mãe, lúcido e orientado, pouco comunicativo, relato de dor intensa em região abdominal. Sinais Vitais: FC: 79 bpm, FR: 22 mrpm, Tax: 36,7°C. Diante do quadro clínico foram elencados os DEs prioritários: Dor aguda, Proteção Ineficaz e Risco de Infecção. NIC: Melhora da dor, controle da saúde e controle de infecção. A classificação da avaliação das intervenções foi feita com base no NOC. **Conclusões:** O cuidado de enfermagem se torna qualificado quando se aplica o processo de enfermagem baseado nas evidências apresentadas pelo paciente. **Descritores:** enfermagem pediátrica; púrpura não trombocitopênica; processo de enfermagem.

## **DISPOSIÇÃO PARA CONTROLE MELHORADO DO REGIME TERAPÊUTICO EM PACIENTE FEMININA COM NEOPLASIA MALÍGNA DE RETO**

**Alexandre Alves Medeiros, Érika da Rosa dos Santos, Eneida Rejane Rabelo da  
Silva** Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** O câncer colorretal é um dos tumores que mais atinge a população brasileira. Devido a esta importância epidemiológica este estudo foi conduzido visando aprofundar este tema. **Objetivo:** Apresentar um estudo de caso de paciente com diagnóstico de neoplasia maligna do reto, sua história de saúde com as manifestações clínicas dessa doença, os diagnósticos de enfermagem, os resultados e as intervenções. **Métodos:** Abordagem descritiva tipo Estudo de Caso. A Anamnese, o Exame físico, os diagnósticos, os resultados e as intervenções foram guiados pelas etapas do Processo de Enfermagem e uso das Classificações (NANDA-I, NOC e NIC). A paciente consentiu com a coleta e foi assegurado seu anonimato. As duas entrevistas foram realizadas no leito da paciente em estudo e discutidas em um pequeno grupo; os dados primários foram coletados através da avaliação clínica diária a partir do exame físico e dados secundários do prontuário. **Resultados:** Paciente de 50 anos que procurou auxílio médico após um ano de presença de sangue nas fezes e perda de peso. Apesar da fase avançada da doença a paciente estava muito otimista com sua cura, segura com o tratamento e muito esperançosa com os resultados dos exames. Sentia-se feliz com o apoio dos familiares e com frequência durante a entrevista reforçava seu otimismo na equipe. O diagnóstico de enfermagem prioritário estabelecido foi Disposição para controle aumentado do regime terapêutico, evidenciado pela esperança de melhora e bastante positiva quanto a sua recuperação. O resultado esperado foi: esperança; e a Intervenção de enfermagem: melhora da disposição para aprender; promoção da esperança. **Conclusões:** Baseado na avaliação clínica foi possível estabelecer um diagnóstico prioritário, planejar o alcance de metas (resultados) a partir das intervenções propostas. Este diagnóstico também serviu de base para estimularmos o otimismo da paciente. **Descritores:** Institutos do Câncer, Processos de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem.

## **O PROCESSO DE ENFERMAGEM QUALIFICA O CUIDADO DE PACIENTE COM ENTEROCOLITE NECROSANTE**

**Bruna Ribeiro Bueno**, Taline Bavaresco, Tanara Leonardelli Michielin

Universidade de Caxias do Sul

**Introdução:** O processo de enfermagem (PE) e os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (Des) (NANDA-i), intervenções (NIC) e resultados de enfermagem (NOC), tem um papel fundamental para a qualificação do cuidado. A enterocolite necrosante está entre as principais causas de morbidade em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e pediátrica, com uma incidência entre 1 a 5% e, atinge com mais facilidade os prematuros com peso inferior a 1500g. (Araújo, PM. Revista de enfermagem UFPEL) **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente com enterocolite necrosante. **Métodos:** Estudo de caso realizado em UTI pediátrica de um hospital geral da região nordeste do RS, no mês de maio de 2014. Estudo aprovado pela instituição. **Resultados:** Paciente masculino, gemelar, 6 meses, prematuro (IG 32semanas) pesando 1660g ao nascer. Realizou cirurgia ressecante da alça e colostomia (em 02/12/13) devido à enterocolite necrosante, internou em 26/05/2014 para realização do fechamento de colostomia-enteroanastomose. Respira em ar ambiente saturando 100%, sem presença ruídos adventícios na ausculta pulmonar. Abdome globoso e distendido, com diminuição dos RHA. Apresenta extremidades aquecidas e pulsos palpáveis, edema em bolsa escrotal e fimose fisiológica. Ferida operatória em flanco direito, com cicatrização por primeira intenção, apresentando tecido de granulação e presença de calor e hiperemia. Foram elencados os seguintes DEs como prioritários: Integridade tissular prejudicada e Risco de infecção. Os resultados de enfermagem NOC: Cicatrização de ferida: primeira intenção e Prevenção para infecção e foram implementadas as intervenções NIC: Cuidados com local de incisão e Prevenção contra infecção com suas atividades. **Conclusões:** A importância da realização do Des resultando em atendimento qualificado e melhora do quadro do paciente. **Descritores:** Enterocolite necrosante; Processo de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.