



2º Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem 9º Simpósio do Processo de Enfermagem do HCPA

A linguagem do cuidado na era digital

Data: 15 e 16 • agosto • 2019

Anais



COMISSÃO
DO PROCESSO DE
ENFERMAGEM



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS

A Linguagem do cuidado na era digital

15 e 16 de agosto de 2019

Local

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Porto Alegre – RS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Diretora-Presidente

Professora Nadine Oliveira Clausell

Diretor Médico

Professor Milton Berger

Diretor Administrativo

Jorge Bajerski

Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Professora Patrícia Ashton Prolla

Coordenadora do Grupo de Enfermagem

Professora Ninon Girardon da Rosa

Coordenador do Grupo de Ensino

Professor José Geraldo Lopes Ramos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor

Professor Rui Vicente Oppermann

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS

Diretora

Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Projeto gráfico, ilustração e diagramação

Gleci Beatriz Luz Toledo

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S612l Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem (2. : 2019 : Porto Alegre, RS)

A linguagem do cuidado na era digital: anais [recurso eletrônico] / 2. Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem, 9. Simpósio do processo de Enfermagem do HCPA ; promoção e realização Comissão do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; coordenação geral: Amália de Fátima Lucena. – Porto Alegre: HCPA, UFRGS, Escola de Enfermagem, 2019.
E-book

Evento realizado de 15 a 16 de agosto de 2019.
ISBN 978-85-9489-189-1

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

CATALOGAÇÃO NA FONTE: RUBENS DA COSTA SILVA FILHO CRB10/1761

PROMOÇÃO E REALIZAÇÃO

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Comissão do Processo de Enfermagem

APOIO

Conselho Regional de Enfermagem - RS

Fundação Médica do Rio Grande do Sul

ORGANIZAÇÃO

Coordenadoria de Comunicação do HCPA

Seção de Organização e Execução de Eventos do HCPA

COMISSÃO ORGANIZADORA

Amália de Fátima Lucena - *Coordenadora*

Betina Franco

Elenice Lorenzi Carniel

Ester de Melo Borba

Graziella Badin Aliti

Karina de Oliveira Azzolin

Raquel Schuttz Carvalho

Thiane Mergen

COMISSÃO CIENTIFICA

Karina de Oliveira Azzolin - *Coordenadora*

Aline Camargo Nunes

Amália de Fátima Lucena

Betina Franco

Elenice Lorenzi Carniel

Fabiane Bregalda Costa

Graziella Badin Aliti

Luciana Bjorklund de Lima

Luciana Ramos Correa Pinto

Miriam de Abreu Almeida

Priscila de Oliveira da Silva

Rejane Reich

PROGRAMAÇÃO**Quinta-feira – 15 de agosto****Auditório José Baldi**8h **Inscrições e credenciamento do curso**8h30 Curso **Processo de Enfermagem na era digital: experiência do HCPA e visitas às unidades**

Facilitadoras: Deborah Bulegon, Elenice Lorenzi Carniel, Paula Steger, Rejane Reich e Thiane Mergen (HCPA)

12h **Encerramento****Anfiteatro Carlos César de Albuquerque**

13h Credenciamento

14h Abertura

14h15 Conferência **Classificação de Enfermagem na era digital**

Presidente: Ninon Girardon da Rosa (HCPA/UFRGS)

Rita de Cássia Gengo e Silva Butcher (Boston College – Connet School of Nursing)

15h Miniconferência **Perspectivas dos diagnósticos de Enfermagem: desenvolvimento, validação e implementação na prática clínica**

Presidente: Miriam de Abreu Almeida (UFRGS)

Marcos Venícios Lopes (UFC)

15h30 **Intervalo**15h50 Mesa-redonda **Experiência na elaboração de novos diagnósticos de Enfermagem: do desenvolvimento à prática clínica**

Coordenação: Eneida Rejane Rabelo da Silva (HCPA/UFRGS)

Cássia Teixeira dos Santos (HCPA)

Luciana Menna Barreto (HCPA)

Thamires de Souza Hilário (UFRGS)

Vanessa Mantovani (UFRGS)

Debate16h35 Miniconferência **Processo de Enfermagem como elo entre ensino e serviço na formação do enfermeiro**

Presidente: Maria Henriqueta Luce Kruse (UFRGS)

Edlamar Kátia Adamy (UDESC)

16h50 **Apresentação de e-pôsteres, lançamentos de livros e autógrafos**18h10 **Encerramento do primeiro dia****Sexta-feira – 16 de agosto**8h30 Mesa-redonda **Mestrado Profissional em Enfermagem e produtos inovadores para o cuidado**

Coordenação: Isabel Cristina Echer (HCPA/UFRGS)

Cândida Canicali Primo (UFES)

Elisangela Argenta Zanatta (UDESC)

Emiliane Nogueira de Souza (UFCSPA)

Sandra Leal (Unisinós)

Debate9h20 Palestra **Em que consiste a COMSISTE?**

Moderação: Iride Cristofoli Caberlon (ABEn/RS)

Cândida Canicali Primo (ABEn/Nacional)

Marcos Barragan da Silva (ABEn/RS)

- 9h50 **Mesa-redonda Inovações tecnológicas para o cuidado**
Coordenação: Thiane Mergen (HCPA)
Protótipo de um software para passagem de plantão de Enfermagem na UTI
Patricia Friedrich (Unisinós)
Desenvolvimento de um software para avaliar lesão por pressão
Rodrigo Madrial Medeiros (HCPA)
Informatização de escalas de predição de risco
Betina Franco (HCPA)
Desenvolvimento de um protótipo para aplicação da SAE no atendimento pré-hospitalar
Rosália figueiró Borges (Unisinós)
Debate
- 10h40 **Apresentação de e-pôsteres**
- 12h40 **Intervalo**
- 14h **Palestra Certificação de Qualidade para a Enfermagem – Selo COFEn**
Coordenação: Deborah Bulegon Mello (HCPA)
Daniel Menezes Souza (COREn/RS)
- 14h20 **Mesa-redonda Densidade tecnológica e segurança do cuidado: AGHUse transformando a gestão e a assistência**
Coordenação: Lisiane Paskulin (HCPA/UFRGS)
Graciela Grandini Guimarães (HCPA)
José Miguel Dora (HCPA/UFRGS)
Valesca Dall Alba (HCPA/UFRGS)
- 15h20 **Intervalo**
- 15h30 **Apresentação oral de Temas Livres**
- 16h20 **Mesa-redonda com videoconferência Perspectivas futuras da NANDA International**
Coordenação: Amália de Fátima Lucena (HCPA/UFRGS)
Camilça Takáo Lopes (NANDA International/Boston College – Connell School of Nursing)
Rita de Cássia Gengo e Silva Butcher (Boston College – Connell School of Nursing)
Debate
- 17h10 **Mesa-redonda Novas escalas de predição de risco: interface com o Processo de Enfermagem**
Coordenação: Luciana Bjorklund de Lima (HCPA)
Isis Marques Severo (HCPA)
Miriam de Abreu Almeida (UFRGS)
Debate
- 17h40 **Mesa-redonda Programa de cuidado ao idoso e o Processo de Enfermagem**
Coordenação: Maria da Graça Oliveira Crossetti (UFRGS)
Fernanda Peixoto Córdova (HCPA)
Lisiane Paskulin (HCPA/UFRGS)
Tiago Oliveira Teixeira (HCPA)
Debate
- 18h20 **Premiação Tema Livre oral e e-pôster**
- 18h30 **Confraternização de encerramento**

APRESENTAÇÃO

A Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), composta por enfermeiras do hospital e docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tem a satisfação de promover o 9º Simpósio do Processo de Enfermagem e o 2º Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem, espaço consagrado à divulgação científica, reflexão e discussão da prática da enfermagem, na busca das melhores decisões e evidências do cuidado.

Evento de dimensão internacional tem como temática este ano “a linguagem do cuidado na era digital”, tendo em vista o impacto da tecnologia da informação na comunicação em saúde e na segurança do paciente. Para tanto, contamos com a participação de colegas reconhecidos pelo seu conhecimento no cenário nacional e internacional, aos quais expressamos o nosso sincero agradecimento.

Também agradecemos aos profissionais, professores, residentes e estudantes de enfermagem que enviaram trabalhos científicos e colaboraram para o enriquecimento do programa do evento, apresentando resultados de seus estudos e de sua prática profissional; além da presença de todos os ouvintes que poderão discutir os diferentes temas apresentados.

Sejam todos muito bem vindos à Porto Alegre!

Amália de Fátima Lucena

*Coordenadora do 2º Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem do HCPA e
9º Simpósio do Processo de Enfermagem – A linguagem do cuidado na era digital*

Karina de Oliveira Azzolin

Graziella Badin Aliti

Coordenadoras da Comissão Científica

SUMÁRIO

PROGRAMAÇÃO 6

APRESENTAÇÃO 8

RESUMOS 13

- A CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO PARA A PASSAGEM DE PLANTÃO DA ENFERMAGEM **13**
- A DIFERENÇA ENTRE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ROTINA DO ENFERMEIRO **13**
- A ENFERMAGEM NA IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DE QUEDAS NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA ADULTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA **14**
- A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE NA IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS PARA SUA SEGURANÇA NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR **15**
- A IMPORTÂNCIA DAS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES CIRÚRGICOS **16**
- A OBSERVAÇÃO DA PASSAGEM DE PLANTÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA PARA VALIDAÇÃO DE UM NOVO PROCESSO **16**
- A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CONTRIBUINDO PARA O PROCESSO DE AUDITORIA HOSPITALAR **17**
- A UTILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO DE ALTA DO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO **18**
- ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO PÓS TROMBÓLISE: UM ESTUDO DE CASO COM APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM **18**
- ANÁLISE DE CONCEITO E DESENVOLVIMENTO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE TROMBOEMBOLISMO ARTERIAL **19**
- APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM PACIENTE COM MORTE ENCEFÁLICA COMO DESFECHO DE AVC HEMORRÁGICO **20**
- APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE CRÍTICO COM FASCEÍTE NECROTIZANTE **21**
- APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO COM UMA CRIANÇA COM TUMOR CEREBELAR **21**
- APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO DE UM NEONATO COM ICTERÍCIA NEONATAL **22**
- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM SÍNDROME DE APERT: UM ESTUDO DE CASO **23**
- ATUAÇÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA **23**
- AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DE IDOSOS COM DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RISCO DE SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL E SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL EM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO **24**
- BAYES EDITOR: UM EDITOR PARA ENSINO DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM **25**
- BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE EM USO CONTÍNUO DE LACTATO DE MILRINONA EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICA **26**
- BOLSA DE BOGOTÁ ASSOCIADA A CURATIVO A VÁCUO COMO TÉCNICA TERAPÊUTICA PARA FECHAMENTO ABDOMINAL TEMPORÁRIO: UM ESTUDO DE CASO **26**
- CONSTRUÇÃO DE DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO ESTABELECIMENTO DA AMAMENTAÇÃO **27**
- CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA NORTEAR A CONSULTA DE ENFERMAGEM EM UM AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA ADULTA **28**
- CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO COM BASE NA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES DIABÉTICOS EM CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL **29**
- CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO PÉ DIABÉTICO **29**
- CONSULTA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE RADIOTERAPIA EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL: RELATO DE EXPERIÊNCIA **30**
- CONSULTA DE ENFERMAGEM QUALIFICADA PELOS SISTEMAS DE LINGUAGENS

PADRONIZADAS EM PACIENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: ESTUDO DE CASO **31**

- CRIAÇÃO DA LIGA ACADÊMICA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM DA UFMA – CAMPUS DE PINHEIRO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA **32**
- CUIDADO SEGURO: CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA **32**
- CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA **33**
- CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE EM DELIRIUM NA TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA **34**
- CURSO INTRODUTÓRIO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA **34**
- DESENVOLVIMENTO DE APLICATIVO COMO INTERVENÇÃO PARA AUXÍLIO E INCENTIVO DE ADOLESCENTES INSULINODEPENDENTES **35**
- DESENVOLVIMENTO DE OBJETO DE APRENDIZAGEM EM SAÚDE MENTAL PARA UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICAS ADULTAS **36**
- DESENVOLVIMENTO DE UM NOVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM APLICADO NA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS: VALIDAÇÃO CLÍNICA **37**
- DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS ADOLESCENTES COM RISCO DE FUGA - RELATO DE EXPERIÊNCIA **37**
- DIAGNÓSTICO RISCO PARA RESPOSTA ALÉRGICA RELACIONADA AO USO DE MEDICAMENTOS EM PARTICIPANTES DE PESQUISA CLÍNICA **38**
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO PACIENTE IDOSO COM DOENÇA DE PARKINSON EM ESTADO DE TERMINALIDADE **39**
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM HOMEM TRANS: RELATO DE UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM EMBASADA NA TEORIA DE WANDA HORTA **40**
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM AVE- RELATO DE EXPERIÊNCIA **40**
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM PACIENTES CIRÚRGICOS EM UM HOSPITAL PRIVADO DO SUL DO BRASIL **41**
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DISCENTE **42**
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES NA EMERGÊNCIA **42**
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DO PACIENTE PRÉ TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA **43**
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE READEQUAÇÃO SEXUAL FEMININA **44**
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE EM DIÁLISE PERITONEAL **44**
- DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM PACIENTES INTERNADOS VIA EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL PRIVADO DO SUL DO BRASIL **45**
- DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM MAIS UTILIZADOS EM PUÉRPERAS NO CENTRO OBSTÉTRICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA **46**
- EFEITO DE TERAPIAS COMPRESSIVAS NA CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS VENOSAS: PROTOCOLO DE ESTUDO **46**
- ENFERMAGEM EM AÇÃO: PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COM PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À COMUNIDADE **47**
- ESCALAS DE PERFORMANCE PALIATIVA APLICADAS A PACIENTES EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO **48**
- ESCORE DE MEWS COMO INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SINAIS DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE **48**
- ESTUDO DE CASO DE CRIANÇA COM SÍNDROME NEFRÓTICA **49**
- FACILIDADES E DIFICULDADES NA ESCOLHA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA **50**
- FATORES RELACIONADOS, ASSOCIADOS E POPULAÇÕES DE RISCO DO NOVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM LESÃO POR PRESSÃO PROPOSTO À NANDA INTERNACIONAL: RESULTADOS PRELIMINARES **51**
- GESTÃO SISTEMATIZADA DO CUIDADO CRÍTICO E SEU IMPACTO NA QUALIDADE ASSISTENCIAL **51**

- "HEALTH SIMULATOR": CONSTRUÇÃO DE UM SIMULADOR VIRTUAL PARA O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM **52**
- IDENTIFICANDO OS DESAFIOS PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM POR MEIO DO ARCO DE CHARLES MAGUERZ **53**
- INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO ALÍVIO DA DOR AGUDA EM PACIENTE QUEIMADO DURANTE A INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA **53**
- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DE RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A PROCEDIMENTOS INVASIVOS (CATETERISMO VESICAL DE DEMORA): RELATO DE EXPERIÊNCIA **54**
- INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA PARA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES APÓS RETIRADA DE INTRODUTOR ARTERIAL EM PACIENTES SUBMETIDOS AO CATETERISMO CARDÍACO VIA FEMORAL **55**
- INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL AO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE **56**
- JOINT APPLICATION DESIGN COMO MÉTODO PARA AVALIAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL **56**
- LESÃO RENAL AGUDA NO PÓS OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: CONDUTAS PREVENTIVAS DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA **57**
- LIDERANÇA E COMUNICAÇÃO **58**
- LIGAÇÕES NOC E NIC PARA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A CONDIÇÕES NUTRICIONAIS **58**
- MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES EM USO DE SONDA VESICAL DE DEMORA BASEADO NA TAXONOMIA NANDA-I, NIC E NOC **59**
- O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DAS MATRIZES CURRICULARES **60**
- O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO NORTEADOR PARA ENCAMINHAMENTOS NA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE **61**
- O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL **61**
- O PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES PÓS-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA E TROCA VALVAR **62**
- PACIENTE COM DEXTROCARDIA E AS IMPLICAÇÕES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM **63**
- PEDIATRIC EARLY WARNING SCORE (PEWS) INFORMATIZADA NA INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA **63**
- PLANO DE ALTA PARA PACIENTES EM INFUSÃO CONTÍNUA DE QUIMIOTERAPIA NO CONTEXTO AMBULATORIAL **64**
- PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NO PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO RADIOTERÁPICO: UMA PROPOSTA A PARTIR DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIAS **65**
- POSSÍVEIS DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE VÍTIMA DE FERIMENTO POR ARMA DE FOGO: RELATO DE EXPERIÊNCIA **66**
- PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS E CONDUTAS EDUCATIVAS DIRECIONADAS À PREVENÇÃO DE QUEDAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS **66**
- PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO GUIA PARA ELABORAÇÃO DE AULAS **67**
- PROCESSO DE ENFERMAGEM DA IMPLANTAÇÃO À INFORMATIZAÇÃO: UMA PERCEPÇÃO ACADÊMICA **68**
- PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO **69**
- PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO DE UMA PACIENTE SUBMETIDA À MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA E BIÓPSIA DE LINFONODO SENTINELA À DIREITA **69**
- PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO DE UMA PACIENTE SUBMETIDA À LINFADENECTOMIA AXILAR À DIREITA **70**
- PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO **71**
- PROPOSTA DE UM NOVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, "RISCO DE FUGA": RELATO DE EXPERIÊNCIA **72**
- QUALIDADE DO REGISTRO ELETRÔNICO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA **72**
- RACIOCÍNIO CLÍNICO APLICADO À DIFERENTES ÁREAS DA ENFERMAGEM: RELATO DOS EVENTOS PROMOVIDOS PELA LIGA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM DA UFRGS **73**
- REGISTROS ELETRÔNICOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA: UMA ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAR O PROCESSO DE ENFERMAGEM **74**
- RELATO DE EXPERIÊNCIA: A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTE

ONCOLÓGICO COM CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO DE LONGA PERMANÊNCIA 74

- **RELATO DE EXPERIÊNCIA: O PROCESSO DE ENFERMAGEM E CUIDADOS MULTIDISCIPLINAR COM PACIENTES ONCOLÓGICOS 75**
- **RELATÓRIO TÉCNICO SOBRE A REALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO RIO GRANDE DO SUL 76**
- **"RISCO DE SANGRAMENTO" EM CRIANÇA COM DISTÚRBO HEMATOLÓGICO 77**
- **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM 77**
- **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM VOLTADA AO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA APS 78**
- **SISTEMATIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL PARA MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: UMA VIVÊNCIA ACADÊMICA 79**
- **TALK SHOW DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIO 79**
- **VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO ESTABELECIMENTO DA AMAMENTAÇÃO 80**
- **VALIDAÇÃO DE OBJETO DE APRENDIZAGEM EM SAÚDE MENTAL PARA UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICAS ADULTAS 81**
- **VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE QUEDAS COM PACIENTES HOSPITALIZADOS 81**

RESUMOS

A CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO PARA A PASSAGEM DE PLANTÃO DA ENFERMAGEM

Thiane Mergen; Amália de Fátima Lucena; Simone da Silveira Pasin; Gabriela Wingert Nunes; Mari Angela Victória Lourenci; Daiane Dal Pai

Introdução: A passagem de plantão entre turnos é uma prática utilizada pela enfermagem com vistas à continuidade e segurança do cuidado. Para tanto, os processos de comunicação e registros requerem fluxos sistematizados e protocolos padronizados, que envolvem relatos verbais, escritos, relatórios à beira do leito ou reuniões de equipes, as quais podem ocorrer isoladas ou associadas. Para garantir um processo de comunicação efetivo, alguns princípios fundamentais precisam ser respeitados para que eventos adversos associados com a falta de comunicação sejam reduzidos de modo a garantir a qualidade e segurança do paciente. **Objetivo:** Descrever a construção de um roteiro de orientações para padronizar o conteúdo da passagem de plantão da enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de enfermeiras de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, que participam de um Grupo de Trabalho (GT) destinado a implementar estratégias para melhorar o tempo e qualidade da passagem de plantão. **Resultados:** Para a construção do roteiro, levou-se em consideração informações julgadas pertinentes para a segurança do paciente e o modelo das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, que fundamenta o Processo de Enfermagem na instituição. O material tem como objetivo orientar a enfermagem quanto ao conteúdo das informações a serem transmitidas entre turnos de trabalho. Nele, foram contempladas informações relacionadas à Identificação, Sensório, Oxigenação, Sinais Vitais, Dor, Regulação vascular, Acesso Vascular, Alimentação e Hidratação, Eliminações Urinária Eliminações Intestinais, Pele/Mucosa, Mobilidade e Previsão de procedimento/exames. **Implicações/Contribuições:** Destaca-se que o roteiro, apoiado ao modelo das Necessidades Humanas Básicas, constitui-se de uma ferramenta com potencial para auxiliar no esclarecimento de dúvidas, otimizar o tempo e padronizar o conteúdo, mantendo a linguagem utilizada na Instituição e contribuindo para a qualidade e segurança do paciente. **Conclusão:** O roteiro é uma das estratégias construídas com vistas a apoiar a comunicação durante a passagem de plantão. Este, se utilizado juntamente com outras ferramentas, como o prontuário eletrônico e informações escritas em um instrumento de papel padronizado, podem enriquecer ainda mais este momento importante da assistência do paciente.

Descritores: Comunicação não verbal; Segurança do Paciente; Guia.

A DIFERENÇA ENTRE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ROTINA DO ENFERMEIRO

Joice Samara Hermes

Introdução: no cotidiano do enfermeiro, a utilização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e o processo de enfermagem (PE) são ferramentas importantes na organização da rotina, porém esses conceitos têm sido confundidos, e é imprescindível que se compreenda a diferença. A sistematização da assistência de enfermagem é uma ferramenta que organiza o trabalho profissional, é uma metodologia implementada na prática assistencial, que tem por finalidade de conceder maior segurança aos pacientes, melhorar a qualidade da assistência e mais autonomia ao profissional de enfermagem. O processo de enfermagem é um método utilizado para se implantar de modo deliberado e sistemático, tendo como finalidade orientar o cuidado profissional, promovendo a

qualidade no atendimento prestado. O processo de enfermagem é organizado em cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e avaliação. **Objetivo:** verificar o que traz na literatura sobre a diferença entre a sistematização de enfermagem e o processo de enfermagem. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa de literatura. As bases de dados consultadas foram Scielo e Lilacs. Tais bases foram consultadas em Março de 2019. Foram utilizadas as seguintes palavras chaves: sistematização da assistência de enfermagem e o processo de enfermagem. Foram incluídos artigos de 2008 a 2017, na língua portuguesa. **Resultados:** entre as diversas vantagens da SAE, o PE destaca-se beneficiando o paciente, por meio de um atendimento individualizado, contribuindo para o fortalecimento da profissão enquanto ciência, prestando um cuidado baseado em evidências. A SAE é o que organiza o trabalho por meio de protocolos, escala de funcionários, os fluxos, dentro da SAE atua o PE, organizando a assistência prestada ao paciente. As etapas do PE estão inter-relacionadas, dependendo uma da outra, sendo um processo contínuo. É importante ressaltar que o PE não é uma atividade privativa do enfermeiro, a parte da implementação de enfermagem trata-se da execução das atividades prescritas na etapa de planejamento, a qual compete a toda equipe de enfermagem (técnicos, auxiliares, enfermeiros). **Conclusão:** a implementação do PE facilita a troca de informações, garante a qualidade da assistência, permite diagnosticar as necessidades e realizar prescrições adequadas a necessidade de cada paciente. Apesar de ser parte da SAE, ainda existem divergências na sua aplicação.

Descritores: sistematização da assistência; enfermeiro; processo de enfermagem.

A ENFERMAGEM NA IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DE QUEDAS NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA ADULTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kelly Cristina Milioni; Carina Cadorin; Gabriella Roletto da Silva; Ivana Duarte Brum; Jéssica Rosa Thiesen Cunha; Raquel Yurika Tanaka

Introdução: A queda de pacientes é motivo de preocupação nas instituições de saúde, bem como a necessidade de qualificação e revisão dos processos de trabalho, para uma prevenção no âmbito hospitalar. A qualidade assistencial e a segurança do paciente devem ser o foco principal. Sendo assim, faz-se necessário ações preventivas na assistência, contudo a adesão a esses cuidados é a maior dificuldade enfrentada pela enfermagem. **Objetivo:** Relatar as ações e orientações fornecidas pelos enfermeiros sobre a prevenção de quedas e a percepção quanto à adesão dos pacientes. **Metodologia:** Relato de experiência de enfermeiras que atuam na unidade de internação clínica de um Hospital Universitário de Porto Alegre, quanto às ações desenvolvidas e orientações fornecidas aos pacientes e familiares para a prevenção de quedas e sua percepção quanto adesão na prática assistencial. **Resultados:** Atualmente a enfermeira realiza a aplicação da Escala de Morse no momento da internação, a cada 7 dias ou em qualquer alteração do estado de saúde. Quando o resultado apresenta um escore >45 é implementado medidas de Prevenção de Quedas. As orientações fornecidas para familiares e pacientes englobam: identificação com a pulseira amarela, grades no leito, cama na posição rebaixada, pertences próximos, deambulação com auxílio, orientações verbais e fornecimento de material educativo da instituição. Com a melhoria do processo assistencial visando a segurança do paciente, a equipe de enfermagem está sendo capacitada para utilização de uma nova escala de predição de risco denominada Severo-Almeida-Kuchenbecker (SAK) que contribuirá na busca para melhores intervenções preventivas e de segurança ao paciente internado. Na prática diária encontramos algumas dificuldades na adesão aos cuidados, em função da dificuldade na marcha, equilíbrio e déficit cognitivo dos pacientes, além do pouco envolvimento familiar, levando, muitas

vezes, a um desfecho desfavorável. **Conclusão:** O enfermeiro exerce papel fundamental no processo de educação e saúde dos pacientes. No âmbito da prevenção de quedas, a formação continuada fundamentada em evidências, vem de encontro às políticas de promoção e segurança desenvolvidas na instituição. Sendo assim, essa deve ser uma atividade constante do enfermeiro. Reforçar as informações preventivas e as consequências de uma queda, com intuito de melhorar a adesão dos pacientes e também de seus familiares, deve ser um dos objetivos principais do cuidado de enfermagem.

Descritores: Prevenção de Quedas; Educação Continuada; Enfermagem.

A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE NA IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS PARA SUA SEGURANÇA NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Diovane Ghignatti da Costa; Gisela Maria Schebella Souto de Moura; Marianna Goes Moraes; Simone Silveira Pasin; Ana Cristina Pretto Bao; Francis Ghignatti da Costa

Introdução: A experiência do paciente envolve interações no ambiente de prestação de cuidados, cultura e percepções de como o cuidado é reconhecido, compreendido e lembrado pelos pacientes(1). Na perspectiva da segurança do paciente, tem-se destacado o envolvimento do cidadão em sua segurança, promovido por iniciativas da Organização Mundial da Saúde (2) e da Política Nacional de Segurança do Paciente (3), condição alcançada por meio da educação do paciente e família, importante ação do processo de enfermagem. **Objetivo:** Descrever as percepções dos pacientes em relação aos cuidados relacionados aos protocolos assistenciais para a segurança do paciente. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, desenvolvida em 2018 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com 24 pacientes-famílias e 10 profissionais da equipe de saúde da linha de frente, por meio de análise documental, entrevistas e observação, com base na Técnica de Incidente Crítico. O conjunto de informações foram submetidos à análise temática. **Aprovação CEP-HCPA 2018-0511.** **Resultados:** Os seguintes protocolos assistenciais compuseram a experiência do paciente: identificação do paciente, administração de medicamentos, prevenção de lesões decorrentes de quedas e de lesão por pressão, higienização de mãos, processo de consentimento e cirurgia segura. Quando os pacientes-famílias percebem que os cuidados não foram implementados, não sinalizam aos profissionais, por falta de participação ativa no processo assistencial, condição destacada na conferência da identificação do paciente antes da administração de medicamentos e na higienização de mãos, antes e após os cuidados, pois houve variabilidade de comportamentos dos profissionais. Os protocolos de prevenção de quedas e cirurgia segura fizeram-se presentes de maneira constante nas percepções dos pacientes-famílias participantes do estudo e nos comportamentos dos profissionais. **Conclusão:** A pesquisa possibilitou a compreensão de comportamentos, situações e consequências presentes na experiência do paciente atendido em serviço hospitalar em relação aos protocolos de segurança adotados na instituição. Além disso, instigou explorar as percepções dos participantes em relação ao papel do usuário do sistema de saúde, como um dos principais agentes de sua segurança. Destaca-se ainda que a educação de pacientes e de profissionais é uma necessidade para se ampliar a participação do paciente na sua segurança e alavancar parcerias entre equipes de saúde e pacientes-famílias.

Descritores: Segurança do Paciente; Participação do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde.

A IMPORTÂNCIA DAS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES CIRÚRGICOS

Morgana Morbach Borges; Rosaura Soares Paczek; Claudia Carina Conceição dos Santos; Tatiane Costa de Melo; Carina Galvan; Elizete Maria de Souza Bueno

Introdução: As orientações de saúde visam mudanças de atitudes, de comportamento e o desenvolvimento de habilidades para a promoção, manutenção e recuperação da saúde sendo o enfermeiro o profissional capacitado para este cuidado. O procedimento cirúrgico é um evento estressante para o paciente, muitas dúvidas podem surgir, após a alta, assim orientações verbais e escritas, disponibilizadas ao paciente podem sanar dúvidas que possam advir no pós-alta e facilitar o entendimento de sua situação estimulando o autocuidado. **Objetivo:** Identificar e analisar artigos referente a necessidade de orientações de enfermagem verbais e por escrito na alta da recuperação pós anestésica. **Método:** Para atender os objetivos do estudo, realizou-se uma revisão sistemática da literatura, com os artigos sendo pesquisados no Portal da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), realizada entre os dias 12 e 28 de dezembro do ano de 2018, a partir dos descritores Enfermagem perioperatória, alta do paciente e orientação. A amostra constituiu-se de cinco trabalhos. Resultados: As publicações analisadas descrevem que o planejamento da alta é uma etapa da sistematização da assistência de enfermagem, sendo definido pela Organização Mundial de Saúde como uma estratégia de liberação do paciente de um centro especializado para o domicílio, visando reduzir barreiras e dificuldades apresentadas pelo paciente. Sendo o retorno para casa, muitas vezes, um momento estressante para o paciente, pois podem advir dúvidas em relação a alimentação, prática de atividades físicas, retorno ao trabalho, sintomas esperados após a alta, cuidados com as incisões cirúrgicas, alimentação, analgesia e cuidados nas intercorrências. As publicações também destacam que os problemas apresentados pelos pacientes cirúrgicos após a alta estão relacionados a alterações emocionais e fisiológicas e dúvidas, sendo a mais freqüente à ferida cirúrgica. **Conclusão:** A elaboração de folders com orientações multiprofissionais com os principais cuidados no pós operatório padronizado para cada procedimento, com isso promover maior segurança aos pacientes e familiares, pois ao reler as orientações em casa, já sem os efeitos dos gases anestésicos e sedativos, pode esclarecer dúvidas, assegurando a continuidade do tratamento no domicílio, encorajando a assumir responsabilidades, enfrentar limitações e assumirem o controle de sua saúde.

Descritores: Enfermagem perioperatória; Alta do paciente; Autocuidado.

A OBSERVAÇÃO DA PASSAGEM DE PLANTÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA PARA VALIDAÇÃO DE UM NOVO PROCESSO

Anne Marie Weissheimer; Cristiane Raupp Nunes; Márcia Simone de Araújo Machado; Emi Simplício da Silva; Gisela Bomfim Vianna Borges; Rita Maria Soares

Introdução: A passagem de plantão é o momento para analisar o estado geral e as exigências referentes ao cuidado dos pacientes, sendo a ocasião em que se conhece e compreende as atividades de cuidado realizadas; sua realização é imprescindível, já que por seu meio temos a oportunidade de garantir a continuidade da assistência ao paciente, desde que asseguradas a transferência de informações pertinentes ao cuidado(1). No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), a passagem de plantão (PP) das Equipes de Enfermagem acontece com a reunião dos enfermeiros e técnicos que estão saindo e entrando nas atividades laborais. O prontuário do paciente era usado como recurso visual enquanto verbalmente eram passadas informações essenciais. Com a transição para prontuários eletrônicos, nos quais são realizadas as prescrições médica e de enfermagem

e registros pertinentes ao paciente, foi necessário modificar a rotina da PP devido à ausência do prontuário físico que possa ser visualizado e manipulado. Foi constituído um grupo de trabalho (GT) para estudar e sugerir mudanças da PP, garantindo a segurança da transição do cuidado para o turno subsequente. **Objetivo:** Descrever a realização da observação da PP no período de testagem do novo modelo proposto pelo GT para sua validação. **Método:** relato de experiência sobre observação não-participante. A observação pode ser usada para analisar vários aspectos de uma situação, como a comunicação verbal e não verbal e condições ambientais(2). **Relato da experiência:** Sete enfermeiras (assistenciais ou docentes) observaram 14 PP em uma unidade da ala norte, que tem 45 leitos destinados a pacientes clínicos. As PP aconteceram em diferentes turnos e em diferentes cenários (devido ao número de pacientes sempre há pelo menos duas escalas/enfermeiros dividindo o número de pacientes). Foi utilizado um instrumento, elaborado pelo GT para guiar a observação, durante a qual foi cronometrado o tempo usado para passar cada paciente e o tempo total; foram observadas questões como ruídos e interrupções; feitos registros quanto entrosamento e postura da equipe; informações repetidas; observações e sugestões para melhorias no processo. **Considerações finais:** com as observações foi possível validar o novo processo sugerido pelo GT, no qual é utilizado um “caderninho” de informações padronizadas conforme as características da unidade de internação além de outras medidas, como ações específicas para antes, durante e após a PP.

Descritores: Observação; Avaliação em enfermagem; Cuidados de enfermagem.

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CONTRIBUINDO PARA O PROCESSO DE AUDITORIA HOSPITALAR

André Teixeira da Silva; Carlos Eduardo da Rocha Scapini; Alexsandro de Almeida Kruger; Edinei Stefani; Ticiane Bartelle; Fernanda Ramos Roliano

Introdução: A auditoria possibilita comunicar a direção das organizações a eficiência e eficácia dos processos, as falhas, deficiências, sugestões e os pontos positivos frente a assistência de enfermagem, realizando visitas “in loco”, relatórios e análises.¹ A sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste em um processo de cuidado com base em registros de enfermagem, auxiliando no atendimento assistencial desde a admissão até a alta do paciente em ambiente hospitalar. Conseqüentemente é necessário a habilidade do enfermeiro auditor para realizar auditoria com habilidade contábil e qualidade.² Objetiva-se com este estudo relatar a experiência de um enfermeiro auditor de uma operadora de plano de saúde da região metropolitana de Porto Alegre na utilização do SAE como instrumento de trabalho. **Metodologia:** Relato de experiência. **Resultados:** A auditoria tem papel fundamental junto a qualidade assistencial, pois tem como objetivo realizar um exame sistemático dos prestadores de serviços de saúde analisando os recursos utilizados e a terapêutica adotada pela equipe assistencial. Frente a esse cenário complexo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) torna-se uma ferramenta de análise relevante pois permite além de auditar, realizar levantamentos para apontar indicadores assistenciais, sinalizar inconformidades, possibilita ajustes de protocolos bem como de processos assistenciais e pode também viabilizar a implementação de novas tecnologias. **Considerações Finais:** A sustentabilidade dos prestadores de serviço de saúde bem como das operadoras de planos de saúde advém conjuntamente do processo de auditoria. Esse serviço pode ser potencializado com a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) proporcionando uma melhor rentabilidade, embasando novos modelos de remuneração, tornando viável financeiramente aos clientes internos/externos e melhorando a qualidade e segurança do usuário.

Descritores: auditoria; registros; prontuário.

A UTILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO DE ALTA DO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Elisangela Souza; Rodrigo D'ávila Lauer; Mari Angela Victoria Lourenci; Suzana Grings de Oliveira da Silva; Luana Gabriela Alves da Silva; Nicole Hertzog Rodrigues

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) é um método que organiza e qualifica o cuidado de enfermagem assim como, serve de registro para pesquisas e confere visibilidade ao trabalho do enfermeiro. É composto por cinco etapas descritas como Coleta de Dados; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e; Avaliação de Enfermagem. Estas devem ser aplicadas de forma recorrente e interdependentes em todas os cenários onde ocorre o cuidado de enfermagem. No contexto dos pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVE), a aplicação do PE fornece um cuidado organizado e de qualidade a medida em que, individualiza o plano de cuidados para as necessidades de cada paciente, devido aos AVEs constantemente estarem acompanhados de inúmeras sequelas. Já em relação ao plano de alta, o PE embasa as orientações e intervenções para a alta do paciente com AVE, tendo em vista possíveis sequelas permanentes e cuidados necessários à domicílio.

Objetivo: Descrever o desenvolvimento do planejamento para alta com base no PE.

Método: estudo de caso desenvolvido em um hospital do sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu no mês de maio, através de informações do prontuário eletrônico e de registro das reuniões multidisciplinares onde o caso foi discutido. Foi selecionado um paciente que possuísse a condição a ser estudada. **Resultados:** paciente masculino, 67 anos, com diagnóstico de diabetes melitus, hipertensão arterial sistêmica e tabagismo, interna com AVE isquêmico com paresia de braço esquerdo, hemianopsia a esquerda, paresia de hipoglosso direito e dificuldade de marcha. Realizou endartectomia durante a internação por estenose de carótida esquerda. Durante o planejamento de alta discutido em round interdisciplinar, foram mantidos os diagnósticos de dor aguda relacionada a trauma e negligência unilateral relacionado a prejuízo neuromuscular/musculoesquelético, necessitando de cuidados em domicílio. A prescrição de enfermagem para a alta foi de medidas para prevenção de quedas, orientação de cuidados para risco de aspiração, para cessação do tabagismo, medidas de controle da dor, exercícios ativos conforme capacidade atual e, observar e comunicar alterações em ferida operatória.

Considerações finais: O PE possibilita assistir as necessidades singulares e planejar cuidados pós alta, estruturar rede de assistência em contexto domiciliar como alternativa positiva para situações como sequelas de AVE que necessitem de cuidados após a alta hospitalar.

Descritores: Processo de Enfermagem; Acidente Vascular Cerebral; Alta do paciente.

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO PÓS TROMBÓLISE: UM ESTUDO DE CASO COM APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Pâmela Puchpon Wisniewski; Carla Adriana de Oliveira; Janine Koepp; Daiana Klein Weber Carissimi; Murilo dos Santos Graeff; Mari Ângela Gaedke

Introdução: O infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCSST) requer intervenção imediata, sendo que umas das condutas utilizadas é a reperfusão farmacológica com drogas trombolíticas que atuam na desagregação trombótica. Porém o risco hemorrágico é uma das principais complicações, assim a equipe de enfermagem necessita estar atenta e planejar adequadamente a assistência. O

objetivo do estudo foi aplicar o Processo de Enfermagem (PE) a paciente pós acidente vascular cerebral devido a utilização de terapia trombolítica. **Metodologia:** Estudo de caso realizado numa Unidade de Terapia Intensiva de hospital no interior do Rio Grande do Sul, em disciplina prática do curso de Enfermagem. A coleta de dados foi por anamnese, exame físico e dados em prontuário. Utilizou-se a taxonomia NANDA-I para os Diagnósticos de Enfermagem (DE) e a NIC Nursing Interventions Classification para as intervenções. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 71 anos, internado há 4 dias por IAMCSST, apresentando quadro de sangramento cerebral. Estável, sedado. Pupilas mióticas e fotorreagentes. Sonda nasoenteral com dieta a 30ml/h. Em ventilação mecânica, com grande quantidade de secreção traqueal. Cateter central de duplo lúmen para medicações. Ausculta pulmonar com roncosp nas bases. Ausculta cardíaca bulhas normofonéticas e rítmicas. Abdome globoso, RHA+. Cateter vesical em sistema fechado com 250ml/3 horas, períneo íntegro, pequeno sangramento uretral. Extremidades pouco perfundidas. A partir da avaliação identificou-se como DE prioritários: Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (00201) relacionado ao infarto do miocárdio, mobilidade física prejudicada (00085) evidenciada por restrições prescritivas de movimento; e risco de aspiração (00039) relacionado a alimentação enteral e nível de consciência reduzido. Para esses DE, foi elencado as intervenções: Monitoração neurológica (2620); Aspiração de vias aéreas (3160); Monitoração respiratória (3350); Prevenção de lesões por pressão (3540); Precauções contra sangramento (4010) e Prevenção contra quedas (6490). **Conclusão:** O PE possibilita ao enfermeiro o cuidado de forma humanizada e íntegra. Portanto, além de desenvolver todo o processo assistencial na busca de controlar a hemodinâmica e o estado neurológico do indivíduo, este profissional também trabalha com o lado humano afim de se atentar especialmente ao fator emocional na busca de interligar o cuidado através do diálogo e escuta da família e paciente.

Descritores: Processo de Enfermagem; Terapia Trombolítica; Cuidados de Enfermagem.

ANÁLISE DE CONCEITO E DESENVOLVIMENTO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE TROMBOEMBOLISMO ARTERIAL

Thamires de Souza Hilário; Vanessa Monteiro Mantovani; Graziella Badin Aliti; Amália de Fátima Lucena; Eneida Rejane Rabelo-Silva

Introdução: A identificação precoce de fatores de risco e mudanças de hábitos de vida podem reduzir eventos tromboembólicos graves. Na prática clínica, o enfermeiro que assiste pacientes suscetíveis ao desenvolvimento de tromboembolismo arterial, não identifica um diagnóstico de enfermagem (DE) da NANDA International, Inc (NANDA-I) acurado para esta condição. **Objetivo:** Desenvolver a definição, fatores de risco, populações em risco e condições associadas do DE Risco de tromboembolismo arterial; sugerir resultados e intervenções de enfermagem da Nursing Outcomes Classification e Nursing Interventions Classifications. **Método:** Análise de conceito conforme as oito etapas preconizadas pelo modelo de Walker e Avant: seleção do conceito, objetivos da análise, identificação dos usos do conceito, determinação dos atributos definidores, identificação do caso modelo e casos adicionais, identificação de antecedentes, consequentes e referenciais empíricos. **Resultados:** O conceito selecionado foi de tromboembolismo arterial. Os atributos definidores mais frequentes na literatura foram trombose, aterosclerose, aterotrombose e embolismo. Os antecedentes que predominaram foram diabetes mellitus, hipertensão e tabagismo. Os consequentes do conceito variaram conforme o local de ocorrência do tromboembolismo. Os referenciais empíricos referiram-se às questões de avaliação clínica (história clínica, exame físico, índice tornozelo-braquial) e métodos de identificação de trombos como ecocardiografia, ecodoppler, tomografia, angiografia, arteriografia ou angiorressonância. As intervenções

de enfermagem sugeridas foram Controle da hiperglicemia (2120), Manejo da hipertensão (4162) e Assistência a parar de fumar (4490). Os resultados de enfermagem contemplaram Coagulação sanguínea (0409), Perfusão tissular (0433), Comportamento de adesão (1600) e Autocontrole da terapia de anticoagulação (3101). **Considerações finais:** Este estudo possibilitou o desenvolvimento da definição e identificação dos fatores de risco, populações em risco e condições associadas do DE Risco de tromboembolismo arterial. Acredita-se que o DE proposto poderá preencher uma lacuna de conhecimento na NANDA-I, o que refletirá na tomada de decisão sobre o planejamento de resultados e intervenções de forma mais assertiva e acurada, com possibilidade de aplicação em diferentes níveis de atenção a saúde.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Tromboembolia; Processo de Enfermagem.

APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM PACIENTE COM MORTE ENCEFÁLICA COMO DESFECHO DE AVC HEMORRÁGICO

Martina Zucchetti; Isis Marques Severo; Luciana Ramos Pinto Correa; Marina Raffin Buffon; Paula Steger; Rani Simões De Resende

Introdução: O acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCh) se caracteriza por rompimento de um vaso sanguíneo cerebral, podendo se manifestar como hemorragia intracerebral ou subaracnóide. Tem prognóstico pior e maior mortalidade em relação ao isquêmico e conforme extensão do sangramento pode ocorrer morte encefálica (ME). A ME é estabelecida como condição irreversível das funções respiratórias, circulatórias, do encéfalo e tronco encefálico. A partir disso, o enfermeiro é responsável pelo cuidado direto ao possível doador de órgãos, tendo importância fundamental no manejo das repercussões fisiopatológicas. **Objetivo:** Relatar a aplicação do processo de enfermagem em um paciente com ME como desfecho de AVCh. **Método:** Estudo de caso realizado em um Hospital Universitário no sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada a partir da avaliação da paciente e de prontuário eletrônico de março a maio de 2019. Para a seleção dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados foram utilizadas, respectivamente, as taxonomias NANDA-I, NOC e NIC. **Resultados:** Paciente feminina, 63 anos, trazida à emergência via SAMU como protocolo de AVC por rebaixamento de sensorio e hematêmese, chegou entubada, Glasgow de 3, pupilas anisocóricas sem fotorreação e hemodinamicamente instável, diagnosticada com AVCh extenso de prognóstico reservado e irreversível, com alteração significativa de fatores de coagulação, sendo transferida para CTI onde evoluiu para ME horas depois, tornando-se potencial doadora de órgãos, conforme aceite da família. Foram considerados Diagnósticos de Enfermagem prioritários “Capacidade adaptativa intracraniana diminuída relacionado a perfusão cerebral diminuída”, “Risco de lesão de córnea relacionada a ventilação invasiva”, “Risco de sangramento relacionado à alteração vascular” e “Ventilação espontânea prejudicada relacionada a prejuízo neuromuscular”. Os resultados e intervenções versaram sobre os principais cuidados de enfermagem visando a doação de órgãos como a monitorização hemodinâmica, manutenção da perfusão, oxigenação, equilíbrio hidroeletrólítico e temperatura, prevenção de lesão de córnea e de infecções. **Considerações finais:** Após a confirmação de ME, faz-se necessário condutas e cuidados primordiais para manter a potencialidade da doação sendo o enfermeiro um dos profissionais que age essa situação assistencial através da avaliação e monitorização fisiopatológica e hemodinâmica contribuindo para a manutenção ideal do doador.

Descritores: Processo de Enfermagem; Morte Encefálica; Transplante de órgãos.

APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE CRÍTICO COM FASCEÍTE NECROTIZANTE

Martina Zucchetti; Karina de Oliveira Azzolin; Solange Heckler; Isis Marques Severo

A fascíte necrotizante (FN) é uma infecção polibacteriana destrutiva e progressiva que mata de 30% a 60% dos pacientes em até 96 horas. A taxa de mortalidade é proporcional ao tempo de início do tratamento, desbridamento cirúrgico, cuidados intensivos e antibioticoterapia. Nesse contexto, a assistência de enfermagem contribui para o melhor prognóstico através do planejamento e da implementação do cuidado individualizado no que tange aos cuidados com a pele. Objetivou-se relatar a implementação do processo de enfermagem através das taxonomias NANDA-Internacional (NANDA-I), Resultados de Enfermagem (NOC) e Intervenções de Enfermagem (NIC) em um paciente com FN em um Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Método: Estudo de caso, realizado no CTI de um hospital universitário do Sul do Brasil, com dados coletados por meio da avaliação da paciente e prontuário eletrônico, de fevereiro a abril de 2019. Foram utilizadas as taxonomias da NANDA-I, NOC e NIC. **Resultados:** Paciente jovem diagnosticada com FN após procedimento estético. Admitida no CTI em pós-operatório imediato de desbridamento cirúrgico com retirada de extensa área necrótica em dorso, abdome e flancos com acometimento de pele, tecido subcutâneo, fáscia e áreas musculares, sendo comparável a quadro de grande queimado (aproximadamente 30% de superfície corporal). Dentre os DEs elencados no CTI, o considerado prioritário foi “Integridade tissular prejudicada relacionado a trauma mecânico”. O resultado selecionado foi Cicatrização de Ferida: Segunda Intenção, com os indicadores Granulação, com pontuação inicial de 1 (nenhum) na internação e 3 (moderado) na alta e o indicador Necrose com pontuação inicial de 1 (extenso) na internação e 4 (limitado) na alta. A intervenção Cuidados com Lesões versa sobre a otimização da analgesia, monitoramento da área, realização de curativos e coberturas complexas e técnica asséptica, além do uso de sonda vesical e retal coletora de fezes para evitar a contaminação. Em 54 dias observou-se melhora do tecido no leito da ferida com menor área de tecido desvitalizado com crescente tecido de granulação, sendo a paciente encaminhada para unidade de internação, sem infecção ou outras complicações maiores relativas a lesão. **Conclusões:** A assistência de enfermagem por meio de cuidados intensivos com a integridade da pele e sua avaliação diária contribuíram para a melhor evolução do caso, evidenciando a importância do planejamento das ações para um cuidado direcionado e efetivo.

Descritores: Fascite Necrosante; Cuidados Críticos; Processo de Enfermagem.

APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO COM UMA CRIANÇA COM TUMOR CEREBELAR

Carlice Maria Scherer; Mainara Meller Dalcin; Narielly de Moura; Taciane Thaíse Cesa; Vanessa Andreia Mayer

Trata-se de um estudo de caso que teve como objetivo implementar o processo de enfermagem, no cuidado a uma criança com diagnóstico clínico de tumor cerebelar, o qual acometeu principalmente a coordenação motora da criança. Utilizou-se a metodologia de um estudo de caso clínico, onde aplicou-se o processo de enfermagem na suas fases de histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenção e avaliação dos resultados. O local da implementação do processo de enfermagem foi em unidade pediátrica de uma instituição hospitalar de médio porte na região noroeste do estado, durante as práticas clínicas e educativas do componente Curricular de Enfermagem no Cuidado a Criança e ao Adolescente, no primeiro semestre de 2018. Os dados foram obtidos com o histórico de enfermagem e exame físico, após avaliação e

juízo clínico elaboraram-se os diagnósticos de enfermagem, planejamento e intervenções baseando-se na taxonomia da NANDA I, NOC e NIC. A partir dos dados coletados no estudo, foi elencado o principal diagnóstico de enfermagem: Deambulação prejudicada relacionada a prejuízo neuromuscular evidenciado por capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias. Como planejamento elegeu-se o indicador: Mobilidade, avaliado item marcha, encontra-se em gravemente comprometido 1, espera-se que evolua para moderadamente comprometido (3) nos próximos meses. As intervenções de enfermagem selecionadas: Auxiliar paciente a levantar-se, Auxiliar na deambulação a uma distância específica e com o número específico de apoios dentro dos limites seguro; Assegurar cuidados analgésicos conforme prescrito se dor; Aumentar a frequência do monitoramento neurológico; Monitorar o tônus muscular, o movimento motor, a marcha e a propriocepção; Solicitar acompanhamento de fisioterapeuta conforme protocolo instituição. Foi acompanhado e avaliado semanalmente a criança durante 1 mês, a avaliação dos resultados não foi satisfatória devido a complicações do quadro clínico da criança, a partir de então foi modificado o diagnóstico de enfermagem. Aplicação do processo de enfermagem garante um atendimento voltado as necessidades específicas do paciente, garantindo qualidade e segurança na assistência de Enfermagem.

Descritores: Tumor; Processo de Enfermagem; Criança.

APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO DE UM NEONATO COM ICTERÍCIA NEONATAL

Carlice Maria Scherer; Ana Cláudia Schmidt; Diogo Hubler

A icterícia neonatal continua sendo um tema atual e de grande relevância devido à elevada incidência e por ser uma situação clínica potencialmente grave. Trata-se de um estudo de caso que teve como objetivo implementar o processo de enfermagem no cuidado a um neonato com diagnóstico clínico de icterícia neonatal. Utilizou-se a metodologia de um estudo de caso clínico, onde aplicou-se o processo de enfermagem em suas etapas. Ocorreu durante as práticas clínicas educativas na unidade pediátrica de um hospital da região noroeste do estado, durante o mês de maio de 2018. Os dados foram obtidos com o histórico de enfermagem e exame físico, após avaliação e juízo clínico elaboraram-se os diagnósticos de enfermagem, planejamento e intervenções baseando-se na taxonomia da NANDA I, NOC e NIC. Destaca-se o diagnóstico de enfermagem: Icterícia neonatal, relacionado a idade ≤ 7 dias, evidenciado por pele amarelo alaranjada. Como planejamento elegeu-se o indicador: integridade tissular: pele e mucosas, item pigmentação anormal, encontra-se substancial (2), espera-se que evolua para leve (4) em 48hs. As intervenções de enfermagem selecionadas: Rever história materna e do lactente para fatores de risco para hiperbilirrubinemia; Observar aumento dos sinais de icterícia; Acompanhar a verificação dos níveis de bilirrubina de acordo com o protocolo ou solicitação do profissional responsável; Orientar a família sobre os procedimentos de fototerapia e cuidados; Aplicar protetores para cobrir ambos os olhos, evitando pressão excessiva; Remover protetores oculares a cada quatro horas ou quando as luzes estão desligadas para contato dos pais ou alimentação; Monitorar os olhos para edema, drenagem e cor; Colocar as luzes de fototerapia acima do neonato em altura apropriada e verificar a intensidade das luzes; Monitorar os sinais de acordo com o protocolo ou quando necessário; Mudar a posição do neonato a cada duas horas ou de acordo com o protocolo; Avaliar o estado neurológico a cada quatro horas ou de acordo com o protocolo; Observar sinais de desidratação; Pesar diariamente o neonato; e orientar a família sobre fototerapia domiciliar. Foi acompanhado e avaliado o neonato após 48 horas, a avaliação do resultado foi satisfatória, pois a pigmentação da pele e

mucosas encontrava-se em leve (4). A aplicação do processo de enfermagem no estudo possibilitou desenvolver uma assistência pautada no conhecimento científico de forma individualizada e segura.

Descritores: Icterícia Neonatal; Processo de Enfermagem; Estudo de Caso.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM SÍNDROME DE APERT: UM ESTUDO DE CASO

Ana Paula Vanz; Ana Carolina Orling; Giovana Puchalski Lopes; Simone Travi Canabarro

LBS., nasceu em 23 de fevereiro de 2017, em Porto Alegre/RS. Ao nascer apresentava acrocefalossindactilia, fontanela tensa e perímetro cefálico de 41cm, foi diagnosticado com Síndrome de Apert e Hidrocefalia. Realizou a primeira derivação ventrículo peritoneal (DVP) em 21/07/2017. Devido à meningite por Estafilococos, a mesma foi retirada em 11/09/2017 e recolocada em 14/09/2017. No momento, está internado em andar clínico cirúrgico em recuperação de pós-operatório de cirurgia de correção de craniossinostose. Durante internação esta na companhia da mãe que apresenta muitas dúvidas em relação às próximas correções cirúrgicas. Ao exame físico apresenta como principais achados: desproporção craniofacial, sinal do sol poente, estrabismo convergente e congestão venosa na face, curativo do tipo capacete em região cefálica; deambula com auxílio devido à presença de sindactilia complexa total em mãos e pés, a qual será corrigida em tempo oportuno. Considerando o Processo de Enfermagem, foram identificados os diagnósticos de enfermagem de Risco de Volume de Líquidos Desequilibrado relacionado à condição clínica; Risco de Baixa Autoestima Situacional evidenciado por distúrbio na imagem corporal; Mobilidade Física Prejudicada relacionado prejuízo musculoesquelético evidenciado por movimentos descoordenados, dificuldades de pegar objetos e para deambular. Como metas busca-se evitar a obstrução da DVP; Evitar uma autopercepção negativa; Melhora da execução dos movimentos corporais e deambulação sem auxílio; Elenca-se como principais intervenções, o posicionamento adequado no leito; Supervisão e cuidado do local da incisão e ferida operatória; Monitoração do perímetro cefálico; Observar sinais de hipertensão intracraniana; Determinar o nível de conhecimento do cuidador; Reconhecer as dificuldades do papel do cuidador; Facilitar um ambiente e atividades que aumentem a autoestima e orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento de um autoconceito positivo nos filhos; Fornecer apoio emocional ao paciente e cuidadores; Promover melhora da socialização e Identificar grupos de apoio disponíveis ao paciente. Evidencia-se a importância de um profissional de enfermagem atento aos sinais da criança e sensível às necessidades familiares para amenizar o estresse da experiência hospitalar e ajudar no processo de enfrentamento da doença, promovendo uma melhor qualidade de vida e evitando possíveis complicações relacionadas à doença de base.

Descritores: Processo de Enfermagem; Enfermagem Pediátrica; Acrocefalossindactilia.

ATUAÇÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA

Patriny Mota; Adriana Santos; Sofia barilli

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem engloba a organização dos processos de trabalho da equipe de Enfermagem, operacionalizando as ações de cuidado para garantir a segurança do paciente e a qualidade assistencial. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a prevenção de eventos adversos é realizada por meio de bundles, ou seja, pacotes de intervenções que, quando realizadas de forma conjunta,

auxiliam na prevenção de infecções. **Objetivo:** Verificar a atuação de técnicos de Enfermagem de uma UTI Adulto frente às ações de prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM). **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado em um hospital público de Porto Alegre. Participaram da pesquisa 40 técnicos de Enfermagem, que foram entrevistados pela pesquisadora por meio de um roteiro semiestruturado com questões abertas. O tratamento dos dados se deu por meio de análise temática de Minayo. **Resultados:** Os dados foram organizados em quatro categorias: educação continuada sobre as intervenções de prevenção de PAVM; atuação do técnico de Enfermagem nas intervenções de prevenção de PAVM; intervenções que compõem o bundle de prevenção de PAVM; fragilidades na implantação do protocolo de prevenção de PAVM. A organização do cuidado de Enfermagem é essencial para garantir melhores resultados aos pacientes e é inerente ao trabalho de liderança do enfermeiro. Os técnicos de Enfermagem reconhecem a importância das intervenções realizadas no protocolo de prevenção de PAVM e as executam de forma direta e indireta. Os participantes conhecem as medidas realizadas para a prevenção desta infecção e utilizam um método próprio para a memorização das intervenções, por meio de um mnemônico denominado CCAFFE, no qual praticamente todas as letras correspondem a uma ação de Enfermagem (C- cabeceira; C- cuff corretamente aferido; A- aspiração com técnica asséptica; F- filtro livre de líquidos e bem posicionado; F- fisioterapia respiratória; E- escovação dentária com clorexidina 0,12%). Algumas das fragilidades apontadas foram a falta de materiais de rotina, a ausência de manutenção preventiva e a demora no conserto dos equipamentos. **Considerações finais:** Protocolos e bundles auxiliam na organização do cuidado e no processo de trabalho da equipe de Enfermagem. A partir do bundle, ou pacote de intervenções, os técnicos de Enfermagem conhecem, recordam e realizam as intervenções de Enfermagem planejadas visando à prevenção de PAVM.

Descritores: Enfermagem; Unidade de terapia intensiva; Pneumonia associada a ventilação mecânica.

AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DE IDOSOS COM DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RISCO DE SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL E SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL EM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO

Carla Argenta; Amália de Fátima Lucena

Introdução: Os diagnósticos de enfermagem (DEs) Risco de síndrome do idoso frágil (RSIF) e Síndrome do idoso frágil (SIF) da classificação NANDA Internacional (NANDA-I) refletem suscetibilidade ou equilíbrio instável em um ou mais domínios da saúde. Componentes destes DEs tais como a intolerância à atividade, deambulação, equilíbrio e mobilidade física prejudicada, imobilidade, força muscular diminuída e sedentarismo, apontam para a necessidade da prática regular de exercício físico. Neste sentido, a aplicação do resultado (RE) da Nursing Outcomes Classification/NOC “Participação em programa de exercício físico (1633)”, associado à intervenção (IE) da Nursing Interventions Classification/NIC “Promoção do exercício (0200)”, fornecem subsídios importantes para o cuidado desta população. **Objetivo:** avaliar o resultado “Participação em programa de exercício físico” de idosos com RSIF ou SIF submetidos à intervenção “Promoção do exercício”. **Método:** Pesquisa de resultados do tipo quase experimental com grupo único, antes e depois, não randomizado. Amostra de 28 idosos, com idade > 60 anos, de ambos os sexos, em início de atendimento em um centro comunitário no sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu de maio a outubro de 2017, em quatro consultas de enfermagem para cada idoso. Utilizou-se um instrumento contendo dados de anamnese, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. **Resultados:** Prevaleceu o sexo

feminino 17 (60,7%), com idade média de $65,6 \pm 6,3$ anos, sendo 23 com RSIF e cinco com SIF. Para a avaliação do RE “Participação em programa de exercício físico” foram utilizados os indicadores “planeja exercício apropriado com profissional da saúde antes de iniciá-lo”, “adapta sua rotina para incluir o exercício” e “adere a programa de exercício”, observando-se melhora estatisticamente significativa da média dos seus escores em todas as consultas. Na IE “Promoção do exercício” houve mudança significativa nas atividades de “incluir a família, cuidadores no planejamento a manter o programa de exercícios”, “orientar o idoso quanto ao tipo apropriado de exercício para o nível de saúde, em colaboração com o médico”; “auxiliar o idoso a organizar períodos regulares para o programa de exercício”. **Conclusão:** a IE em estudo foi efetiva, demonstrado pelos escores dos indicadores do RE que apontaram melhora significativa na comparação entre as médias da primeira e quarta consulta, comprovando que um programa estruturado favorece a saúde dos idosos.

Descritores: idoso; processo de enfermagem; Avaliação de resultados (cuidados de saúde).

BAYES EDITOR: UM EDITOR PARA ENSINO DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Luana Daniela de Souza Rockenback; Fernanda Diniz Flores; Raquel Winter; Michele Antunes; Paulo Ricardo Muniz Barros; Marta Rosecler Bez

Introdução: Existem problemas que consideram um nível de incerteza em sua resolução, por possuírem amostras imprecisas. Cálculos probabilísticos a partir de redes bayesianas – RB (RUSSEL; NORVIG, 1995), que trazem resultados com um determinado grau de confiança pode ser empregado nestes casos. Uma RB envolve uma parte qualitativa (qualitativa é representada por grafos acíclicos dirigidos, onde os nodos representam variáveis aleatórias do problema e as arestas as relações entre essas variáveis) e a parte quantitativa (definida pelas probabilidades atribuídas a cada estado das variáveis aleatórias) (WIEGERINCK; KAPPEN; BURGERS, 2010). No ensino na área da saúde, o aluno precisa praticar a construção de modelos hipotéticos que relacionem diagnósticos com seus sinais e sintomas e tomar ações no decorrer deste processo (SEIXAS et al., 2002). Neste contexto, o uso de um software onde o aluno possa simular situações reais e testar suas ações em tempo real mostra-se aplicável. Este artigo apresenta o Bayes Editor, um editor/simulador de redes bayesianas de fácil uso por alunos e professores com pouco conhecimento em informática. **Metodologia:** A partir da análise de softwares de RB foi desenvolvido o editor com o intuito de ser uma ferramenta para o ensino e aprendizagem de raciocínio diagnóstico. Este foi desenvolvido utilizando tecnologias como JavaScript, HTML e CSS, permitindo que seja utilizado via internet, sem a necessidade de instalação. O software foi validado em diversas oficinas com professores e alunos de enfermagem, o que permitiu melhorias constantes. **Resultado:** Tem-se um editor de fácil uso, que permite que alunos possam simular diagnósticos a partir de sinais e sintomas. Atualmente existem 14 RBs prontas para uso nas aulas de enfermagem: diarreia, náusea, constipação, intolerância a atividade, integridade da pele prejudicada, eliminação urinária prejudicada, mucosa oral prejudicada, mobilidade física prejudicada, dor aguda, conforto prejudicado, padrão do sono prejudicado, nutrição desequilibrada, triagem e sífilis. **Conclusão:** A utilização de RB se mostra uma maneira eficaz para a solução de problemas que envolvem a incerteza, podendo ser aplicadas no processo de ensino e aprendizagem em enfermagem. Como resultados das validações realizadas, obteve-se uma quantidade valiosa de melhorias que estão sendo realizadas. A primeira versão está em uso e diversas redes tem sido construídas, formalizando o conhecimento incerto inerente a área da saúde.

Descritores: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Bayes Editor.

BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE EM USO CONTÍNUO DE LACTATO DE MILRINONA EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICA

Denise Salazar da Rosa; Fernanda Niemeyer; Sheila Ganzer Porto

Introdução: Os inodilatadores são usados para o tratamento da insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Tais drogas caracterizam-se pela propriedade inotrópica positiva e vasodilatadora arterial periférica e pulmonar. Utiliza-se principalmente o Lactato de Milrinona (LM) devido à sua maior atividade inotrópica e menor ocorrência de efeitos adversos. Ainda assim, se o processo de liberação, armazenamento, preparo e administração da droga não for adequado, eventos como arritmias ventriculares graves, hipotensão severa e angina poderão ocorrer. **Objetivo:** Descrever boas práticas com o paciente em uso contínuo de LM em unidade de internação clínico-cirúrgica. **Método:** Relato de experiência do processo de cuidado de enfermeiras, que atuam em unidade de internação clínico-cirúrgica de hospital universitário de Porto Alegre, com pacientes em uso contínuo de LM. **Resultados:** A unidade recebe até 2 pacientes que necessitam de internação para infusão contínua de LM. Esses pacientes apresentam cardiopatia grave, muitos deles listados e priorizados para transplante cardíaco. Os cuidados realizados na unidade que configuram boas práticas na administração de LM são: 1) A liberação é feita via prescrição médica e recebida na unidade em embalagem e relatório individual; 2) O armazenamento é feito de forma segregada, em local chaveado e aos cuidados do enfermeiro; 3) A preparação é realizada seguindo os “6 certos”, que são: paciente, medicamento, via, dose, hora e registro certos. É necessário atentar para o preparo da droga antes do preenchimento do equipo e estabilidade da solução; 4) Durante a instalação, é realizada dupla-verificação com 2 profissionais em momentos distintos imediatamente antes do início da infusão; 5) Bloqueio da bomba de infusão após o início da infusão; 6) Manter via endovenosa exclusiva para infusão de LM evitando “flushes” da droga; 7) Manter monitorização contínua por telemetria; 8) Nos casos de infusão via cateter venoso central de inserção periférica, que necessitam de turbilhonamento intermitente, é realizada aspiração de 4ml de sangue para garantir o retorno da droga e após turbilhona-se com 20ml de solução fisiológica 0,9%. **Considerações finais:** É necessário implementar boas práticas de cuidados nos pacientes em uso contínuo de LM em unidade de internação. Além dos cuidados relatados, sugerimos realização de dupla-verificação durante o preparo da solução e nos momentos de pausa da infusão para turbilhonamento a fim de garantir a segurança do paciente.

Descritores: Milrinona; Insuficiência Cardíaca; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

BOLSA DE BOGOTÁ ASSOCIADA A CURATIVO A VÁCUO COMO TÉCNICA TERAPÊUTICA PARA FECHAMENTO ABDOMINAL TEMPORÁRIO: UM ESTUDO DE CASO

Carla Adriana de Oliveira; Pâmela Puchpon Wisniewski; Daiana Klein Weber Carissimi; Janine Koepp; Murilo dos Santos Graeff; Mari Ângela Gaedke

Introdução: Promover o fechamento abdominal com métodos não convencionais como a Bolsa de Bogotá tornou-se um dos recursos terapêuticos aplicáveis a pacientes críticos. Além disso, para suprir as demandas terapêuticas há o curativo a vácuo que faz uso da pressão negativa. O objetivo do estudo foi aplicar o Processo de Enfermagem (PE) a paciente com bolsa de Bogotá e curativo a vácuo. **Metodologia:** Estudo de caso realizado em disciplina prática de curso de Enfermagem numa Unidade de Terapia Intensiva no interior do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados da anamnese, exame físico e consulta em prontuário, para posterior aplicação do PE, utilizando a taxonomia NANDA-I para os Diagnósticos de Enfermagem (DE) e a NIC (Nursing Interventions Classification)

para as intervenções. **Resultados:** Paciente de 28 anos, com ferimento por arma de fogo em região toracoabdominal. Em cuidados intensivos, hemodinamicamente estável. Sem sedação, calmo, atendia a comandos e comunicava-se com gestos. Uso de SNE com dieta a 20ml/h. Pouca secreção em vias aéreas, traqueostomizado em ventilação mecânica, em protocolo de desmame. Cateter central de duplo lúmen recebendo NPT. Abdome apresentando bolsa de bogotá em curativo a vácuo com dreno siliconado bilateral, coberto com compressas estéreis, à ausculta RHA+. Pele perilesão íntegra. Cateter vesical em sistema fechado com 60ml/3horas. Eliminações intestinais em fralda. Identificou-se como DE prioritários: risco de infecção (00004) relacionado a procedimentos invasivos; mobilidade física prejudicada (00085) evidenciada por restrições prescritivas de movimento; e comunicação verbal prejudicada (00051) relacionado à traqueostomia evidenciado por verbalizar com dificuldade. Para os DE elencados foram propostas as seguintes intervenções: Controle da dor (1400); Manutenção da saúde oral (1710); Cuidados com sondas/drenos (1870); Cuidados com local de incisão (3440); Prevenção de lesões por pressão (3540); Prevenção contra quedas (6490); e Proteção contra infecção (6550). **Considerações finais:** Foi possível identificar que a técnica da bolsa de Bogotá tem eficiência limitada, no entanto, associa-la ao curativo a vácuo se mostra boa opção para cobertura temporária por permitir cicatrização rápida, redução do número de reintervenções e proteção adequada das alças contra contaminação bacteriana. Cabe ao enfermeiro avaliar suas intervenções de maneira precisa para uma prestação da assistência de qualidade, minimizando complicações.

Descritores: ferida cirúrgica; Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

CONSTRUÇÃO DE DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO ESTABELECIMENTO DA AMAMENTAÇÃO

Suellen Cristina Dias Emidio; Flávia de Souza Barbosa Dias; Sue Moorhead; Jennifer Deberg; Ana Railka de Souza; Elenice Valentim Carmona

Introdução: O leite materno é um alimento completo e equilibrado para o bebê, pois atende a todas as necessidades da criança até os 6 meses de idade, além dos aspectos afetivos relacionados à amamentação^{1,2}. Porém, o desmame precoce ainda se dá se forma relevante na realidade brasileira³. Os desafios impostos pela amamentação, especialmente nas primeiras semanas, podem promover ou não o estabelecimento deste processo^{4,5}. Assim, os enfermeiros necessitam identificar as dificuldades encontradas pelo binômio mãe-bebê e propor intervenções que, periodicamente precisam ser mensuradas. A Nursing Outcomes Classification (NOC) é uma classificação que possui Resultados de Enfermagem (RE) para avaliação contínua das intervenções, sendo uma ferramenta importante para uso dos enfermeiros⁶. Dessa forma, este trabalho teve como objetivo construir as definições conceituais (DC) e definições operacionais (DO) dos RE “Estabelecimento da amamentação: lactente (1000)” e “Estabelecimento da amamentação: mãe (1001)”. **Método:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura⁷, seguindo as recomendações do PRISMA⁸, em sete bases de dados/bibliotecas. Os critérios de inclusão foram: estudos primários, completos, em Português, Inglês ou Espanhol, publicados de 2013 a 2017 e que abordassem o estabelecimento de aleitamento materno para bebês e ou os desafios e falhas neste processo. A literatura cinzenta também foi explorada para garantir a elucidação de tópicos não abordados pelos artigos. **Resultados:** 3242 ocorrências na literatura, das quais 96 artigos foram selecionados para leitura na íntegra e 43 deles utilizados na construção DC e DO dos indicadores dos RE em estudo. O desenvolvimento dessas definições levou a sugestões de algumas modificações na definição de ambos RE e no título do RE relacionado ao

bebê. Além disso, para o RE relacionado à mãe, foram sugeridos mudanças em sete indicadores e a exclusão de um. Enquanto que, para o RE relacionado ao bebê, foram propostas modificações em dois indicadores e a retirada de um. A análise dos RE em questão, em contraste com a literatura consultada, possibilitou a identificação de necessidade de ajustes na versão em Português. **Conclusão:** as definições visam facilitar o aprimoramento dos Resultados de Enfermagem propostos pela NOC enquanto linguagem padronizada de enfermagem, o que favorece sua aplicação na prática clínica do enfermeiro, além de oferecer sustentação para o desenvolvimento de pesquisas e ensino.

Descritores: Processo de Enfermagem; Avaliação de Resultados; Aleitamento Materno.

CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA NORTEAR A CONSULTA DE ENFERMAGEM EM UM AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA ADULTA

Júlia Ruth Toledo da Silva; Érica Catarina Dalabona; Andressa Caroline Luft Pilati;
Daniela Ramos Oliveira

Introdução: A atuação do enfermeiro no ambulatório de quimioterapia engloba uma grande diversidade de atividades, com variados graus de complexidade, sendo uma delas a Consulta de Enfermagem, que é uma estratégia para identificar as condições e problemas de saúde de um indivíduo ou comunidade. Sendo esta prática privativa do enfermeiro e regulamentada pela resolução do COFEN 568 de 2018. **Objetivo:** Construir instrumentos propostos para nortear consulta de enfermagem em ambulatório de quimioterapia adulto. **Método:** Trata-se de um recorte de uma pesquisa exploratória do tipo pesquisa-ação, o qual contém três fases, porém, este estudo trará resultados da primeira fase que consiste em a “Elaboração de instrumentos e planejamento das ações de enfermagem para implantação da consulta de enfermagem”. A pesquisa teve início em maio de 2018 e continua em andamento até o presente momento. Recebeu o aceite sob parecer número 2.869.824 do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Passo Fundo (UPF). **Resultados:** Os instrumentos elaborados a partir da proposta da implantação da consulta de enfermagem foram: O roteiro que padroniza o funcionamento da consulta e; o Instrumento contendo anamnese e exame físico. Esses instrumentos foram construídos com base na literatura, em protocolos institucionais, além de ter sido levado em consideração as sugestões apontadas pelas enfermeiras que atuam no Ambulatório de Quimioterapia Adulto. O roteiro contém sete passos norteados o processo de sequência da consulta: Anamnese, Exame Físico, Processo de Enfermagem, Orientações referentes ao tratamento e rotinas do setor, Encaminhamento para os profissionais da equipe multiprofissional e; Evolução. Já o instrumento que contém a anamnese e exame físico aborda perguntas sobre dados pessoais, histórico da doença atual, condições gerais de saúde, antecedentes familiares, hábitos de vida, exame físico completo encéfalo caudal, aspectos psicológicos. **Conclusão:** A construção e utilização de instrumentos que norteiam a consulta de enfermagem visa possibilitar uma melhor organização da prática do enfermeiro e seu processo de cuidar, favorecendo uma assistência qualificada e segura.

Descritores: Consulta de enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Oncologia.



CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO COM BASE NA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES DIABÉTICOS EM CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL

Juliana Elenice Pereira Mauro; Luiza Pereira Vargas Rodrigues; Miriam de Abreu Almeida; Amália de Fátima Lucena; Marcos Barragan da Silva

O diabetes pode afetar a qualidade de vida de seu portador ao limitar os indivíduos em suas atividades de dia a dia, o que contribui para diminuição da autoestima e autonomia. A complexidade do tratamento do diabetes exige que a equipe de saúde esteja capacitada para o atendimento. Embora as ações do enfermeiro sejam importantes no cuidado ao paciente diabético acompanhado em consulta de enfermagem (CE) ambulatorial, estas precisam ser avaliadas de maneira adequada. Neste contexto, a Nursing Outcomes Classification (NOC) mostra-se como alternativa viável à prática clínica. O objetivo deste estudo foi construir um instrumento com base na Nursing Outcomes Classification para avaliação de pacientes diabéticos em consulta de enfermagem ambulatorial. Trata-se de um estudo metodológico, realizado no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de agosto a novembro de 2018. O projeto de pesquisa foi aprovado na Plataforma Brasil (CAEE 2.695.365). Na primeira etapa, foram selecionados indicadores dos resultados de enfermagem NOC “Nível de glicose sanguínea (2300)” e “Autocontrole do Diabetes (1619)”, por seis enfermeiros especialistas na área, através de um instrumento de coleta de dados. A partir do valor atribuído pelos especialistas calculou-se a média ponderada de cada indicador, foram validados os indicadores com média ponderada ≥ 80 . A seleção serviu de base para elaboração das definições para cada indicador escolhido. Sobre os especialistas, a média de tempo de experiência em CE ambulatorial com diabéticos e tempo de experiência de ensino de enfermagem foi de 9,5 e 4,3 anos respectivamente. A principal titulação foi especialista na área da enfermagem. Os especialistas validaram 37 indicadores clínicos, sendo dois pertencentes ao resultado NOC “Nível de glicose sanguínea (2300)” e 35 ao resultado “Autocontrole do Diabetes (1619)”, com posterior elaboração das definições conceituais e operacionais para cada um dos indicadores. A partir dos indicadores selecionados, buscou-se artigos e literaturas complementares para construção das definições. Alguns indicadores foram agrupados levando-se em consideração a similaridade das suas definições conceituais e operacionais. Do total de 37 indicadores selecionados, foram elaboradas 22 definições conceituais e 115 definições operacionais. As definições conceituais e operacionais possibilitam maior padronização nas avaliações dos pacientes diabéticos, ofertando um cuidado mais seguro e baseado em evidências.

Descritores: Diabetes Mellitus; Processo de enfermagem; Consulta de enfermagem.

CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO PÉ DIABÉTICO

Elenara Franzen; Beatriz Hoppen Mazui; Ivana Linhares Colisse Kern; Silvete Maria Brandão Schneider

Introdução: O diabetes é uma doença crônica que provoca complicações associadas ao pior controle metabólico. O pé diabético é uma condição decorrente da combinação de fatores como: trauma, neuropatia diabética, doença vascular periférica e infecções. Estas complicações acarretam grande impacto psicossocial, físico, funcional e econômico, para o paciente e família.^{1,2} A consulta de enfermagem permite avaliação, julgamento clínico e desempenha papel fundamental para investigar alterações e instrumentalizar o paciente e/ou família sobre conhecimentos acerca do diabetes, prevenção, tratamento e mudanças no estilo de vida. Um estudo realizado em ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto

Alegre apontou que dos 1189 pacientes examinados por enfermeiras em consulta de enfermagem, 676 (57%) apresentaram alterações nos pés, destes, 18,8% apresentavam úlceras e 13,8% eram amputados.³ **Objetivo:** Apresentar a sistematização da consulta de enfermagem como ferramenta de prevenção e tratamento de lesões em pés de pacientes com diabetes. **Metodologia:** Relato de experiência sobre a consulta de enfermagem para pacientes com risco de pé diabético realizada em ambulatório de hospital universitário do sul do Brasil. **Resultados:** Os pacientes são encaminhados pelas equipes de especialidades via consultorias e são agendados conforme disponibilidade. A consulta de enfermagem é desenvolvida de acordo com a sistematização da assistência de enfermagem. Na primeira consulta é realizada anamnese e exame físico para levantamento de problemas e diagnóstico de enfermagem, baseados na taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁴. No exame do pé é realizado rastreamento para neuropatia e isquemia. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes são: Integridade Tissular Prejudicada, fator relacionado (FR) à conhecimento insuficiente sobre a proteção da integridade tissular; Risco de Infecção, FR: alteração na integridade da pele; Risco de Glicemia Instável, FR: controle insuficiente do diabetes.⁴ A educação baseia-se em cuidados preventivos e educativos. **Conclusões e implicações para a enfermagem:** A ocorrência de pé diabético com seus múltiplos fatores acarreta desfechos com potenciais limitações que na maioria das vezes podem ser prevenidos ou minimizados. A consulta de enfermagem é uma ferramenta de educação para mudanças no estilo de vida, bem como a prevenção, o manejo e o tratamento com a consequente melhoria na qualidade de vida dos pacientes e suas famílias.

Descritores: Enfermagem no consultório; Sistematização da Assistência; Pé Diabético.

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE RADIOTERAPIA EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Júlia Ruth Toledo da Silva; Érica Catarina Dalabona; Jéssica Rangel; Caroline Januario da Silva Barbon; Daniela Ramos Oliveira

A Consulta de Enfermagem (CE) é uma estratégia tecnológica de cuidado resolutive, respaldada por lei, privativa do enfermeiro e que viabiliza seu trabalho durante o atendimento ao paciente e onde são identificados problemas reais e /ou potenciais do indivíduo, família e/ou comunidade, favorecendo ao raciocínio clínico na tomada de decisão. **Objetivo:** Relatar a experiência de residentes de enfermagem na realização de Consulta de Enfermagem no serviço de radioterapia de um hospital de grande porte do norte do estado do Rio Grande do Sul. **Método:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por residentes de enfermagem do programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer e Saúde do Idoso, desenvolvido pela Universidade de Passo Fundo, Secretaria Municipal de Saúde e Hospital São Vicente de Paulo. O período da vivência ocorreu de março de 2018 a março de 2019, em um Hospital de referência oncológica do Norte do Rio Grande do Sul. **Resultados:** As CE acontecem no início e ao final do tratamento. Na CE inicial é realizada anamnese, exame físico e orientações sobre os cuidados que o paciente deve ter durante o tratamento. Na CE ao término do tratamento o paciente é reavaliado com base no exame físico, possibilitando realizar demais orientações de cuidados que o mesmo deve ter após o tratamento. Os principais cuidados orientados na CE inicial são voltados aos cuidados com a pele, tais como: utilização de chá de camomila frio em forma de compressas, banhos de assento, cremes hidratantes comprovadamente eficazes na prevenção de radiodermite, ingestão hídrica adequada, evitar exposição solar, dentre outras orientações relacionadas a alimentação, hábitos diários e demais efeitos adversos. Na CE de término as orientações variam de

acordo com os efeitos que surgiram em cada paciente, porém enfatiza-se a continuidade dos cuidados com a pele e o acompanhamento com a equipe oncológica assistente. Conclusão: Com esse estudo, percebe-se que a consulta de enfermagem no serviço de radioterapia restringe-se aos seguintes passos: anamnese, exame físico, intervenção e reavaliação. Há a necessidade de os residentes incorporarem na CE, os diagnósticos de enfermagem com linguagem padronizada, fomentando a promoção de cuidados sistemáticos, constatando assim a cientificidade de sua prática e da importância da CE no atendimento integral e qualificado ao usuário do serviço.

Descritores: Consulta de Enfermagem; Radioterapia; Processo de Enfermagem.

CONSULTA DE ENFERMAGEM QUALIFICADA PELOS SISTEMAS DE LINGUAGENS PADRONIZADAS EM PACIENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: ESTUDO DE CASO

Taline Bavaresco; Carolina Toniolli da Rosa; Danieli Leites Trindade; Denise Conceição Castro de Oliveira; Kelly Cardoso Sanguanini; Natalia Menegat Daniel

Introdução: Cerca de 12,1 milhões de brasileiros possuem Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), ou seja, um dos maiores desafios para os profissionais da atenção básica, especialmente para o enfermeiro. Este pode atuar na prevenção efetiva primária, no controle glicêmico do paciente e na prevenção secundária das suas complicações. Neste cenário a utilização dos sistemas de linguagens padronizadas de diagnósticos de enfermagem (DE) da NANDA-I, intervenções da Nursing Intervention Classification e resultados de enfermagem da Nursing Outcomes Classification, qualifica a atuação clínica deste profissional direciona a prática profissional. **Objetivo:** Aplicar a consulta de enfermagem em um paciente diabético qualificada pelos sistemas de linguagens padronizadas. **Método:** estudo de caso realizado em uma Unidade Básica de Saúde com ESF entre os meses de março e abril de 2019. Os dados foram coletados através de exame clínico e análise de prontuário. **Resultados:** Paciente feminina, 45 anos, portadora de DM2 há 6 anos, em uso de metformina 850mg, glicazida e insulina NPH 27 UI de manhã e 31 UI a noite, armazenadas na porta da geladeira. Realiza aplicação no abdômen com rodízio periumbilical, não utilizando outras regiões pela dor. Atualmente não realiza controle glicêmico. Refere que está constipada há 5 dias e por isso utiliza laxante, sua urina está com coloração alterada e com odor (Urocultura: Escherichia coli). Queixa-se de formigamento em MMII e relata que realiza esfoliação nos pés todas as semanas. Observa-se unhas com corte arredondado e encravadas, hiperqueratose e fissuras em calcâneos. HbA1c: 11,1% HGT: 282mg/dL. Diante disso, o DE priorizado foi Risco de integridade da pele prejudicada relacionado à circulação prejudicada. O resultado de enfermagem elencado foi Conhecimento: controle do diabetes e intervenção prescrita: Cuidado com os pés, com ênfase na supervisão de alterações, hidratação, corte de unhas e uso de calçados adequados. Após três consultas de enfermagem avaliou-se melhora nos indicadores clínicos e adesão aos cuidados prescritos. **Conclusão:** A consulta de enfermagem é uma ferramenta importante para promover um cuidado acurado para pacientes com DM2, especialmente quando sistemas de linguagens padronizadas são adotados.

Descritores: Diabetes Mellitus; Consulta de enfermagem; Cuidados de enfermagem.

CRIAÇÃO DA LIGA ACADÊMICA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM DA UFMA – CAMPUS DE PINHEIRO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jhonatan Tyson Barros Azevedo; Daizy Abreu Soares; Deyze Abreu Soares; Felipe Ferreira Mendes da Silva; Gabriella Ketilen Correia Lima; Luís Fernando Bogéa Pereira

Introdução: A Liga Acadêmica é uma entidade formada por estudantes, podendo, também, ter na composição profissionais da área da saúde para desenvolvimento de trabalhos científicos, didáticos, assistenciais, culturais e sociais, fortalecendo a formação acadêmica. Diante disso, a Liga Acadêmica de SAE e PE da UFMA – Campus de Pinheiro tem a finalidade de contribuir na formação dos futuros enfermeiros e capacitação dos profissionais de Enfermagem, colaborando para a SAE e implantação do PE em alguns serviços de saúde do município de Pinheiro - MA. **Objetivo:** Relatar a experiência da criação da Liga Acadêmica de SAE e PE da Universidade Federal do Maranhão – Campus de Pinheiro. **MÉTODO:** Estudo tipo relato de experiência com a participação de estudantes de Enfermagem e um docente do curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior pública do interior do Maranhão. **Resultados:** O primeiro contato com os conceitos Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Processo de Enfermagem (PE) aconteceu no 2º período da graduação. A partir de então os estudantes começaram a buscar referências sobre esses conceitos. Surgindo várias inquietações. Entre essas estava a criação da primeira liga do curso de Enfermagem da UFMA – Campus de Pinheiro. E que essa liga fosse de SAE e PE diante da importância das temáticas percebida ao imergirem na literatura para o saber-ser, saber-fazer e saber-agir da Enfermagem. Os estudantes propuseram a ideia ao docente, que a recebeu e apoiou-os. Nesse intervalo foram feitas várias reuniões entre a equipe (5 estudantes e 1 docente) para desenvolvimento do projeto de criação e do regimento interno da Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem da UFMA – Campus de Pinheiro. Posposto ao desenvolver, o projeto e o regimento foram submetidos ao colegiado de curso para aprovação, resultando em sua aprovação. Por fim, informado ao Conselho do Centro de Ciências Humanas, Naturais, Saúde e Tecnologia a criação da Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem da UFMA – Campus de Pinheiro, primeira do curso de Enfermagem da UFMA – Campus de Pinheiro. **Considerações Finais:** A criação de uma liga acadêmica de SAE e PE tem muito a contribuir para o processo ensino-aprendizagem do saber-ser, saber-fazer e saber-agir da Enfermagem das (os) futuras (os) enfermeiras (os). Além de, por meio da liga, os estudantes também poderem integrar o ensino-serviço-comunidade. **Descritores:** Processo de Enfermagem; Enfermagem; Estudantes de Enfermagem.

CUIDADO SEGURO: CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Silviane Hoepers Naka; Leyd Laiane Santos Cabral

Introdução: no contexto perioperatório, o processo de enfermagem é denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), a qual caracteriza-se como uma metodologia organizacional fundamentada em princípios científicos que permitem a identificação das prioridades de cada paciente quanto às suas necessidades fornecendo, assim, uma referência para as possíveis intervenções e promovendo ações que modifiquem o estado do processo de vida e de saúde/doença dos pacientes(1). Auxilia no julgamento clínico, conduzindo a avaliação dos resultados obtidos e solução de situações não desejadas ou eventos adversos. **Objetivo:** descrever a construção coletiva de um instrumento para a assistência de enfermagem perioperatória, tendo como

referencial teórico as Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e dos itens do Checklist de Verificação de Segurança Pré e pós-operatória. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. **Resultados:** identificou-se no diagnóstico situacional a fragmentação do processo assistencial perioperatório. As informações existentes foram avaliadas e compiladas com os itens do checklist de segurança cirúrgica pré e pós-operatório, objetivando a eficácia e sustentação do instrumento na prática dos profissionais. As etapas do processo de enfermagem permearam a construção do instrumento subdividido em: avaliação pré-operatória com avaliação do estado de saúde do paciente e itens do checklist de segurança pré-operatória; período trans-operatório com acompanhamento do procedimento cirúrgico, incluindo a aplicação da Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico do paciente (ELPO); recuperação pós-anestésica com monitoramento e planejamento assistencial utilizando os diagnósticos de enfermagem da Nanda-I e intervenções de enfermagem (Nursing Interventions Classification (NIC), seguido do checklist de saída do centro cirúrgico finalizando com a avaliação no pós-operatório imediato. **Conclusão:** A enfermagem perioperatória está diretamente ligada ao cuidado seguro e de qualidade, assim, a construção de um instrumento auxilia na avaliação das condições do paciente, estabelecendo a comunicação entre a equipe de enfermagem, tornando a assistência de enfermagem efetiva, planejada, humanizada e segura.

Descritores: Enfermagem perioperatória; Processo de enfermagem; Segurança do paciente.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sabrina Irineu Ferreira; Jessica Gimenez de Albuquerque; Maria Aparecida da Silva; Gisele Elise Menin

Introdução: O cuidado de enfermagem ao paciente em transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é destinado à pacientes com doenças hematológicas, com o objetivo de controlar a doença ou a cura. O enfermeiro exerce com sua equipe uma assistência que é fundamental para o sucesso destes transplantes. Aliado para que ocorra o sucesso, como função privativa o enfermeiro desenvolve a sistematização da assistência em enfermagem, através do método do processo de enfermagem (PE).

Objetivo: Relatar experiência de acadêmicas de enfermagem de uma Universidade de Porto Alegre/RS quanto aos cuidados de enfermagem no TCTH. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência sobre os cuidados de enfermagem no TCTH, observado durante o estágio da disciplina de saúde do adulto, em um hospital público de Porto Alegre/RS.

Relato da experiência: O enfermeiro tem um papel fundamental nos cuidados com o paciente em TCTH, inclui todo o processo pré-infusão: preparo do paciente explicando como será o procedimento, realizar as etapas do PE: histórico, diagnóstico, planejamento e implementação, além de conferir material de urgência, coletar e encaminhar amostra de sangue, separar o material necessário para transplante, sinais vitais e administrar e/ou orientar a administração de medicações pré-infusão. Cuidados durante o TCTH: realizar dupla conferência, supervisionar, realizar e orientar a implementação dos cuidados de enfermagem, infusão em acesso exclusivo, aferição dos sinais vitais, oximetria de pulso, gotejo da infusão, controle da diurese, balanço hídrico e administração de medicamentos que previnam reações adversas. Além de trabalhar constantemente a educação da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com este paciente e com a manipulação do cateter, medicações e as rotinas. E garantir para que toda etapa do processo de enfermagem seja registrado adequadamente, para que assim consiga avaliar

constantemente se os cuidados prestados estão sendo eficazes ao paciente e sua família. **Considerações finais:** O PE no TCTH é de suma importância, pois exerce a função de garantir que todo processo do cuidado e prestação da assistência de enfermagem seja eficaz, de qualidade, e direcionando as especificidades de cada paciente. Ao enfermeiro é fundamental responsabilidade e conhecimento nas atividades privativas, na gestão, educação permanente da equipe e supervisão dos cuidados prestados no TCTH, promovendo segurança ao paciente e qualidade na assistência de enfermagem.

Descritores: Transplante; Células-Tronco; Cuidados de enfermagem.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE EM DELIRIUM NA TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Thais Debon; Taline Bavaresco

Introdução: O delirium é uma disfunção orgânica presente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), estando associado à alta mortalidade, maior tempo de internação e de ventilação mecânica (VM), além de déficit funcional e cognitivo em longo prazo. Trata-se de um preditor de intercorrências como autoextubação e remoção de cateteres, elevando progressivamente o interesse na investigação desta síndrome, dada sua implicação negativa na terapêutica do doente crítico. O enfermeiro intensivista tem papel fundamental ao desenvolver o processo de enfermagem, o qual permite uma avaliação do paciente, de forma mais apurada, identificando quaisquer alterações de seu status mental. **Objetivo:** Identificar os cuidados de enfermagem para o manejo de pacientes em delirium na UTI, evidenciados na literatura. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa. A coleta foi realizada entre os meses de fevereiro e março de 2019, nas bases de dados BVS e PUBMED, utilizando os descritores: Delirium, Unidade de Terapia Intensiva e Enfermagem, bem como seus correspondentes em inglês e combinados pelo operador booleano AND. Foram incluídos artigos publicados a partir de 2014, com acesso ao texto completo, incluindo artigos e documentos de domínio público, disponíveis em português, que abordem a temática do delirium em UTI em pacientes adultos. Excluíram-se artigos de revisão sistemática ou integrativa, teses, dissertações e trabalhos completos que não possibilitavam acesso on-line. Os artigos disponíveis em mais de uma base de dados foram incluídos apenas uma vez. **Resultados:** Encontrou-se, inicialmente, na BVS 207 artigos, 3 artigos na base PubMed e 2 artigos em outras fontes. Após a leitura aprofundada da elegibilidade, obteve-se uma amostra final de sete artigos para a análise. Os principais cuidados identificados englobaram ações referentes à identificação e diagnóstico do delirium, utilização de escalas avaliativas, dentre elas a Confusion Assessment Method for the Intensive Unit Care (CAM-ICU), mobilização precoce, orientação cognitiva, promoção do sono e conforto, adaptação ambiental e participação da família no cenário de cuidado. **Conclusão:** O delirium é uma condição de início súbito, que pode ser prevenida a partir de estratégias no plano de cuidados, sendo que é o enfermeiro que realiza a identificação dos pacientes com risco para desenvolver delirium, aplicando escalas específicas.

Descritores: Delirium; Unidade de Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem.

CURSO INTRODUTÓRIO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jhonatan Tyson Barros Azevedo; Luís Fernando Bogéa Pereira

Introdução: Os sistemas de classificação de enfermagem proporcionam o cuidado em uma linguagem única e a descrição da enfermagem clínica. A enfermagem possui alguns

sistemas de classificação cujo desenvolvimento está relacionado a alguma fase do processo de enfermagem. Entre esses está a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Nessa perspectiva, as instituições formadoras devem prover meios adequados à formação de profissionais que venham a utilizar esse e/ou outro sistema de classificação de enfermagem em sua prática. **Objetivo:** Descrever as principais contribuições resultantes do curso introdutório da CIPE, promovido pela ABEn - Maranhão em parceria com o curso de Enfermagem da UFMA – Campus de Pinheiro. **Metodologia:** Estudo do tipo relato de experiência realizado a partir da participação de um estudante de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – Campus de Pinheiro em um curso introdutório da CIPE, no mês de março de 2018. Curso promovido aos estudantes, docentes, enfermeiros e técnicos de Enfermagem do Maranhão. Foi ministrado pelas Profª Dra. Telma Garcia e Profª Márcia Cubas. O curso aconteceu entre os dias 5 a 9 de março de 2018, na UFMA – Campus de Pinheiro. Totalizando uma carga horária de 40h. **Resultados:** A participação, no curso da CIPE, contribuiu de forma significativa para o conhecimento sobre esse sistema de classificação de enfermagem e, conseqüentemente, sua utilização nas práticas vivenciadas durante a graduação. Instigou o interesse em conhecer ainda mais esse sistema, tão pouco ensinado e utilizado no estado do Maranhão. Levou à reflexão da diversidade dos sistemas, e não somente aqueles mais citados na graduação – NANDA, NIC, NOC. E contribuiu para formação de estudantes multiplicadores da importância da CIPE e sua utilização também desde a graduação, assim como já o uso rotineiro da NANDA, NIC e NOC. **Conclusão:** A oportunidade de participação do estudante de Enfermagem em um curso introdutório da CIPE, ainda na graduação, possibilita/ oportuniza ao mesmo o conhecimento sobre esse sistema pouco disseminado, conhecido e ensinado durante a graduação em Enfermagem, no estado do Maranhão. Por conseguinte, enfatiza-se que a graduação deve evidenciar os Sistemas de Classificação de Enfermagem CIPE, CIPESC, NANDA, NIC e NOC, para que o estudante, quando enfermeiro, possa definir aquele/aqueles a usar na sua prática profissional – processo de enfermagem.

Descritores: Estudantes de Enfermagem; Enfermagem; Processo de Enfermagem.

DESENVOLVIMENTO DE APLICATIVO COMO INTERVENÇÃO PARA AUXÍLIO E INCENTIVO DE ADOLESCENTES INSULINODEPENDENTES

Tais Daiane dos Santos; Marcio Rodrigues Sampaio; Histar Bertoldi Lacerda; Lucelia Caroline dos Santos Cardoso

A insulina é um hormônio excretado pelo pâncreas com a finalidade de garantir a nutrição celular, indivíduos portadores de diabetes tipo I têm por característica a pouca ou nenhuma produção desse hormônio pelas células beta pancreáticas. A insuficiência do hormônio acarreta alteração dos níveis glicêmicos e prejuízos consideráveis à saúde do ser humano se manejado de forma inadequada. Diagnosticada principalmente nos anos iniciais de vida, o indivíduo portador de diabetes tipo I necessita da aplicação frequente de insulina. Risco de alteração da glicemia, tanto para ocorrência de hipoglicemia ou hiperglicemia, é fator primordial para atenção da equipe multidisciplinar responsável pelo atendimento do paciente. As características psicológicas e comportamentais envolvidas no processo de amadurecimento do adolescente podem ser fatores complicadores para adequado uso da medicação, exigindo maior atenção e uso de tecnologias adicionais na orientação desse público. **Objetivo:** descrever as etapas de confecção de aplicativo em saúde para orientação de adolescentes usuários de insulina. **Metodologia:** relato de experiência de atividade realizada por acadêmicas do curso de enfermagem do UNICNEC na confecção de aplicativo de orientação em saúde. **Resultados:** a partir da constatação da importância dos cuidados de enfermagem ao paciente insulino dependente e a

necessidade de elaboração de formas diferenciadas de intervenções ao público adolescente, acadêmicas do curso de enfermagem engajaram-se na elaboração de aplicativo virtual. Com foco em orientação referente ao cuidado com a conservação e aplicação de insulina, utilizaram da criatividade para construção de apanhado de vídeos e imagens ao público jovem. O material construído foi apresentado em aula e encontra-se disponível para uso do público interessado. **Considerações Finais:** conhecimento das características da população alvo juntamente com as possibilidades tecnológicas, possibilitou às alunas um aprimoramento em múltiplas áreas além do tradicional cuidado empregado. O uso de aplicativos móveis facilita o acesso à informação de qualidade aos usuários e famílias. É esperado que os usuários possam esclarecer dúvidas pontuais sobre o uso de insulina de forma rápida e fácil. O aplicativo, mesmo que já disponível, passa por fase de aprimoramento de suas funções.

Descritores: Tecnologia educacional; Adolescente; Diabetes mellitus.

DESENVOLVIMENTO DE OBJETO DE APRENDIZAGEM EM SAÚDE MENTAL PARA UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICAS ADULTAS

Nathália Duarte Bard; Aléxia Garcês Maciel; Daniela dos Reis Carazai; Graciele Fernanda da Costa Linch; Adriana Aparecida Paz

Introdução: O desenvolvimento de objeto de aprendizagem (OA) para a utilização no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) tem o desafio em manter o aluno engajado no seu processo de formação, de modo que promova impactos significativos para a prática profissional. **Objetivo:** Relatar o desenvolvimento do OA em saúde mental para o aprimoramento técnico-científico de enfermeiros de unidades de internação clínico-cirúrgicas adultas. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de pesquisa aplicada no desenvolvimento de um OA com abordagem em saúde mental para a assistência de enfermagem. **Resultados:** Foi elaborado na modalidade de storyboard utilizando o Power Point da Microsoft® para validação junto aos especialistas da área de conhecimento em saúde mental, sistematização de assistência em enfermagem (SAE) e saúde do adulto. Após essa etapa, migrou-se os conteúdos e atividades para o Articulate Storyline®, o qual gera um arquivo no formato SCORM para inserção no AVA. Esse software propicia a criação de e-learning de maneira mais interativa, facilitando a integração com AVA. O tempo decorrido para a migração dos conteúdos ocorreu em aproximadamente 200 horas de execução por duas acadêmicas de enfermagem. A interface intuitiva do software foi muito semelhante ao Power Point®, sendo um fator positivo. Adicionou-se questionários, os quais exibem um feedback sobre a resposta do aluno após cada questão e geram um índice de aproveitamento. Foram integrados áudios de simulações de casos clínicos, layouts e telas interativas em que a pessoa pode escolher qual das funções mentais será estudada no momento, e posteriormente, escolher uma outra função. Para facilitar a comunicação com o aluno, foi utilizada a imagem da enfermeira Glória, uma das personagens disponíveis no software, a qual aparece dando instruções e se comunicando diretamente com o aluno. **Conclusões:** O uso do software facilitou a construção do OA antes do tempo previsto por ser intuitivo e promovendo a dinamicidade e interatividade para o curso autoinstrucional. Promoveu um aprendizado significativo dos diagnósticos e intervenções de enfermagem em saúde mental de pacientes hospitalizados, assim como aprofundou os conhecimentos teóricos-científicos e ampliou a habilidade para o uso de novos recursos tecnológicos.

Descritores: Educação em Enfermagem; Processo de Enfermagem; Educação a distância.

DESENVOLVIMENTO DE UM NOVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM APLICADO NA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS: VALIDAÇÃO CLÍNICA

Luciana Nabinger Menna Barreto; Éder Marques Cabral; Natália Chies; Miriam de Abreu Almeida

Introdução: O Brasil é o país que possui o maior programa público de transplantes de órgãos do mundo. Entretanto, há um desequilíbrio entre doadores e potenciais receptores, ocasionando significativa mortalidade de pacientes em lista de espera. Além da situação desfavorável supracitada, a literatura destaca ineficiência na manutenção do potencial doador como fator desencadeante na não concretização do transplante. Em razão desta problemática, o desenvolvimento de um diagnóstico de enfermagem (DE) conforme a NANDA International, com enfoque a esses pacientes, pode auxiliar na acurácia do julgamento clínico.

Objetivo: Validar clinicamente o DE em desenvolvimento Síndrome do equilíbrio fisiológico prejudicado para pacientes em morte encefálica e potenciais doadores de órgãos. **Método:** Trata-se de um estudo de validação clínica através de uma coorte retrospectiva realizada através da avaliação de 145 prontuários de potenciais doadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e do Hospital Cristo Redentor. O projeto foi cadastrado na plataforma Brasil obtendo aprovação das duas instituições (CAAE 72793817.6.0000.5327). Além disso, obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob o nº 170500. **Resultados:** A prevalência do DE Síndrome do equilíbrio fisiológico prejudicado foi de 77 (53,1%). As características definidoras (CDs) Hiperglicemia, Oxigenação prejudicada, Alteração de coagulação, Frequência cardíaca alterada, Hipertermia, Hipotermia e Perfusão tissular periférica ineficaz apresentaram um valor de p estatisticamente significativo, portanto têm associação significativa com o DE. A CD que apresentou melhores medidas de acurácia foi Frequência cardíaca alterada com elevado valor de sensibilidade, especificidade e valores preditivos, além de razão de verossimilhança e Odds ratio diagnóstica com valores estatisticamente significativos. Portanto, a CD Frequência cardíaca alterada foi a que apresentou melhor capacidade preditiva para determinação do DE Síndrome do equilíbrio fisiológico prejudicado. **Considerações finais:** Este novo DE poderá proporcionar na prática assistencial uma melhor sistematização do cuidado, colaborando para a melhor viabilidade de órgãos ofertados para transplantes e conseqüentemente diminuição de descartes e aumento da taxa de efetivação do potencial doador, além de melhora da sobrevida do transplantado. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Transplante de Órgãos; Estudos de Validação.

DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS ADOLESCENTES COM RISCO DE FUGA - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aline Maria de Mello; Enaura Helena Chaves Brandão; Hiago Rocha da Silva; Marli Elisabete Machado; Marli Schwambach de Vega; Marina Junges

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) orienta a prática dos cuidados e organiza o processo de trabalho, promovendo um cuidado de qualidade e humanizado. A segurança do paciente, por meio do gerenciamento de riscos, tem recebido destaque com o desenvolvimento de barreiras de prevenção aos riscos. O enfermeiro é o profissional que mantém contato direto com o cliente, tendo papel central neste processo. A adolescência é um período conflituoso do desenvolvimento humano, está associado a crises de valores e a pressões sociais impostas pela família e sociedade, envolvendo a cobrança nos estudos, empregos e relacionamentos, sendo propício ao acometimento da depressão. **Objetivo:** Descrever diagnósticos e

intervenções de enfermagem para paciente psiquiátricos adolescentes com risco de fuga. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência de enfermeiras de uma unidade de internação clínica de um hospital universitário no Sul do Brasil. **Resultados:** O cuidado é a essência do trabalho da enfermagem e visa atender o cliente integralmente, é responsabilidade dos profissionais garantir que o mesmo aconteça de forma segura, qualificando a assistência, conhecendo as estratégias empregadas para manejar o risco de fuga dos pacientes, elencando os diagnósticos relacionados e prescrevendo os respectivos cuidados. O diagnóstico de risco de fuga tem como etiologias: abuso de substâncias, agitação, antecedentes de fuga, apoio social insuficiente, ausência de interesse em melhorar comportamento de saúde, juízo crítico prejudicado, saídas furtivas da unidade e solicitações frequentes de alta. Nesse contexto, os principais cuidados são: encorajar o paciente a verbalizar sentimentos e dificuldades, estabelecer relação de confiança, determinar presença e participação de familiares, manter vigilância constante, monitorar quanto ao potencial de risco de fuga, encorajar o paciente a assumir o compromisso de continuar o tratamento. **Conclusão:** A enfermagem é, na maioria das vezes, a primeira a identificar sinais e sintomas de riscos à fuga e contribuir para a prevenção e minimização de danos. As informações são fundamentais para elencar os fatores de risco permitindo a elaboração do diagnóstico e implementação de cuidados. A cultura do cuidado conduzida pela SAE promove a segurança e permite visão ampliada da assistência de enfermagem no planejamento dos cuidados e na promoção da excelência da assistência com foco no paciente que apresenta o risco de fuga.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Enfermagem psiquiátrica; Segurança do paciente.

DIAGNÓSTICO RISCO PARA RESPOSTA ALÉRGICA RELACIONADA AO USO DE MEDICAMENTOS EM PARTICIPANTES DE PESQUISA CLÍNICA

Adriana Serdotte Freitas Cardoso; Suzana Muller; Isabel Cristina Echer; Fernanda Boni

Introdução: O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é o julgamento clínico das respostas de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais que serve de base para a escolha das intervenções de enfermagem¹. A importância de um DE acurado na prática clínica reside na possibilidade de qualificar a assistência de enfermagem². No âmbito da pesquisa clínica de novos fármacos são esperadas possíveis reações alérgicas e eventos adversos, o que exige monitoramento constante da enfermagem. Atualmente, como não dispomos no Aplicativo para Gestão Hospitalar (AGHUse) o DE Risco de evento adverso, foi elencado o DE Risco de resposta alérgica relacionado ao uso de medicamentos que engloba algumas das características e cuidados necessários ao participante de pesquisa. **Objetivo:** Verificar os eventos adversos ocorridos entre os participantes de pesquisa clínica com o diagnóstico Risco de resposta alérgica relacionada ao uso de medicamento. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo quantitativo, realizado por meio de busca ativa nos prontuários dos participantes de pesquisas clínica incluídos em estudos do Centro de Pesquisa Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, durante o primeiro semestre de 2018. As informações foram coletadas pelos pesquisadores e analisados pela estatística descritiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Instituição sob parecer nº 3.110.033. **Resultados:** Foram analisados 29 prontuários de participantes de pesquisa clínica durante o primeiro semestre de 2018. Em todos os registros o diagnóstico Risco de resposta alérgica relacionada ao uso de medicamento foi elencado já na primeira infusão do participante. Vinte dois participantes desenvolveram algum tipo de resposta alérgica ou reação adversa, totalizando 162 eventos, assim distribuídos: gastrointestinais (23%), hematológicos (17%), hipertensão arterial sistêmica (14%), osteomusculares (12%), dor

(7%), respiratórios (6%), endocrinológicos (4%), geniturinários (4%), sistema nervoso central (4%) e febre (2%). **Conclusões:** O diagnóstico Risco de resposta alérgica relacionada ao uso de medicamento é aplicável ao contexto da pesquisa clínica, tendo em vista que 76% dos participantes desenvolveram algum tipo de evento. No entanto, considerando que nem todos os eventos ocorridos podem ser compreendidos como resposta alérgica, infere-se a necessidade do desenvolvimento de um diagnóstico de enfermagem mais acurado que contemple esta lacuna existente.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionadas a Medicamentos; Pesquisa em Enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO PACIENTE IDOSO COM DOENÇA DE PARKINSON EM ESTADO DE TERMINALIDADE

Sheila Ganzer Porto; Denise Salazar da Rosa; Fernanda Niemeyer; Luciana Marina da Silva

Introdução: A terminalidade da vida ocorre quando se esgotam as possibilidades de recuperação das funções corporais e a expectativa de morte é próxima e irrevogável. A doença de Parkinson é uma condição neurológica progressiva decorrente da degeneração dos neurônios dopaminérgicos da substância negra. Nos pacientes acometidos por esta doença observa-se frequentemente a presença de distúrbios motores, como a bradicinesia, o tremor e a rigidez. O paciente idoso em terminalidade já possui comorbidades, próprias da idade que limitam sua recuperação, a doença de Parkinson neste contexto intensifica o declínio das condições de saúde. **Objetivo:** Relatar os diagnósticos de enfermagem do paciente idoso com doença de Parkinson em estado de terminalidade. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de enfermeiras de uma unidade de internação clínica-cirúrgica adulto de um hospital universitário do sul do Brasil. **Resultados:** Os diagnósticos de enfermagem elencados foram: deglutição prejudicada relacionado a distúrbios neurológicos/neuromusculares, eliminação urinária prejudicada relacionada a infecção do trato urinário, integridade tissular prejudicada relacionado com prejuízo neuromuscular/musculoesquelético, síndrome do déficit do auto-cuidado relacionado com prejuízo neuromuscular/musculoesquelético, ventilação espontânea prejudicada relacionada com prejuízo neuromuscular/musculoesquelético, risco de infecção relacionado a alteração neurológica, risco de quedas relacionados a alteração neurológica, risco de trauma relacionada a alteração neurológica. **Considerações finais:** Implementar intervenções que proporcionam redução do desconforto são fundamentais para melhorar a qualidade de vida do paciente. A interação da equipe de enfermagem com a família é de extrema importância ao cuidado ao paciente idoso com Parkinson em estado de terminalidade. Uma equipe de enfermagem preparada e atenciosa permite a compreensão da família no processo de cuidar. O cuidado do idoso doente em seu estado de terminalidade exige um cuidado individualizado e humanizado o qual permite atender as demandas físicas e psicológicas do paciente.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Diagnósticos de enfermagem; Processo de enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM HOMEM TRANS: RELATO DE UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM EMBASADA NA TEORIA DE WANDA HORTA

Susana Lamara Pedras Almeida; Cândida Caniçali Primo; Márcia Valéria de Souza Almeida; Neide Aparecida Tosato Boldrini; Helena Lúcia Barroso dos Reis; Caroline Simões Caldeira

Introdução: O termo "transgênero" refere-se a todas as pessoas cujas identidades de gênero diferem, em diversos graus, do sexo com o qual foram designadas ao nascer. Pessoas transgênero compartilham necessidades comuns a qualquer pessoa(1), no entanto solicitam um tratamento diferenciado, que atenda suas necessidades de transformação corporal, bem como entendam os desdobramentos do seu processo de transição como componentes do processo saúde e doença (2). Transgêneros apresentam maior desenvolvimento de doenças físicas e mentais em comparação com os cisgêneros(3). Muitas pessoas trans relatam dificuldades de atendimento de saúde (1). Wanda Horta (1979)(4) afirma que os problemas de saúde manifestam-se quando há desequilíbrio de uma ou mais necessidades humanas básicas, e aponta a enfermagem como responsável pela promoção da saúde e prevenção de agravos, com o objetivo de auxiliar as pessoas a atingirem seu potencial máximo de saúde(4). **Objetivo:** Descrever os principais diagnósticos de enfermagem relacionados ao homem trans durante consulta de enfermagem. **Metodologia:** Estudo de caso fundamentado na Teoria de Wanda Horta(4), que utilizou a taxonomia da NANDA-I(5) para identificar os diagnósticos de enfermagem. O estudo foi realizado no mês de janeiro de 2019 em um Hospital Universitário referência em atendimento a pessoas transgênero. Os dados foram coletados através da consulta de enfermagem e revisão em prontuário. **Resultados:** E.N.C., 28 anos, solteiro, reside sozinho, em uso de testosterona; peso: 72 kg, altura: 1,67m; IMC:25,8. Foram realizados testes rápidos, colpocitológico e citologia anal: positivo para HPV nas duas amostras. Relata desejo de realizar mastectomia e pan-histerectomia. De acordo com o levantamento de dados, as necessidades afetadas foram expressadas por meio dos sinais/sintomas observados no exame físico e relatos do paciente de sedentarismo, alimentação inadequada, ansiedade no seu tratamento, isolamento social e familiar. Foram levantados sete diagnósticos de enfermagem: saúde deficiente da comunidade; baixa autoestima situacional; processos familiares disfuncionais; sofrimento moral; sobrepeso; envolvimento em atividades de recreação diminuído; ansiedade. **Conclusão:** os profissionais de enfermagem têm um papel importante no cuidado às pessoas trans, e devem estar preparados para exercer o cuidado e desenvolver conhecimentos, práticas, e habilidades necessárias para atender esses pacientes.

Descritores: Consulta de Enfermagem; Pessoas Transgênero; Processo de Enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM AVE- RELATO DE EXPERIÊNCIA

Daniela Rodrigues Skolaude; Enaura Helena Brandão Chaves; Jessica Lopes Lucio; Hiago Rocha da Silva

Introdução: A determinação de Diagnósticos de Enfermagem (DE) direcionados a pacientes internados em Unidade de Cuidados Especiais (UCE) para pacientes neurológicos fornece subsídios para a elaboração de um plano de cuidados individualizado, que atenda de forma integral as necessidades identificadas, qualificando a assistência de enfermagem prestada a pacientes acometidos por acidente vascular encefálico (AVE). O AVE apresenta as formas: isquêmica ou hemorrágica. A isquêmica

decorre da obstrução de alguma artéria responsável pela circulação cerebral, é a forma mais incidente (87%). O hemorrágico decorre da ruptura de um vaso sanguíneo intracraniano, nesses casos utiliza-se o DE Risco de Perfusão Tissular Ineficaz. **Objetivo:** relatar a experiência do cuidado de enfermagem a pacientes com os Diagnósticos de enfermagem (DE) Risco de Perfusão Tissular Ineficaz e Risco de Quedas. **Método:** relato de experiência no cuidado à pacientes com sequelas neurológicas pós AVE, internados em unidade de cuidados especiais (UCE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, para facilitar a logística de atendimento da equipe multidisciplinar. Inicia-se o processo de enfermagem, com avaliação e determinação dos DE específicos, prescrição das intervenções de enfermagem específicas, que serão revisadas e atualizadas diariamente. **Resultados:** esta abordagem permitiu elencar DE comuns para esses pacientes, uma vez que as necessidades e os cuidados dos mesmos se repetem e o plano assistencial passou a ser elaborado a partir dos DE Risco de Perfusão Tissular Ineficaz e Risco de Quedas. Frequentemente identifica-se o DE Risco de Sangramento relacionado a efeitos adversos da terapia, pois após investigação etiológica do AVE tem-se como causa do evento isquêmico a cardioembolia e inicia-se anticoagulação como terapêutica preventiva de novos acometimentos. Nessa fase subaguda a prescrição de cuidados específicos relacionados aos DE descritos corrobora para a prevenção de complicações neurológicas e clínicas. Tornou-se prioridade orientar o paciente e família quanto a alterações funcionais e adaptações a essa nova condição, incluindo-se o risco de quedas, devido a marcha alterada, desequilíbrio ou diminuição de força em algum membro do corpo. **Conclusão:** os DE prevalentes na atendem as necessidades relacionadas aos cuidados característicos desses pacientes e ajudam a minimizar sequelas e complicações do quadro viabilizando a reabilitação e adequação à terapêutica indicada.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Acidente Vascular Encefálico.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM PACIENTES CIRÚRGICOS EM UM HOSPITAL PRIVADO DO SUL DO BRASIL

Murilo dos Santos Graeff; Rosana Pinheiro Lunelli; Aline Tsuma Gaedke Nomura; Ana Carolina Paim; Miriam de Abreu Almeida

Introdução: a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes na literatura da clínica cirúrgica pode auxiliar os profissionais enfermeiros na prática cirúrgica a planejar as intervenções direcionadas as necessidades individuais dos pacientes, contribuindo para a implementação da assistência de enfermagem. **Objetivo:** identificar os diagnósticos de enfermagem prevalentes em pacientes cirúrgicos em um hospital privado do sul do Brasil. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo, documental. Utilizado a referência taxonômica, a instituição utiliza os diagnósticos de enfermagem (Des) da NANDA-I. A população foi composta por 435 prontuários de pacientes internados da unidade cirúrgica do ano de 2018. Os dados obtidos foram através do banco de dados do software da instituição e para a análise utilizou-se estatística descritiva e média. **Resultados:** a média de idade foi de $\pm 73,7$ anos de idade e o sexo feminino foi prevalente com 71%; os DEs prevalentes foram: Risco de infecção 17,0%, Risco de sangramento 11,2%, Dor aguda 8,7%, Mobilidade física prejudicada 8,0%, Integridade da pele prejudicada 8,0%. **Conclusão:** com a identificação dos DEs prevalentes na unidade cirúrgica possibilita um planejamento das necessidades assistenciais para a implementações das intervenções de enfermagem e a utilização do processo de enfermagem como uma ferramenta nas práticas assistências de enfermagem.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Enfermagem; Prevalência.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DISCENTE

Dúnia Silveira Ribeiro; Rubellita Holanda Pinheiro Cunha Gois; Claudia Capellari;
Cristine Kasmirski

Introdução: A gestação é um fenômeno fisiológico que necessita de assistência progressiva e integral. Às emergências obstétricas são situações cuja resolução exige uma resposta quase imediata por toda a equipe de saúde. Para que a assistência à gestante seja eficiente neste ambiente é preciso proporcionar condições de integralidade nos cuidados, sendo os Diagnósticos de Enfermagem (DE) um caminho facilitador e essencial para esse processo. Os DE compõem uma das etapas do processo de enfermagem, caracterizados pela realização de julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais. Cabe ao enfermeiro privativamente aplicar os DE constituindo assim, a base para seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. **Objetivo:** Elencar os principais diagnósticos de enfermagem identificados em uma emergência obstétrica durante o processo de aprendizagem discente. **Método:** Relato de experiência discente, durante o estágio curricular do curso de enfermagem, vivenciado no período de fevereiro à abril de 2019, em uma Emergência Obstétrica de um Hospital de Porto Alegre/RS. Os DE foram categorizados conforme o sistema de linguagem padronizada da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I). **Resultados:** A partir da realização do processo de enfermagem no cenário em questão, foram elencados oito DE prevalentes, sendo eles: Saúde deficiente da comunidade, Eliminação urinária prejudicada, Processo perinatológico ineficaz, Risco Binômio Mãe-feto, Risco de Infecção, Risco de Choque, Risco de Sangramento e Dor no Trabalho de Parto. **Conclusão:** Identificar os DE mais prevalentes na emergência obstétrica contribui para o processo de aprendizagem, possibilitando a utilização de uma linguagem padronizada, dando subsídios para a elaboração do plano de cuidado baseado na necessidade do paciente, colaborando ainda na tomada de decisão e nas intervenções de enfermagem, garantindo à qualificação da assistência.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem obstétrica; Aprendizagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES NA EMERGÊNCIA

Glória Maria Cardoso Monteiro; Geferson Antônio Fioravanti Junior

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) é uma ferramenta sistematizada para viabilizar o cuidado de enfermagem. O Diagnóstico de Enfermagem (DE) assegura ao enfermeiro fundamentação teórico-científica para o plano de cuidados, principalmente nas unidades de emergência (UE) onde a equipe de enfermagem presta o cuidado complexo e imediato ao usuário. **Objetivo:** Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes utilizados na unidade de emergência, de um hospital privado de Porto Alegre. **Método:** Estudo transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado na unidade de emergência de um hospital privado em Porto Alegre, que utiliza o processo de enfermagem informatizado e a Taxonomia II da NANDA-I. O período estudado foi de janeiro a maio de 2017. O cálculo amostral definiu a inclusão de 225 pacientes que internaram no hospital, via emergência, e que havia registro dos diagnósticos de enfermagem. A coleta de dados foi documental, de onde foram extraídas informações sobre o perfil da amostra, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e dados do desfecho hospitalar. A pesquisa foi autorizada pelo CEP da UNISINOS. **Resultados:** A amostra foi composta na maior parte por mulheres, idade média de 72,77 anos. A maioria dos pacientes foram classificados como amarelo, na classificação Emergency Severity

System (ESI). Foram realizados em média 3,71 DE por paciente, e, assim, selecionados 26 DE mais frequentes. Entre estes prevaleceram os DEs “Risco de infecção”, “Integridade da pele prejudicada” e “Risco de síndrome do idoso frágil”. O tempo de permanência na UE foi de 38,18 horas. A maioria dos pacientes foi transferido para unidades de internação, bem como, o principal desfecho foi a alta hospitalar. **Conclusão:** Os dados obtidos através dos resultados proporcionam base para a elaboração de cuidados de enfermagem mais específicos para a UE. Além de ressaltar a importância que os DEs têm para a assistência de enfermagem neste ambiente hospitalar. Há poucos estudos que analisem a temática proposta, assim, sugere-se que sejam realizados estudos direcionados a este tema.

Descritores: Enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem; Emergências.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DO PACIENTE PRÉ TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA

Sheila Ganzer Porto; Denise Salazar da Rosa; Fernanda Niemeyer; Luciana Marina da Silva

Introdução: O Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) é o tratamento para doenças hematológicas, oncológicas e imunológicas que consiste na infusão de células-tronco hematopoiéticas destinadas a restaurar a função medular do paciente. No transplante de medula óssea (TMO) autólogo, as células-tronco periféricas são retiradas do próprio paciente, armazenadas e infundidas após regime de condicionamento (quimioterapia). A etapa pré-TMO exige orientações específicas sobre o longo processo de tratamento que o paciente deve superar. O enfermeiro tem papel importante no cuidado e orientação destes pacientes. A utilização dos diagnósticos de enfermagem irá nortear as intervenções de enfermagem e facilitar o planejamento e as ações individualizadas ao paciente. **Objetivo:** Relatar os diagnósticos de enfermagem em paciente pré transplante autólogo de medula óssea. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de enfermeiras de uma unidade de internação clínica-cirúrgica adulto de um hospital universitário do sul do Brasil. **Resultados:** Os diagnósticos de enfermagem são uma ferramenta essencial para implementar os cuidados realizados pela equipe de enfermagem. Foram elencados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Dor aguda relacionado a presença de agentes lesivos biológicos, químicos, físicos e psicológicos; risco de infecção relacionado à imunossupressão, risco de infecção relacionado a procedimento invasivo; medo relacionado com o tratamento. **Considerações finais:** O cuidado prestado pelas enfermeiras aos pacientes que irão realizar transplante de medula óssea inclui acolhimento e orientações quanto a prevenção das principais complicações oriundas do transplante de medula. O papel de educador no pré TMO contribui para tranquilizar o paciente e o familiar frente os procedimentos que serão realizados, proporcionando mais autonomia e segurança nas demais etapas do transplante. A prestação de cuidados de qualidade contribuem positivamente para o sucesso do transplante e recuperação do paciente.

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

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE READEQUAÇÃO SEXUAL FEMININA

Susana Lamara Pedras Almeida; Candida Caniçali Primo; Márcia Valéria de Souza Almeida; Neide Aparecida Tosato Boldrini; Helena Lúcia Barroso dos Reis; Caroline Simões Caldeira

Introdução: A disforia de gênero refere-se ao fenômeno em que as pessoas experimentam sofrimento psicológico resultante da discrepância entre o sexo atribuído no nascimento e a identidade de gênero(1). A falta de sintonia e conjugação do corpo com a mente geram transtornos que impossibilitam o cidadão de encontrar sua verdadeira identidade sexual(2). A cirurgia de readequação sexual (CRS) está estabelecida e regulamentada pelo Ministério da Saúde desde 2008, por meio de Portarias que definem as diretrizes nacionais para o processo transexualizador(3). A insatisfação e / ou arrependimento em relação aos desfechos do CRS pode desencadear um maior sofrimento no pós-operatório(1). O enfermeiro é integrante essencial em todas as etapas do processo de transição(4); desde o acolhimento inicial até o pós-operatório. A prática da enfermagem busca a interação sincrônica entre paciente e ambiente, fortalecendo a coerência e a integridade do corpo humano, com vistas a assistir às pessoas, respeitando sua unicidade, autenticidade e individualidade(5). **Objetivo:** Identificar os principais diagnósticos de enfermagem em consulta de enfermagem no pós-operatório de mulher trans. **Metodologia:** Estudo de caso fundamentado na Teoria de Wanda Horta(5) e utilizando a NANDA-I(6) para identificar os diagnósticos de enfermagem. O estudo foi realizado no mês de fevereiro de 2018 em um Hospital Universitário. Os dados foram coletados através da avaliação de enfermagem e revisão em prontuários. **Resultados:** Histórico de Enfermagem: S.C, 42 anos, união estável, reside com o parceiro, em pós operatório tardio de CRS. As necessidades afetadas foram expressadas por meio dos sinais/sintomas observados no exame físico e relatos do paciente de dor abdominal, secreção na ferida operatória, febre noturna, diarreia persistente, perda urinária intermitente e dor intensa durante o ato miccional, desconforto na relação sexual, insônia e preocupação com os resultados da cirurgia. Foram levantados sete diagnósticos de enfermagem de acordo com a classificação NANDA-I(6): dor aguda; risco de infecção; hipertermia; diarreia; risco de lesão do trato urinário; disfunção sexual; ansiedade. **Conclusão:** Os enfermeiros devem assumir seu protagonismo nesse processo através da assistência de qualidade durante esse percurso de transformação para a construção do corpo feminino, que envolve adequação do comportamento biopsicosocial, uso de hormônios, dilatação do canal vaginal e complicações cirúrgicas. **Descritores:** Consulta de Enfermagem; Terminologia de Enfermagem; Procedimentos de Readequação Sexual.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE EM DIÁLISE PERITONEAL

Karen Patricia Macedo Fengler; Júlia Faraon Kapitansky; Maria Conceição da Costa Proenca; Andrea Zanoni da Veiga Lopes

Introdução: A doença renal crônica (DRC) é caracterizada pela disfunção renal. Uma das terapias renais substitutivas é a diálise peritoneal. Este método consiste na infusão de solução de diálise no peritônio, o qual tem em sua composição dextrose (glicose). Pacientes diabéticos que realizam esta terapia apresentam maior dificuldade em controlar níveis glicêmicos, devido a absorção de glicose pelo peritônio, bem como pela uremia que interfere na resposta fisiológica à insulina. **Objetivo:** Elencar os principais diagnósticos de enfermagem de um paciente com DRC em diálise peritoneal. **Método:** Trata-se de um estudo de caso, realizado em 2014, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os dados

foram coletados do prontuário eletrônico, anamnese, exame físico, evolução e exames. Para classificação dos diagnósticos de enfermagem foi utilizado NANDA 2018-2020. **Resultados:** Paciente feminina, 59 anos, portadora de DRC, causada por hipertensão e diabetes tipo II, diagnosticada após início de diálise peritoneal. Internada com diabetes descompensada em uso de insulina e lesões orais com relato de dor. Apresenta HGT de 212 mg/dl, lesões na cavidade oral com dificuldade e diminuição de aceitação alimentar, deambula com auxílio e refere fraqueza. Os principais diagnósticos de enfermagem elencados foram Risco de Glicemia Instável relacionado a alterações metabólicas assim como diálise peritoneal, controle de medicamentos e ganho de peso excessivo; Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais e Dor Aguda evidenciado por lesões na cavidade oral com diminuição de aceitação alimentar; Risco de Infecção relacionado a procedimento invasivo; Risco de desequilíbrio do volume de líquido relacionado à terapêutica medicamentosa e Risco de Quedas relacionado a mobilidade prejudicada assim como por alteração na glicemia. **Considerações finais:** O estudo ressaltou que alguns diagnósticos de enfermagem elencados não possuem fatores de risco específicos para casos de pacientes em diálise peritoneal. A exemplo do diagnóstico do Risco de glicemia instável citado sugere-se a inclusão de Diálise peritoneal e Controle de medicamentos como fator de risco.

Descritores: Diagnósticos de enfermagem; Diálise peritoneal; Diabetes Mellitus.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM PACIENTES INTERNADOS VIA EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL PRIVADO DO SUL DO BRASIL

Murilo dos Santos Graeff; Aline Tsuma Gaedke Nomura; Rosana Pinheiro Lunelli; Ana Carolina Paim Gomes; Marcos da Silva Barragan; Miriam de Abreu Almeida

Introdução: As emergências são importantes portas de entrada à população, atendendo condições agudas e crônicas que demandam cuidados específicos e internação. Aliar o uso das taxonomias na prática de enfermagem aos sistemas de documentação contribui para o planejamento do cuidado de pacientes em emergências. **Objetivo:** Identificar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem mais frequentes em pacientes internados via emergência em um hospital privado do sul do Brasil. **Método:** Estudo de tipo quantitativo, descritivo, documental. Como referência taxonômica, a instituição utiliza os diagnósticos de enfermagem (DEs) da NANDA-I e as intervenções da Nursing Interventions Classification. População composta por prontuários de pacientes internados provenientes da emergência no ano de 2017. Os dados foram obtidos através do banco de dados em software da instituição e para análise utilizou-se estatística descritiva. **Resultados:** Os DEs mais frequentes foram: Risco de infecção (18,64%); Integridade da pele prejudicada (9,25%) e Risco de síndrome do Idoso Frágil (6,56%). Esses diagnósticos representam mais de 1/3 do total de 95 DEs, sendo que 23 deles corresponderam a 79,45% dos DEs prescritos. Com relação às Intervenções, as mais frequentes foram: Manutenção de dispositivo de acesso venoso (38,94%); Prevenção de lesões por pressão (8,35%); Banho (6,52%); Manutenção da saúde oral (6,40%); representando 60,22% do total das prescrições de enfermagem. **Conclusão:** Foi possível esboçar um quadro dos diagnósticos e intervenções prevalentes em pacientes provenientes da emergência, possibilitando o planejamento da assistência focada nas demandas específicas. Além disso, o trabalho pode subsidiar o Processo de Enfermagem em cenários semelhantes.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem; Emergência.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM MAIS UTILIZADOS EM PUÉRPERAS NO CENTRO OBSTÉTRICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paola Melo Campos; Marcela Rosa da Silva

Introdução: O parto e o nascimento é um momento que causa muitas mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais na vida das mulheres. O parto é culturalmente associado a dor, no entanto a dor está atrelada ao processo fisiológico. Juntamente com o nascimento é iniciado o processo de nutrição desse novo ser, sendo o leite materno o alimento mais indicado e é nesse momento que surgem todos os questionamentos relacionados à amamentação. O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico, exercido pelo enfermeiro, que necessita de pensamento crítico para que se tenha respostas referente ao processo de cuidado do usuário e com isso são implementadas intervenções de cuidado. **Objetivo:** elencar diagnósticos de enfermagem relacionados ao puerpério imediato. **Método:** Trata-se de um relato de experiência da vivência da residente em enfermagem obstétrica, durante o mês de março de 2019, em um hospital escola do sul do Brasil para elencar os diagnósticos foi utilizado NANDA e NIC como referencial. **Resultados:** os principais diagnósticos de enfermagem elencados foram: dor do parto e risco de amamentação ineficaz, os dois diagnósticos serão relacionados ao puerpério imediato. As principais intervenções de enfermagem que foram implementadas referente ao diagnóstico de dor do parto foram: comunicar sinais de dor; verificar sinais vitais; observar condições do períneo; observar involução uterina e monitorar lóquios quanto às características, quantidade, cor e presença de coágulos. Os cuidados referentes ao segundo diagnóstico foram: auxiliar mãe durante a amamentação da criança; observar mamadas ao seio; orientar sobre técnica de amamentação. Todos os diagnósticos são apazados conforme sua necessidade de avaliação. **Conclusões:** o diagnóstico de enfermagem é de suma importância para exercer o pensamento crítico do enfermeiro assistencial, para implementar cuidados de enfermagem relacionados e para qualificar os cuidados prestados. No puerpério imediato a puérpera está predisposta a sentir dor relacionada ao parto, além de estar em processo de adaptação da amamentação, logo está sujeita ao risco de amamentação ineficaz e para que a amamentação seja efetiva é necessário que os profissionais orientem e observem como está o processo de amamentação.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Cuidado de enfermagem; Puerpério.

EFEITO DE TERAPIAS COMPRESSIVAS NA CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS VENOSAS: PROTOCOLO DE ESTUDO

Fernanda Peixoto Cordova; Giullia Garcia de Medeiros; Ana Cláudia Fuhrmann; Carla Cristiane Becker Kottwitz Bierhals; Lisiane Manganeli Girardi Paskulin; Amália de Fátima Lucena

Introdução: A úlcera venosa (UV) ocorre devido à gravidade da insuficiência venosa crônica (IVC). Apresenta alta prevalência e está associada à dor, piora na qualidade de vida e alto custo do tratamento. O padrão ouro no tratamento da UV é a aplicação de terapia compressiva (TC). Na aplicação da terapia compressiva TC adequada, a cicatrização da UV pode ser alcançada em média de 23 semanas de tratamento. A Nursing Outcomes Classification (NOC) têm sido utilizada na avaliação e acompanhamento do processo de cicatrização da UV, pois possui linguagem padronizada e identifica resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. **Objetivos:** Descrever o protocolo de um estudo clínico randomizado de equivalência para comparar o efeito de duas TCs em usuários com UV. **Método:** Será realizado um Ensaio Clínico Randomizado, de equivalência, em usuários com UV, atendidos nas Unidades de Saúde Santa Cecília e

Modelo. A amostra será de 126 UV, 63 em cada grupo. Os participantes serão randomizados em Grupo Intervenção (GI) A - atadura de alta compressão e GI B - Bota de Unna. O efeito das TCs será avaliado pelos resultados NOC Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção; Nível de Dor e Integridade Tissular: Pele e Mucosas, com indicadores selecionados para cada um deles. As análises serão por intenção de tratar. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Logística do Protocolo: os usuários das USs, que atenderem aos critérios de inclusão, serão convidados para participarem no estudo. Após randomização, a intervenção será realizada por enfermeiras intervencionistas no período de 26 semanas. O efeito das intervenções serão avaliados a partir dos resultados NOC selecionados, realizados por avaliador cego quanto à TC, no primeiro dia e nas semanas pares até a semana 26.

Descritores: úlcera varicosa; bandagens compressivas; cicatrização.

ENFERMAGEM EM AÇÃO: PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COM PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À COMUNIDADE

Lucelia Caroline dos Santos Cardoso; Joyce Mara Serafim Kollet; Larissa Rocha Lopes; Tais Daiane dos Santos; Durval Salgado; Jéssica Hoffmann da Silva

A enfermagem é uma profissão relacionada à promoção e prevenção de doenças e agravos em saúde, bem como à reabilitação de pacientes e cuidados às famílias com diferentes necessidades. Bem como indivíduos e famílias, a comunidade como um todo necessita de intervenções com vistas a garantir um adequado acesso aos serviços e realização de ações que sejam adequadas. A rotina diária dos cidadãos dificulta, muitas vezes, a realização de encontros e consultas presenciais para realização de aconselhamento em saúde. Considerando as possibilidades dos meios de comunicação e o perfil da comunidade assistida, pode-se elaborar estratégias que sejam promotoras em saúde através de meios diversos. **Objetivo:** descrever atividades de orientação em saúde realizadas pelo curso de enfermagem com utilização de meio de comunicação digital. **Metodologia:** relato de experiência sobre ações realizadas pelos acadêmicos em extensão universitária do curso de enfermagem do UNICNEC durante o ano de 2018. **Resultados:** O curso de enfermagem do UNICNEC realiza semanalmente participação em programa de rádio para orientação da comunidade sobre temas diversos. Durante o ano de 2018 as atividades foram divididas entre as diferentes docentes do curso com vistas a agregar maior número possível de participantes e abordagem de temas dentro das suas áreas de ação. Com a orientação de alunos sobre os problemas enfrentados no Brasil e no mundo, os acadêmicos são instigados a realização de coleta de dados dentro da realidade da temática escolhida e confecção de material escrito que seja norteador da entrevista com profissional da rádio. Temas pertinentes ao desenvolvimento humano em todas as etapas do ciclo de vida bem como as patologias e formas de prevenção foram abordadas de forma sistemática pelos alunos com respaldo das docentes do curso. Resultados: observa-se que o aluno sente participante ativo do processo de elaboração de estratégias de ação do enfermeiro em diferentes áreas do saber. O preparo necessário para adequação do linguajar para alcance do público leigo instiga o aprimoramento profissional. A utilização de meio digital favorece o alcance da informação a um maior número de ouvintes.

Descritores: Enfermagem; Educação em saúde; Meios de comunicação.

ESCALAS DE PERFORMANCE PALIATIVA APLICADAS A PACIENTES EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Elisangela Souza; Luana Gabriela Alves da Silva; Nicole Hertzog Rodrigues; Débora Monteiro da Silva; Rodrigo Lauer; Suzana Grings de Oliveira

Introdução: A assistência prestada ao paciente em cuidados paliativos pode ser realizada através do controle dos sinais e sintomas, atendendo suas necessidades culturais, biopsicossociais e espirituais, tendo como finalidade o cuidado ampliado ao paciente e seus familiares. Para que seja alcançado o cuidado adequado foram desenvolvidas escalas que avaliam a performance destes pacientes. A Palliative Performance Scale (PPS) e a Karnofsky Performance Status Scale (KPS) são consideradas ferramentas amplamente utilizadas a pacientes em cuidados paliativos. Por meio destas podemos avaliar a curva evolutiva da doença, bem como trazer aporte para realizar o prognóstico deste paciente, a delimitação da terminalidade e subsídios para tomadas de decisões. **Objetivo:** Descrever a práxis de enfermeiros atuantes em uma unidade de internação clínica com ênfase na utilização de escalas de performance a pacientes submetidos a cuidados paliativos. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas de enfermagem obtido através da vivência proporcionada pela capacitação de enfermagem em uma Unidade de Internação Clínica com Ênfase em Cuidados Paliativos. **Resultados:** Ao longo desta capacitação nos foi oportunizado o contato direto com pacientes submetidos a cuidados paliativos, onde evidenciamos a importância da implementação destas escalas como forma de obter dados quanto ao quadro clínico destes pacientes desde sua internação, possibilitando a avaliação da evolução da doença. Estas escalas avaliam questões relacionadas à capacidade destes pacientes de realizarem atividades e o autocuidado, com foco na sintomatologia, queixas, necessidade de assistência e risco iminente de morte. Na unidade evidenciada os enfermeiros responsáveis pela assistência fazem uso das escalas PPS e KPS como etapa primordial do processo de enfermagem, propiciando um melhor cuidado prestado pela equipe multiprofissional a estes pacientes. **Conclusões:** A capacitação nos proporcionou a oportunidade de realizarmos a sistematização da assistência de enfermagem a estes pacientes, possibilitando assim o uso das escalas PPS e KPS como ferramenta de auxílio para promover uma assistência de qualidade. A utilização destas escalas em unidades de cuidados paliativos visa promover e garantir subsídios para a equipe multiprofissional quanto ao manejo a ser realizado com cada paciente em suas especificidades, bem como, a otimização da comunicação entre a equipe multiprofissional.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Cuidados Paliativos; Processo de Enfermagem.

ESCORE DE MEWS COMO INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SINAIS DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

Elisangela Souza; Nicole Hertzog Rodrigues; Luana Gabriela Alves da Silva; Rodrigo Lauer; Débora Monteiro da Silva; Suzana Grings de Oliveira

Introdução: O Modified Early Warning Score (MEWS) é um escore fundamentado na monitorização de parâmetros fisiológicos de fácil identificação, tais como a pressão arterial sistólica, frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura e o nível de consciência. O Escore de MEWS pode ser empregado no direcionamento de um seguimento continuado dos pacientes, identificando os escores alterados e com aumento progressivo que necessitam de maior atenção pela equipe assistencial. **Objetivo:** Relatar a importância da avaliação do Escore de Mews por enfermeiros na transferência de cuidado de pacientes adultos internados em um serviço de emergência de um Hospital

Universitário do Sul do Brasil. **Método:** Trata-se de um relato de experiência realizado a partir da vivência de acadêmica de enfermagem obtida por meio de capacitação acerca da atuação dos enfermeiros em um serviço de emergência de um hospital de grande porte do sul do Brasil na utilização do Escore de Mews como ferramenta para identificação precoce de sinais de deterioração clínica do paciente. **Resultados:** No serviço de emergência da referida instituição hospitalar, a avaliação do Escore de MEWS é realizado por enfermeiros na transferência de cuidado no serviço de emergência, tendo isto em vista, é importante a manutenção de uma comunicação efetiva para a prestação de um atendimento seguro à estes pacientes. O registro dos Escores são realizados em prontuário eletrônico em local disponível para a equipe multidisciplinar. Escores de alerta precoce, utilizados à beira leito, configuram-se como uma ferramenta simples na identificação de pacientes com risco iminente de morte. A aplicação do instrumento permite que intervenções sejam precocemente realizadas com o intuito de melhorar o desfecho evolutivo. **Conclusões:** A implementação do Escore de MEWS acaba por ofertar benefícios na identificação de mau prognóstico clínico e minimização das chances de alarmes falsos, além disso, serve de alerta para a necessidade de intervenção. A classificação é efetiva para definir prioridades de atendimento e para predizer o desfecho no paciente no serviço de emergência. Com a utilização do Escore de MEWS na prática assistencial percebe-se a consolidação de ações e condutas da enfermagem com ganho de qualidade na assistência oferecida ao paciente.

Descritores: Processo de Enfermagem; Segurança do paciente; Qualidade da Assistência à Saúde.

ESTUDO DE CASO DE CRIANÇA COM SÍNDROME NEFRÓTICA

Marina Fritz; Fabiana Wemmer

Síndrome Nefrótica (SN) define-se por proteinúria, anasarca, hiperlipidemia, hipoalbumemia e função renal normal (EL-MASHAD; GHADA 2016). Indivíduos acometidos pela patologia têm maior risco de infecções, como efeito da redução da imunidade (MS, 2012). O estudo de caso apresentado foi desenvolvido durante “Estágio Supervisionado na Saúde da Criança”, em hospital filantrópico do Vale do Rio dos Sinos/RS, em 2019. Objetiva-se apresentar o caso de um menino, sete anos, com diagnóstico de SN e descrever Diagnósticos de Enfermagem (DE) considerados prioritários no cuidado. Utilizou-se como método pesquisa descritiva, com coleta de dados realizada por anamnese, exame físico, revisão do prontuário e pesquisa bibliográfica. Os princípios éticos foram respeitados conforme resolução 510/2016. A taxonomia utilizada foi Carpenito-Moyet (2011). Em histórico, criança com edemas em face, náuseas, oligúria e mialgia. Buscou consulta em UPA, onde foi diagnosticado com quadro alérgico e liberado a domicílio. Na mesma data, busca auxílio hospitalar, onde foi diagnosticado com gastroenterite e obteve alta. Após dois dias, devido persistência dos sintomas, paciente é levado ao hospital, onde interna com suspeita de SN. Solicitados exames laboratoriais, que apresentaram alterações expressivas (creatinúria; uremia; hiponatremia; dislipidemia; hipoalbumemia; proteinúria) e de imagem, que exibiram mínimo derrame pleural à direita. Em anamnese, paciente refere inapetência, oligúria e constipação. Ao exame físico, afebril, anictérico, em anasarca, eupneico. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares diminuídos em base direita. Abdome globoso, ruídos hidroaéreos diminuídos, sem dor à palpação. Fazendo uso de Cefuroxina, Alburex, Albendazol, Prednisona e Lasix há 3 dias. Os DE considerados prioritários frente à situação foram: Risco ineficaz da saúde da criança relacionado ao conhecimento insuficiente sobre condição, etiologia e progressão da doença; Risco de infecção relacionada à suscetibilidade aumentada durante fase edematosa; Atividade de recreação deficiente relacionada à hospitalização. A SN,

portanto, baseia-se na deficiência imune, sendo essencial identificação correta para ações efetivas. Ao enfermeiro, é preciso abordar os problemas para definição de DE e execução de metas, utilizando o processo de enfermagem como instrumento. Sugere-se investigação interdisciplinar, com olhar individual. Espera-se, assim, conceder atendimento ético, reduzindo custos e promovendo saúde.

Descritores: Diagnósticos de Enfermagem; Síndrome Nefrótica; Criança.

FACILIDADES E DIFICULDADES NA ESCOLHA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA

Daiane Picolotto; Taline Bavaresco

Introdução: O enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) desenvolve suas ações pautadas no diagnóstico de enfermagem (DE) que se refere ao julgamento clínico do enfermeiro e, embasa a elaboração de intervenções, que podem ser determinantes nos resultados a serem alcançados. Sua linguagem pode ser padronizada com sistemas específicos como a NANDA-I. Porém ainda existe uma reflexões sobre um conhecimento insuficiente dos enfermeiros, tornando-se uma barreira para sua adesão e execução.

Objetivo: Identificar as principais facilidades e dificuldades dos enfermeiros na escolha dos diagnósticos de enfermagem em UTI. **Método:** Trata-se de uma revisão Integrativa, realizada entre os meses de junho a setembro de 2018, nas bases de dados BVS e PUBMED. Foram usados como descritores: Diagnóstico de Enfermagem e Unidade de Terapia Intensiva, bem como seus correspondentes em inglês e utilizando o operador booleano AND. Foram incluídos artigos publicados a partir de 2013, com acesso ao texto completo, disponíveis em português, que abordem a temática do DE em UTI. Excluíram-se artigos de revisão sistemática ou integrativa, teses, dissertações e trabalhos completos que não possibilitavam acesso on-line. Os artigos disponíveis em mais de uma base de dados foram incluídos apenas uma vez. Da BVS foram encontrados 943 artigos, dos quais 68 foram selecionados após a leitura de título e resumo e, na leitura aprofundada sete artigos compuseram a amostra final. Resultados: Observou-se, nos estudos, que os principais DE foram o Risco de infecção (71,5%), Risco de integridade da pele prejudicada e Risco de desequilíbrio de volume de líquido ou eletrolítico (43% cada). As facilidades para a escolha do DE, englobam o detalhamento encontrado nos prontuários com registros adequados, além de checklists, bem como a utilização de sistemas informatizados, que segundo os enfermeiros atuantes nos serviços aceleram esta etapa de cuidado. Quanto as dificuldades, o sistema informatizado foi destacado quando a totalidade da taxonomia não está cadastrada. Outras estão relacionadas aos profissionais que não possuem domínio adequado dos DE ou pela falta de formação/capacitação adequada, implicando na acurácia diagnóstica. Além de dificuldades pessoais.

Conclusão: A definição do DE é complexa e necessita do profissional raciocínio clínico, além de suporte teórico e de informática adequados.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; NANDA-I.

FATORES RELACIONADOS, ASSOCIADOS E POPULAÇÕES DE RISCO DO NOVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM LESÃO POR PRESSÃO PROPOSTO À NANDA INTERNACIONAL: RESULTADOS PRELIMINARES

Cássia Teixeira dos Santos; Thayná de Almeida; Franciele Moreira Barbosa; Claudenilson da Costa Regis; Amália de Fátima Lucena

Introdução: A Lesão por pressão (LP) é um dano ao paciente¹ e o enfermeiro possui papel relevante no diagnóstico e cuidado dos mesmos. Todavia, a NANDA Internacional (NANDA-I)² ainda carece de um diagnóstico de enfermagem (DE) com foco neste problema. **Objetivo:** Identificar os fatores relacionados, associados e as populações de risco do DE Lesão por pressão. **Método:** Estudo de validação clínica,³ realizado em um hospital universitário brasileiro. Amostra de 30 pacientes adultos, hospitalizados e com LP, captados entre fevereiro e abril/2019 nas unidades de internação e terapia intensiva. Na coleta de dados se utilizou instrumento desenvolvido pelos pesquisadores submetido à NANDA-I constando sete fatores relacionados, duas populações de risco e 12 condições associadas, que foi aplicado aos pacientes por uma dupla de pesquisadores. Dados sociodemográficos e clínicos coletados no prontuário. A análise dos dados foi estatística descritiva e conforme Fehring (1987)³. Projeto aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da instituição nº2018/340. **Resultados:** A idade dos pacientes foi de 61,4 (+/-20,3) anos, predominantemente sexo masculino, brancos, casados e aposentados. Comorbidades: hipertensão arterial sistêmica (57%), doenças cardiovasculares (47%) e neoplasias (47%) e índice de massa corporal de 23,9 (+/-6,33). A maioria das LP (67%) desenvolvidas na internação, em região sacra (80%) Estágio II (67%). Seis (28,5%) fatores foram validados como muito frequentes ($R>80$), sendo três fatores relacionados (forças de cisalhamento, pressão sob proeminência óssea e superfície de atrito-fricção) e três condições associadas (agente farmacológico, anemia e imobilização física). Oito (38%) frequentes ($R>0,8$ e $>0,5$), sendo três fatores relacionados (conhecimento insuficiente, desidratação, incontinência), uma população de risco (extremos de idade) e quatro condições associadas (circulação prejudicada, diminuição perfusão tecidual, diminuição nível albumina e edema). Sete (33,3%) não frequentes ($R<0,5$), sendo um fator relacionado (extremos de peso), uma população de risco (história de LP) e cinco condições associadas (alteração na sensação, diminuição oxigenação tecidual, hipertermia, neuropatia periférica e tabagismo). **Conclusões:** As principais causas do desenvolvimento da LP foram relacionados aos fatores extrínsecos e intrínsecos do paciente e os resultados apontaram a necessidade de ampliação da amostra para a validação clínica das características definidoras do DE.

Descritores: Úlcera por pressão; Diagnóstico de enfermagem; Estudos de Validação.

GESTÃO SISTEMATIZADA DO CUIDADO CRÍTICO E SEU IMPACTO NA QUALIDADE ASSISTENCIAL

Karla Tatiane Viana; Samara Fortunato Cardoso; Michele Elisa Weschenfelder Hervé; Ruy de Almeida Barcellos

Introdução: A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) tem como objetivo prestar assistência a pacientes em estado crítico ou de alto risco, é um local que concentra equipamentos, materiais e equipe treinada para o adequado tratamento e cuidado. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é norteadora para a organização do trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem, sendo essencial para qualificar a assistência prestada ao paciente, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado. **Objetivo:** Relatar as ações do enfermeiro intensivista norteadas pelo processo de enfermagem. **Método:** Trata-se de um relato de

experiência produzido a partir da experiência dos enfermeiros e acadêmicas de enfermagem, na UTI de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. **Resultados:** A SAE é uma ferramenta essencial para o planejamento do cuidado ao doente crítico, uma vez que esta direciona o raciocínio clínico do Enfermeiro para a gestão do cuidado baseado na aplicação dos sistemas de classificação que norteiam o planejamento, execução e resultados do cuidado. O papel assistencial do enfermeiro na UTI envolve especificidades e articulações indispensáveis à gestão do cuidado aos pacientes críticos. Além de conhecer o perfil epidemiológico e demográfico dos pacientes, é necessário realizar anamnese, exame físico, executar procedimentos e intervenções de alta complexidade, orientar e acolher pacientes e familiares. Portanto, é necessária atualização técnico-científica constante e práticas humanizadas no processo de trabalho em UTI, as quais são fundamentadas e sustentadas pela SAE. Ao mesmo tempo, ainda é atribuição do enfermeiro intensivista o gerenciamento, planejamento e supervisão de todas as ações da equipe de enfermagem, sejam elas administrativas ou assistenciais. **Considerações Finais:** As rotinas de trabalho do enfermeiro intensivista direcionadas pelo processo de enfermagem favorecem melhor qualidade da assistência de enfermagem na UTI. O conhecimento desta ferramenta torna-se importante na busca de novas competências e modos de organização do trabalho, assim como nas atitudes profissionais integradas que considerem toda a complexidade do cuidado de enfermagem em terapia intensiva.

Descritores: Cuidados Críticos; Enfermagem.

“HEALTH SIMULATOR”: CONSTRUÇÃO DE UM SIMULADOR VIRTUAL PARA O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Michele Antunes; Marta Rosecler Bez; Paulo Ricardo Muniz Barros; Marie Jane Soares Carvalho; Sandro Rigo; Luana Rockenback

Introdução: Os simuladores são ferramentas que podem ser utilizadas de diferentes formas, visando à reprodução total ou parcial de uma realidade. Estes podem ser classificados como simuladores de baixa, média e alta fidelidade. Já, os simuladores virtuais caracterizam-se como ferramentas complementares, cuja proposta principal é oferecer experiência e emoção por meio de ambiente virtual simulado transformando-as em aprendizagem significativa, oferecendo o suporte para formação educacional com conceitos sólidos e pautados no pensamento crítico, resolução de problemas, planejamento e flexibilidade. **Objetivo:** relatar a experiência de construção de um simulador virtual, denominado 'Health Simulato'. **Método:** trata-se de um relato de experiência. **Resultados:** O 'Health Simulator' é um simulador de casos clínicos do tipo Paciente Virtual, que tem por objetivo simulações de cenários reais, proporcionando o conhecimento de práticas profissionais da saúde, obtendo prontuários clínicos, exames físicos e complementares, definir um ou mais diagnósticos e, a partir deste(s), indicar uma ou mais condutas. A modelagem do conhecimento do simulador, é representada pelo especialista em uma Rede Bayesiana (RB), onde através da mesma, são desenvolvidos casos clínicos. A arquitetura desenvolvida é explicada nas fases de estruturação do conhecimento pelo especialista, construção dos casos clínicos por professores, interface do aluno e feedback fornecido pelo simulador. Este utiliza aspectos da área da Inteligência Artificial, quais sejam: redes bayesianas e sistema de recomendação e um que se refere as categorias de competências de pensamento crítico. Para a construção do simulador virtual, foram construídas as RB com base nos diagnósticos de enfermagem que compõem a taxonomia de North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) e das intervenções da Nursing Interventions Classification (NIC). Neste, foram atribuídas as probabilidades conforme as características definidoras e fatores relacionados, que orientarão as intervenções, com as atividades a serem

desenvolvidas para a melhora clínica do paciente virtual. **Considerações finais:** A prática simulada apresenta vantagens, tais como o estímulo as habilidades de raciocínio clínico, tomada de decisão e pensamento crítico.

Descritores: Enfermagem; Simulação por Computador; Processo de Enfermagem.

IDENTIFICANDO OS DESAFIOS PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM POR MEIO DO ARCO DE CHARLES MAGUEREZ

Jhonatan Tyson Barros Azevedo; Felipe Ferreira Mendes da Silva; Elivan da Silva Alencar; Luís Fernando Bogéa Pereira

Introdução: Os modelos pedagógicos mais interativos adotam metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento, tendo como ponto de partida a realidade. Neste sentido, a Arco de Charles Maguerez surge como uma estratégia metodológica que instaura a dúvida como princípio e como método do conhecer, onde o processo de formação percorre o caminho da dialética, partindo-se da realidade e a ela voltando com algum grau de intervenção. **Objetivo:** Relatar a experiência da utilização do método do Arco de Charles Maguerez por acadêmicos de Enfermagem, com enfoque na identificação dos desafios para a SAE. **Metodologia:** Este relato foi construído a partir das experiências vivenciadas com a utilização do Arco de Charles Maguerez por acadêmicos de Enfermagem do 5º período da Universidade Federal do Maranhão – Campus Pinheiro. As atividades foram realizadas em quatro momentos: 1 – Trabalhando conceitos. 2 – Diagnóstico da situação real. 3 - Realização da Plenária. 4 – Síntese das ideias. Após a plenária, todas as ideias foram organizadas sob a forma de documento, intitulado: Desafios identificados para a SAE, nos serviços de saúde do município de Pinheiro. **Resultados:** O documento versava sobre a visão dos estudantes sobre o uso da metodologia, enquanto meio para identificação dos desafios para a SAE nos serviços de saúde do município. Destacando-se que as experiências contribuíram de forma significativa à aquisição das competências e habilidades exigidas para cada momento do processo formativo que estávamos vivenciando. O olhar crítico para as condições da prestação de cuidado de qualidade, pois a falta de uma metodologia assistencial, que garanta um serviço de Enfermagem sistematizado, tem nos levando à reflexão e compreensão da essencialidade da SAE. O uso de tal metodologia tem contribuído à compreensão da realidade do serviço de Enfermagem no município de Pinheiro. **Conclusão:** A metodologia da problematização, no processo de formação em Enfermagem, se torna relevante à medida que se propõe a preparar o futuro graduado para intervir na realidade. A utilização do Arco de Charles Maguerez possibilita uma formação com grande inserção dos graduandos nos cenários de prática reais, com vivências no contexto do Sistema Único de Saúde, e nos desafios do trabalho da Enfermagem, principalmente, no que diz respeito à Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Metodologia; Assistência de Enfermagem.

INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO ALÍVIO DA DOR AGUDA EM PACIENTE QUEIMADO DURANTE A INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

Sabrina Padilha Kobus; Francine Ribeiro Trisch; Lucélia Caroline S. Cardoso

Queimadura refere-se às lesões de pele causado por diversos fatores: calor, eletricidade, produtos químicos, radiação ou atrito físico. Podem ser classificadas em diferentes graus de acordo com o comprometimento das estruturas afetadas. O local e o comprometimento

tecidual ocasionado exigem cuidados diferenciados para restabelecimento do paciente acometido. No Brasil, acidentes com queimadura em crianças são a quarta principal causa de morte e internações hospitalares até os 14 anos de idade. Geralmente, o tratamento é doloroso e demorado, acometendo não somente o estado físico mas também emocional do paciente e da família. **Objetivo:** apresentar relato de assistência em saúde com promoção do alívio da dor em paciente pediátrico queimado. **Metodologia:** relato de experiência do atendimento realizado por grupo de acadêmicos do curso bacharel em enfermagem nas práticas hospitalares da disciplina de Saúde da Criança II no ano de 2018. **Resultados:** cada grupo de alunos ficava responsável pelo atendimento integral de um paciente internado. Após a avaliação de uma criança de seis anos internada por queimadura em membros superiores as acadêmicas preocuparam-se quanto a utilização de medidas não farmacológicas para auxílio no alívio da dor durante a realização dos curativos. A avaliação da boa relação mãe-filho foi fator contribuinte no estabelecimento de intervenções de enfermagem. A liberdade de tempo da mãe para realização da retirada das coberturas durante o banho e utilização de brinquedos contribuiu para distração da criança referente aos estímulos algícos relacionados ao curativo. Brinquedo terapêutico e brincadeiras foram utilizadas durante a realização da técnica com a finalidade de contribuir na diminuição da sensação de dor pela criança além da administração de analgésicos prescritos anterior a realização do procedimento. A família foi estimulada a comparecer na brinquedoteca para realização de atividades que estimulem a ludicidade do brincar. **Considerações finais:** Inúmeras alternativas podem ser utilizadas com a finalidade de alívio da dor em pediatria de forma alternativa e potencializadoras da terapia medicamentosa. A realização de atividades com a família estimula a realização do auto-cuidado, necessário para a atenção pós alta hospitalar. A criança responde bem aos estímulos lúdicos e se torna mais colaborativa na realização do procedimento.

Descritores: Enfermagem; Queimadura; Internação hospitalar.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DE RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A PROCEDIMENTOS INVASIVOS (CATETERISMO VESICAL DE DEMORA): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lisiane Nunes Aldabe; Débora Francisco do Canto; Francine Melo da Costa; Enaura Helena Brandão Chaves; Hiago Rocha da Silva

Introdução: a enfermagem vem exigindo dos profissionais reflexões relativas ao processo de cuidar do paciente, objetivando individualizar e sistematizar o cuidado. Dessa forma, os enfermeiros têm construído um plano teórico mais específico e diretamente relacionado ao Processo de Enfermagem. Uma das etapas desse processo consiste na elaboração do Diagnóstico de Enfermagem (DE), proporcionando um plano de ação baseado nos problemas identificados na avaliação do paciente. Esta atividade evidencia o papel desse profissional no contexto clínico, elencando intervenções de enfermagem que alcancem os melhores resultados para o paciente. O DE Risco para infecção é definido pela NANDA (2018) como "Suscetibilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde." A hospitalização expõe o indivíduo a procedimentos invasivos, como sondagens, venopunções, exames, entre outros, que proporcionam risco de infecção. **Objetivo:** relatar a experiência de enfermeiros na elaboração de intervenções de enfermagem relativas ao DE Risco para infecção relacionado a procedimento invasivo. **Método:** relato de experiência no cuidado à pacientes submetidos à cateterismo vesical de demora, internados em unidade de internação de hospital de ensino. Ao ser evidenciado essa condição, cabe ao enfermeiro determinar o DE, e prescrever as intervenções necessárias para garantir a prevenção de

infecção. Esse diagnóstico é revisado e atualizado pelo enfermeiro a partir da avaliação diária do paciente. **Resultados:** a escolha desse DE, permite ao enfermeiro elencar uma série de cuidados relacionados à prevenção da invasão de patógenos que pode advir desse procedimento. Uma vez, responsável pela execução desse procedimento, cabe a ao enfermeiro determinar as principais intervenções para prevenir a infecção ou minimizar seus efeitos, tais como: higiene do meato e da extensão da sonda com água e sabão, elevação da bolsa coletora de modo que fique abaixo do paciente e sem encostar no chão, esvaziamento da bolsa coletora quando cheia em $\frac{2}{3}$ da sua capacidade e atenção para ocorrência de febre ou mudanças no aspecto e odor da urina. Atrelado a isso, a equipe de enfermagem também orienta pacientes e familiares quanto a importância de manter essas precauções. **Conclusão:** o presente DE e suas intervenções, ajudaram a diminuir a ocorrência de infecções na unidade assim como permitiram a sistematização e organização da equipe no cuidado com esses pacientes.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Processo de enfermagem.

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA PARA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES APÓS RETIRADA DE INTRODUTOR ARTERIAL EM PACIENTES SUBMETIDOS AO CATETERISMO CARDÍACO VIA FEMORAL

Hemériton Tácio da Silva Carvalho; Kathrein de Paula Diogenes; Claudia Ebner

As doenças cardiovasculares (DCV) fazem parte do grupo de doenças do coração e vasos sanguíneos, onde incluem a doença coronariana¹, por ser caracterizada pela formação de placas de aterosclerose, que crescem e se acumulam na parede do vaso impedindo ou dificultando a passagem do sangue². O cateterismo cardíaco é um exame hemodinâmico intravascular invasivo, que através da utilização de contraste é possível visualizar a luz coronária, avaliando a extensão e gravidade das obstruções, analisando as funções ventriculares diastólica e sistólica, global, regional e fração de ejeção³. A via femoral é de mais fácil aquisição e permite maior versatilidade dos instrumentais. Quanto às complicações associadas à punção via femoral, destacam-se: hematoma no sítio de punção, pseudoaneurisma da artéria femoral, hematoma retroperitoneal e fístula arteriovenosa⁴. Existem diversas complicações associadas a retirada do introdutor pós cateterismo cardíaco. O objetivo do estudo é identificar as principais intervenções do Enfermeiro intensivista na prevenção de complicação após retirada de introdutor arterial em pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco. O método utilizado foi uma revisão integrativa da literatura baseada em artigos publicados entre 2009 e 2019, mediante consulta na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de janeiro e fevereiro de 2019. O Enfermeiro é o principal responsável pela retirada do introdutor. As principais complicações encontradas foram as vasculares, envolvendo sangramento, hematoma, queda de hemoglobina, hematoma retroperitoneal e pseudoaneurisma, que estão diretamente relacionadas com hipovolemia e conseqüentemente instabilidade hemodinâmica. Quando ocorrem, as complicações precisam ser evidenciadas precocemente para evitar piora do quadro clínico. O paciente necessita de cuidado individualizado e assistência padronizada. Através da prescrição de enfermagem da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)⁵ é possível prestar cuidados com qualidade e minimizar as complicações associadas a retirada do introdutor. As intervenções sugeridas mediante o segmento hemodinâmico são o déficit do autocuidado na higiene íntima, dor aguda, risco de infecção, integridade da pele prejudicada, integridade tissular prejudicada, mobilidade física prejudicada e retenção urinária. Neste contexto, a aplicabilidade do processo de enfermagem, torna-se essencial para um cuidado coeso e eficaz.

Descritores: Intervenções de Enfermagem; Cateterismo Cardíaco; Introdutor Arterial.

INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL AO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE

Luciana Foppa; Mitieli Vizcaychipi Disconzi; Melânia Maria Jansen

Introdução: A obesidade está associada a maior morbidade secundária ao aumento da resistência à insulina, diabetes, hipertensão e dislipidemias, condições que representam cerca de 8% do total de gastos em saúde pública no Brasil¹. A cirurgia bariátrica é um recurso consistente nos casos de obesidade grave com falha documentada de tratamento clínico, proporcionando aos pacientes redução nos índices de mortalidade e melhora de comorbidades clínicas¹. Em 2018 a North American Association (NANDA-I) apresentou mudanças significativas e incluiu a Obesidade como diagnóstico de enfermagem².

Objetivo: Identificar as intervenções e resultados esperados para o paciente com diagnóstico de obesidade. **Metodologia:** Estudo de caso realizado no Ambulatório de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As informações foram coletadas do prontuário, em abril de 2019, e analisadas com base nos referenciais da NANDA-I, Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC).

Resultados: O paciente VS, 49 anos, masculino, atendido no ambulatório pré-operatório de cirurgia bariátrica apresenta diagnóstico de enfermagem Obesidade relacionada ao comportamento alimentar desorganizado². As principais intervenções foram: motivar a redução de peso, incentivar o automonitoramento da ingesta dietética e do exercício, ensinar estratégias que possam ser usadas para resistir a comportamentos não saudáveis ou de riscos e identificar fatores que possam melhorar ou reduzir a motivação para o comportamento saudável, além disso, o paciente participou de palestras para receber o máximo de informação sobre orientações de mudança de estilo de vida³. Os resultados esperados foram direcionados ao controle de riscos e ao estado nutricional⁴. , No período de 10 meses em acompanhamento ambulatorial., através das intervenções aplicadas, o paciente apresentou como resultado a diminuição de 48 Kg. **Conclusão:** À medida que o paciente teve suas necessidades atendidas apresentou a redução de peso, melhora no padrão respiratório e modificação no estilo de vida. Deve-se ressaltar a importância da avaliação do diagnóstico acurado, das intervenções e resultados esperados aos pacientes ambulatoriais que aguardam a cirurgia bariátrica, possibilitando a tomada de decisões e o planejamento da assistência individualizada auxiliando na padronização e desenvolvimento de ações sistematizadas.

Descritores: Obesidade; Cuidados de Enfermagem; Processo de Enfermagem.

JOINT APPLICATION DESIGN COMO MÉTODO PARA AVALIAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

Nathália Duarte Bard; Daniela dos Reis Carazai; Alexia Garcês Maciel; Graciele Fernanda da Costa Linch; Adriana Aparecida Paz;

Introdução: Pacientes hospitalizados em unidades clínico-cirúrgicas adulto possuem demandas psicoemocionais que exigem do enfermeiro a atenção em saúde mental, assim os diagnósticos e intervenções de enfermagem existentes em uma instituição de saúde carecem de avaliação contínua de acordo com a prática assistencial. Uma método que pode auxiliar é o Joint Application Development (JAD), o qual permite aos participantes organizar, desenvolver objetivos e especificações de um projeto de forma rápida e concisa. **Objetivo:** Avaliar os diagnósticos e intervenções em enfermagem de saúde mental em unidades de internação clínico-cirúrgicas adultas. **Métodos:** Trata-se de um

estudo transversal realizado em uma instituição hospitalar. Os participantes foram um facilitador e três colaboradores. A coleta utilizou um instrumento no formato de matriz contendo funções psíquicas para concordância em uma escala de Likert, sendo analisados quanto a manutenção, alteração, exclusão e inclusão de diagnósticos e intervenções em enfermagem. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) aprovado sob os números de pareceres 2.934.573 e 3.109.035.

Resultados: Foram realizados três encontros, sendo que no primeiro foi definido os objetivos e planejado os materiais necessários para a construção do documento a partir do exame do estado mental. O segundo encontro estabeleceu-se a concordância dos participantes dos principais diagnósticos e intervenções em saúde mental com base nos problemas. E no terceiro encontro ocorreu a validação final do que foi proposto para a nova árvore de diagnósticos e intervenções em saúde mental da instituição. De 28 problemas existentes, resultaram em 12 problemas potenciais relacionados às funções psicoemocionais. Para cada diagnóstico de enfermagem definido são existentes de um a dez intervenções que buscam qualificar o cuidado do enfermeiro ao paciente.

Conclusões: Observou-se que o método JAD auxiliou na avaliação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem existentes na instituição, priorizando os reais problemas de pacientes adultos hospitalizados em unidades clínico-cirúrgicos. Para o grupo de trabalho, a discussão permitiu o aprimoramento do conhecimento pelas discussões da prática profissional aliado a Sistematização da Assistência de Enfermagem institucional.

Descritores: Saúde Mental; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

LESÃO RENAL AGUDA NO PÓS OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: CONDUTAS PREVENTIVAS DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA

Hemériton Tácio da Silva Carvalho; Bruna Aparecida Reis Montes Clarindo; Claudia Ebner

A Lesão Renal Aguda (LRA) é definida como a perda ou diminuição da função renal em um período de tempo, que pode compreender horas até dias. Ela está relacionada com a redução de filtração glomerular e conseqüentemente do débito urinário, no entanto também podem estar instalados distúrbios hidroeletrólíticos e do sistema acidobásico¹. A LRA tem um papel importante durante a hospitalização e evolução do quadro clínico, podendo ser potencializado após procedimentos cirúrgicos de grande porte, como exemplo a revascularização do miocárdio, que geram instabilidade hemodinâmica, assim como o tempo em que o paciente permanece em ventilação mecânica². Este trabalho tem como objetivo, identificar a importância das condutas preventivas do profissional enfermeiro para detectar precocemente o risco do paciente em desenvolver LRA no pós-operatório de revascularização do miocárdio. O método adotado foi uma revisão integrativa de literatura, com buscas nos artigos publicados entre os anos de 2009 a 2018, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de maio a dezembro de 2018. A enfermagem se insere nesse contexto, visto que o paciente necessita de uma assistência contínua em ambiente de terapia intensiva, pois o enfermeiro é o profissional responsável pela prescrição das intervenções e cuidados a serem prestados aos pacientes, onde a taxonomia Classificações das Intervenções de Enfermagem (NIC), é uma ferramenta que auxilia a prescrição³. Dentre os principais cuidados de enfermagem os que se destacam são: quantificar a eliminação urinária e avaliar a função renal através de exames laboratoriais, afim de se prevenir a lesão⁴. Levantar as principais intervenções e cuidados de enfermagem voltados à prevenção da LRA no paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca é uma das condutas de enfermagem que irá possibilitar a assistência coesa e a eficácia na recuperação do paciente.

Descritores: Revascularização Miocárdica; Lesão Renal Aguda; Cuidados de Enfermagem.

LIDERANÇA E COMUNICAÇÃO

Morgana Morbach Borges; Rosaura Soares Paczek; Tatiane Costa de Melo

Introdução: O enfermeiro necessita de habilidades e competências de gerenciamento, atua como gerente administrativo, organizacional e assistencial. Desenvolve sua função com segurança, competência e autonomia, sendo um elo dentro da equipe multiprofissional, realizando ações de liderança, tomada de decisão, identificação de estratégias, adaptação, flexibilidade, trabalho em equipe e supervisão. A liderança e a comunicação consistem em estratégias essenciais para a prática profissional do enfermeiro, através da liderança tenta conciliar o objetivo da organização juntamente com a equipe de enfermagem, buscando a melhoria da prática profissional. A comunicação é entendida como um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nela envolvidas. **Objetivo:** Identificar qual a importância da comunicação para o líder da enfermagem. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura. **Resultados:** A comunicação está presente em todas as formas de interação humana e consiste em um recurso fundamental para o líder, que deve emitir suas mensagens de tal forma que promova nos liderados o entendimento correto acarretando satisfação e melhor desenvolvimento do trabalho. Obstáculos estão presentes na comunicação, tais como: ideias pré-concebidas, preconceitos, ressentimentos e medo. Para o exercício da liderança é importante o conhecimento científico, o relacionamento interpessoal e a competência, sendo necessário: ouvir e acatar novas ideias; proporcionar mecanismos que possibilitem o aperfeiçoamento da equipe de enfermagem; conhecer as necessidades individuais e profissionais da equipe sob sua responsabilidade, bem como promover um relacionamento baseado na confiança e agradecimento. **Considerações:** A liderança e a comunicação são estratégias que possibilitam a melhoria da qualidade da assistência prestada e o desenvolvimento do potencial da equipe de enfermagem. Acreditamos que o enfermeiro poderá tornar-se um agente de mudanças no contexto da equipe multiprofissional, a partir do momento que este profissional compreende e utiliza as diferentes ferramentas que poderão auxiliá-lo no seu dia a dia de trabalho.

Descritores: Liderança; Comunicação; Prática Profissional.

LIGAÇÕES NOC E NIC PARA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A CONDIÇÕES NUTRICIONAIS

Vanessa Monteiro Mantovani; Sue Moorhead

Introdução: A avaliação de condições nutricionais é um cuidado de enfermagem a pacientes de todas as idades, considerando que enfermeiros são responsáveis por verificar medidas antropométricas, contatar familiares, avaliar a disposição para mudar comportamentos e realizar aconselhamentos, entre outras atividades. Para qualificar o cuidado a esses pacientes recomenda-se o uso dos diagnósticos de enfermagem (DE) da NANDA-Internacional (NANDA-I), resultados da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e intervenções da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Além disso, ligações entre as três terminologias podem auxiliar na decisão de qual o resultado desejado e como alcançá-lo. **Objetivo:** Identificar ligações NOC e NIC para DE relacionados a condições nutricionais. **Método:** Trata-se de um julgamento de dois

membros do Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, sendo uma estudante de pós-graduação e uma professora doutora, entre janeiro-março/2019. Inicialmente, foram selecionados DE com foco no problema publicados pela primeira vez nas edições 2015-2017/2018-2020 da NANDA-I, no Domínio 2. Nutrição: Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente (00269), Dinâmica alimentar ineficaz da criança (00270), Dinâmica ineficaz de alimentação do lactente (00271), Obesidade (00232) e Sobrepeso (00233). Após, realizou-se a leitura das últimas edições da NOC e NIC para identificar as ligações, com base na expertise clínica e literatura científica. Por fim, este trabalho foi apresentado a quatro editores da NOC e NIC para discussão e decisão final.

Resultados: Foram identificadas ligações NOC e NIC direcionadas para a resolução ou melhora dos cinco DE, com seleção de intervenções que pudessem influenciar na progressão dos resultados. Para o DE Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente (00269), foram selecionados 20 resultados e 15 intervenções; para o DE Dinâmica alimentar ineficaz da criança (00270), 19 resultados e 17 intervenções; para o DE Dinâmica ineficaz de alimentação do lactente (00271), 15 resultados e 14 intervenções. Em relação ao DE Obesidade (00232), foram selecionados 19 resultados e 17 intervenções; e para o DE Sobrepeso (00233), 21 resultados e 20 intervenções.

Conclusões: As ligações NOC e NIC identificadas para DE relacionados a condições nutricionais fornecem suporte e conhecimento para a construção de um plano de cuidados completo e individualizado, bem como para a avaliação da resposta às intervenções implementadas.

Descritores: Processo de Enfermagem; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Estado Nutricional.

MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES EM USO DE SONDA VESICAL DE DEMORA BASEADO NA TAXONOMIA NANDA-I, NIC E NOC

Luciana Bjorklund de Lima; Aline Camargo Nunes

A cateterização vesical de demora é um procedimento invasivo, no qual é indicado para pacientes com necessidade de drenagem vesical por obstrução crônica, disfunção vesical, no controle rigoroso do débito urinário, em restrições pós-operatórias, para irrigação de bexiga, coleta de amostras ou instilação de medicamentos. Em alguns casos, há indicação da permanência do cateter em razão do tratamento e do processo patológico, onde são necessárias medidas educativas para o paciente para que este possa realizar o autocuidado. Nesse sentido, a elaboração de um manual de orientações para pacientes em uso de sonda vesical de demora (SVD) é de grande relevância. O objetivo é descrever a elaboração de um manual de orientações para pacientes em uso de SVD baseado na taxonomia da NANDA-International (NIC), da Nursing Interventions Classification (NIC) e da Nursing Outcomes Classification (NOC). Trata-se de um relato de experiência que utilizou a ligação entre as taxonomias da NANDA-I, NIC e NOC para elaborar o manual de orientações para pacientes em uso de SVD, desenvolvido em um hospital universitário do sul do Brasil no período de janeiro a março de 2019. Inicialmente foi realizado a leitura de estudos sobre a indicação do uso da SVD, possibilitando identificar as características definidoras e os fatores relacionados para estabelecer os diagnósticos de enfermagem. Após, foi realizada a ligação dos diagnósticos com as intervenções e os resultados que subsidiarão o plano de cuidados para o manual. Posteriormente prevê-se a realização de validação por consenso de especialistas das intervenções e resultados selecionados. Os diagnósticos de enfermagem elegíveis foram Eliminação urinária prejudicada e Retenção urinária. As intervenções de enfermagem selecionadas foram: Controle de Infecção, Cuidados com Sondas: Urinária, Proteção contra Infecção e Sondagem vesical. Os resultados de enfermagem selecionados foram:

Conhecimento: Procedimentos de Tratamento, Continência Urinária, Controle dos Sintomas, Eliminação Urinária e Gravidade da Infecção. A possibilidade do uso das taxonomias da NANDA-I, NIC e NOC oportuniza a acurácia e a padronização da linguagem na elaboração de um manual de orientações. Otimizar os cuidados para pacientes é fundamental na prevenção de complicações relacionadas ao uso da SVD. A exemplo da elaboração deste manual, os enfermeiros têm a possibilidade de elaborar diferentes materiais educativos para os pacientes baseados nas taxonomias de enfermagem.

Descritores: Cateterismo Urinário; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Manuais.

O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DAS MATRIZES CURRICULARES

Jhonatan Tyson Barros Azevedo; Mariles Bianca Santos da Silva; Messias Lemos; Pâmela Franciele Oliveira Alves; Marcos Vítor Naves Carrijo; Luís Fernando Bogéa Pereira

Introdução: O ensino do Processo de Enfermagem mostra-se como mecanismo necessário, para que os graduandos em Enfermagem desenvolvam habilidades e competências essenciais para o exercício da profissão, ou seja, o saber-ser, saber-fazer, saber-agir do Enfermeiro. **Objetivo:** Analisar, nas matrizes curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem do estado do Maranhão, o ensino do Processo de Enfermagem. **Metodologia:** Estudo documental que analisou o ensino Processo de Enfermagem nas matrizes curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem de duas instituições públicas, federal e estadual, do estado do Maranhão. **Resultados:** No PPC da ies federal não há uma disciplina específica de ensino do Processo de Enfermagem; há, na bibliografia básica de algumas disciplinas, a indicação dos livros “Processo de Enfermagem”, de Wanda Horta, NOC, NIC, CIPE; nas disciplinas semiologia e semiotécnica observaram-se algumas etapas do processo de enfermagem. No PPC da ies estadual também não se identificou uma disciplina específica de ensino do Processo de Enfermagem; há a disciplina Teorias da Enfermagem, com carga horária de 60 h, que cita o termo metodologia da assistência de enfermagem; há também na bibliografia básica a indicação de livros que tratam da temática processo de enfermagem; há presença, em algumas disciplinas, das etapas do PE. **Conclusão:** A partir da análise das matrizes do curso de Enfermagem dessas IES percebe-se a necessidade de uma disciplina inicial e específica em seus projetos pedagógicos para o ensino do Processo de Enfermagem e da contemplação de todas as etapas dessa ferramenta nas disciplinas seguintes, ou seja, posposto para o contexto das outras disciplinas, e não somente em parte de algumas disciplinas, como identificado. É neste sentido que esta pesquisa busca contribuir para o avanço da Enfermagem ao demonstrar a necessidade de adequação das matrizes para que o ensino do Processo de Enfermagem seja desenvolvido de maneira contextualizada durante todo o curso, proporcionando uma melhor atuação dos futuros enfermeiros para o saber-ser, saber-fazer e saber-agir do Enfermeiro em todos os contextos de atuação da Enfermagem.

Descritores: Ensino; Enfermagem; Processo de Enfermagem.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO NORTEADOR PARA ENCAMINHAMENTOS NA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Déborah Bulegon Mello; Andreia Barcellos Teixeira Macedo; Ariane Graciotto; Carolina Severo Lopes Cortelini; Israel Cardoso Rodrigues; Mozara Mota Gentilini

Introdução: Sequelas neurológicas resultam em danos que comprometem a condição física, emocional e social do indivíduo afetado e sua família, muitas vezes irreversíveis. O Processo de Enfermagem (PE) configura-se como guia na prática assistencial qualificada para estes pacientes, auxiliando no planejamento da alta hospitalar. A família necessita de orientações para o cuidado no domicílio e auxílio na busca de suporte na rede de assistência. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem para um paciente com necessidade de múltiplos cuidados, que direcionaram aos encaminhamentos na rede de assistência à saúde. **Método:** estudo de caso desenvolvido na unidade clínica de em um hospital do sul do Brasil. Foi selecionado um paciente que possuísse lesão neurológica. A coleta de dados ocorreu no mês de março, através de informações do prontuário eletrônico e dos registros das resoluções das reuniões multidisciplinares sobre o paciente. **Resultados:** Paciente masculino, 36 anos, com encefalopatia anóxica, decorrente de tentativa de suicídio por enforcamento, encaminhado de hospital da região metropolitana para um hospital de nível terciário por necessidade de Unidade de Tratamento Intensivo. Possuía seqüela neurológica grave e irreversível, com dependência total nos cuidados e inúmeros dispositivos terapêuticos. Após estabilização do quadro de saúde, foi transferido para unidade de internação. Diante da irreversibilidade do dano neurológico, foi definido como em cuidados paliativos, com indicação de alta hospitalar. Os principais diagnósticos de enfermagem (DE) levantados foram Síndrome do Déficit de Autocuidado e Enfrentamento Familiar Prejudicado. O plano de cuidados contemplou atenção às necessidades humanas básicas afetadas e o planejamento de alta, envolveu uma equipe multidisciplinar e a família. Todavia esta última, embora presente durante a internação, mostrou-se resistente à alta, judicializando o caso e solicitando permanência do paciente no hospital. Por se tratar de um paciente com situação de saúde estável, dentro do seu quadro clínico, optou-se pela transferência para hospital de menor complexidade. **Considerações finais:** Os DE definidos para o paciente possibilitaram o mapeamento da necessidade de cuidados. O plano de cuidados obteve um desfecho favorável, apesar de não ter sido possível a alta para o domicílio. A rede de assistência pode ser uma alternativa positiva para situações onde há necessidade de cuidados mais complexos, após a alta hospitalar.

Descritores: Processo de Enfermagem; Alta hospitalar; Enfermagem.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL

Martina Zucchetti; CAMILA SIMON

A injúria renal no diabético se inicia pela disglucemia crônica e o excesso de glicosúria faz o rim aumentar. A instalação da nefropatia se dá pela proteinúria e progressivamente ocorre a insuficiência renal com elevação de escórias no sangue. Assim, a injúria renal crônica já instalada avança irreversivelmente com necessidade de tratamento substitutivo. O processo de tx. renal é complexo e minucioso o que evidencia a necessidade de um cuidado individualizado. O processo de enfermagem (PE), nesse sentido, configura uma ferramenta ímpar para qualificar e direcionar a assistência com acurácia. Objetivou-se relatar o PE através de um estudo de caso de um paciente transplantado. Metodologia: Estudo de caso. Resultados: Paciente feminina, 42 anos, do interior do RS, com história de DM1 aos 16 anos e aos 28 já apresentava retinopatia e neuropatia diabética com

necessidade de amputação do hálux direito. Em 2012, foi diagnosticada com HAS e DRC associada ao DM não controlado, iniciando hemodiálise (HMD), sendo listada para tx conjugado rim-pâncreas e, posteriormente, de tx. renal exclusivo. Realizou o tx. do órgão direito em 06/2017, de doador falecido. O processo de enfermagem desenvolvido diz respeito ao pós-operatório tardio da paciente. Ao exame físico, apresentava-se lúcida, com mucosas hipocoradas, amaurose à direita, amputação prévia do hálux direito, moderada atrofia em pé esquerdo e paresia em ambos os pés; disglucêmica (70 mg/dL a 238 mg/dL em 24h) e em uso de esquema imunossupressor. Optou-se pelos diagnósticos de enfermagem: risco de glicemia instável relacionado a condição de saúde comprometida; risco de quedas relacionado a condição que afeta os pés e deficiência visual; e, risco de infecção relacionado a defesas secundárias inadequadas (imunossupressão). Dentre as intervenções e resultados de enfermagem destacam-se: o controle de hiper/hipoglicemia através do indicador glicose do sangue; controle da prevenção contra quedas através de ações de prevenção; e, através de ações de proteção contra infecção almejando resultados através dos indicadores denominados de “prática de estratégias de controle de infecção” e “uso de estratégias de desinfecção de suprimentos”. Conclui-se que o PE é um instrumento de planejamento, execução, controle e avaliação das ações de cuidado que corrobora a cientificidade da profissão e contribuiu para garantir uma assistência acurada, qualificada e individualizada à paciente em questão.

Descritores: Processo de Enfermagem; Transplante de Órgãos; Cuidados de Enfermagem.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES PÓS OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA E TROCA VALVAR

Kenia Candido Dagostin; Daiana Klein Weber Carissimi; Janine Koepp; Murilo Dos Santos Graeff; Mari Angela Gaedke

Introdução: Atualmente as doenças cardiovasculares (DCV) figuram como as principais causas de morte no mundo, sendo que o tabagismo, a hipertensão arterial, as dislipidemias e o diabetes mellitus, estão entre as principais causas. Ao observar as características e manifestações desses pacientes, aliado ao conhecimento científico, o enfermeiro deve lançar mão do processo de enfermagem o que poderá promover uma assistência mais qualificada a esse paciente. **Objetivo:** Identificar os sinais e sintomas mais prevalentes nos pacientes pós cirurgia cardíaca para posterior estruturação do processo de enfermagem. **Método:** Trata-se de um estudo aplicado, exploratório e documental, coletado em 31 prontuários físicos, de um Hospital de Ensino situado no estado do Rio Grande do Sul. Como critério de inclusão, ter realizado Cirurgia de Revascularização de Miocárdio e/ou Troca Valvar entre 01 de Julho à 31 de dezembro de 2017 via Sistema Único de Saúde. E como critérios de exclusão pacientes que realizaram o procedimento cirúrgico através de convênio ou particular e outros tipos de procedimentos. Utilizou-se, para a coleta de dados, instrumento previamente estruturado elaborado pela autora. Os dados foram tratados por meio de um banco de dados e armazenados em uma planilha do Excel. A partir disso foram construídos fluxogramas para melhor compreensão do PE. Estes surgiram a partir dos sinais e sintomas encontrados nos registros dos profissionais de saúde. A seguir buscou-se tais sinais/sintomas nas características definidoras/ fatores relacionados/ fatores de risco descritos no NANDA (2018-2020), desta forma validando os possíveis DE. Posteriormente os resultados encontrados foram validados por um software clínico, o qual manteve a mesma estrutura definida anteriormente validando os achados. Aprovou-se o estudo pelo CEP da Universidade de Santa Cruz do Sul, CAEE 93277618.0.0000.5343 e parecer 2.773.923.

Resultados: Elegeram-se os 10 sinais e sintomas mais prevalentes. Os que mais apareceram em ordem foram: algia, agitação, náusea e vômito, edema, secreção residual, tosse produtiva, hipotensão, ansiedade, contido no leito e/ou imobilização, extremidades frias. A partir desses dados foram construídos 10 fluxogramas dos principais sinais e sintomas, elencando os diagnósticos e as intervenções relacionadas aos pacientes no pós-operatório. **Conclusão:** Percebe-se o PE como uma tarefa árdua porém extremamente necessária para um cuidado com excelência do paciente em questão.

Descritores: Processo de Enfermagem; Cirurgia Cardiovascular; Algoritmos.

PACIENTE COM DEXTRCARDIA E AS IMPLICAÇÕES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Patrícia Barcelos de Oliveira Sprenger; Andreia Orjana Ribeiro Coutinho

Introdução: A dextrocardia é uma anormalidade no coração de origem congênita que se caracteriza pelo deslocamento do coração para o lado direito do tórax, onde câmaras cardíacas direitas e esquerdas estão invertidas e espelhadas. Essas alterações podem influenciar na realização de métodos diagnósticos e de avaliação do paciente. **Objetivo:** Descrever o caso de uma paciente com dextrocardia e as implicações na assistência de enfermagem. **Método:** O método utilizado foi através do estudo de caso de uma paciente com anomalia cardíaca rara que se encontrava internada em um hospital de médio porte na região metropolitana de Porto Alegre no mês de março de 2019. **Resultados:** paciente do sexo feminino, 65 anos, com dextrocardia, forame oval, shunt D-E e fibrilação atrial. Internou no hospital por queixas de dor abdominal e constipação, evidenciado sepse de foco abdominal, havendo necessidade de ventilação mecânica e uso de drogas vasoativas. Na realização da assistência de enfermagem são necessárias algumas medidas e cuidados especiais que incluem: no momento da realização do RX à beira do leito o profissional de enfermagem deve indicar ao técnico de radiologia a dextrocardia, pois a incidência posteroanterior é indicada nessa situação e deve ser realizada com a correta marcação da chapa para não ocorrer interpretação errada da imagem; ao realizar o eletrocardiograma ou colocação dos eletrodos para a monitorização cardíaca contínua, a enfermagem deve realizar a inversão das derivações dos braços e o reposicionamento dos eletrodos torácicos no lado direito para a formação correta do traçado eletrocardiográfico; na realização do exame físico, a localização do ictus cordis deve ser no 5º espaço intercostal da linha média clavicular a direita e na ausculta cardíaca as bulhas devem ser auscultadas nos mesmos focos aórtico, pulmonar, tricúspide e mitral, porém no lado direito do coração. **Considerações Finais:** É importante que a equipe de enfermagem saiba o histórico de saúde e doença dos pacientes assistidos, pois alterações anatômicas importantes como a dextrocardia podem influenciar diretamente na avaliação do paciente através do exame físico e nas adaptações necessárias a realização e a análise dos métodos de imagem, monitorização cardíaca e no eletrocardiograma.

Descritores: Dextrocardia; Anomalia Congênita, Assistência de Enfermagem.

PEDIATRIC EARLY WARNING SCORE (PEWS) INFORMATIZADA NA INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

Cássia da Silva Ricalcati; Luciana da Rosa Zinn Sostizzo; Caroline Maier Predebon;
Fernanda da Silva Flores

Introdução: O Pediatric Early Warning Score (PEWS) é um escore de alerta precoce da deteriorização clínica de crianças hospitalizadas, e permite rápida atuação frente a piora, padronizando processos assistenciais. **Objetivo:** Relatar a mudança no processo de

trabalho com a implementação dos registros de enfermagem informatizados em Unidades de Internação Pediátrica. **Método:** Relato de experiência sobre a implementação dos controles de enfermagem informatizados em Unidades de Internação Pediátrica, de Hospital público e universitário do sul do país. Relato de experiência: Frente a importância e necessidade legal dos registros dos controles de enfermagem, que evidenciam os cuidados prestados ao paciente, os registros eram realizados e arquivados em papel, gerando custos de armazenamento para a instituição e comprometendo a sustentabilidade. Com a necessidade de padronização das folhas de controle de sinais vitais e registros, implantou-se a informatização destes de maneira uniforme nas unidades referidas, através do uso da Escala PEWS em prontuário online do Sistema de Gestão da Instituição. A equipe de enfermagem foi capacitada para o preenchimento adequado. Dentre as melhorias podemos citar a apresentação visual de sinais de alerta através das cores: vermelho, laranja e amarelo, que indicam respectivamente alterações dos sinais vitais como: grave, moderada e leve. O sistema soma o escore conforme faixa etária e há disponibilidade do acesso em tempo real das informações aos diferentes profissionais que atendem o paciente, dispensando disputa do documento físico. O escore final da PEWS determinará condutas que serem seguidas como por exemplo: o tempo de aferição dos sinais vitais, a frequência de avaliação do enfermeiro e do médico. Também existe a melhoria real de minimizar eventuais erros de registros, proporcionando legibilidade e clareza, bem como garantindo a qualidade assistencial através de ação imediata e uso adequado dos mesmos. **Conclusão:** A informatização da PEWS permite que a equipe de enfermagem e toda equipe multiprofissional, atue de maneira segura e imediata através dos escores apontados. Permite também que a equipe de enfermagem elabore um plano de cuidados individualizado para a criança e sua família. Percebeu-se que a adoção do sistema informatizado para registros de enfermagem contribuiu favoravelmente para a manutenção da sustentabilidade econômica e ecológica assegurando o comprometimento institucional com a responsabilidade social.

Descritores: Enfermagem Pediátrica; Gravidade do Paciente; Registros de Enfermagem.

PLANO DE ALTA PARA PACIENTES EM INFUSÃO CONTÍNUA DE QUIMIOTERAPIA NO CONTEXTO AMBULATORIAL

Elisangela Souza; Suzana Grings de Oliveira; Nicole Hertzog Rodrigues; Luana Gabriela Alves da Silva; Débora Monteiro da Silva; Aline Nunes Haar

Introdução: o plano de alta à pacientes em uso de quimioterapia é utilizado como estratégia de educação continuada ao paciente oncológico sendo considerado parte inerente do processo de enfermagem. Dentre as evidências de qualidade do cuidado, destaca-se a prevenção de agravos associados ao tratamento, englobando as orientações em resposta às necessidades de cada paciente. **Objetivo:** descrever a atuação do enfermeiro durante a orientação de alta ambulatorial ao paciente oncológico em tratamento de infusão contínua de quimioterapia. **Método:** trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência, desenvolvida no mês de outubro de 2018. O estudo foi construído a partir da vivência de enfermeiras que atuam em um ambulatório de quimioterapia privado na cidade de Porto Alegre/RS. **Resultados:** a orientação de alta ao paciente sob infusão contínua domiciliar de quimioterapia é realizada pelo enfermeiro antes de cada administração ambulatorial de quimioterapia e instalação do infusor. Essa orientação de alta ambulatorial se baseia nas necessidades individuais do paciente e sua família e com base no tratamento ao qual o paciente está sendo submetido, tendo em vista as características da infusão contínua de quimioterapia em domicílio, por cateter de porto-cath e uso de bomba infusora elastomérica. Este paciente é orientado com relação a sinais e sintomas de reações adversas advindas do tratamento, sobre a necessidade de

supervisão e cuidados que deve ter para garantir que a infusão seja realizada de forma correta e segura: identificação do tracionamento da agulha, descolamento da cobertura do cateter, alterações do fluxo de infusão por temperatura ou atividade do paciente, cuidados no manejo do infusor durante o banho e sono, são exemplos de orientações que auxiliam na detecção precoce das possíveis complicações que podem ocorrer durante o tratamento, e consequente atuação pró-ativa do paciente de forma a evitar possíveis danos. **Conclusão:** a importância do plano de alta em pacientes de ambulatório com infusão contínua de quimioterapia proporciona melhor auto-cuidado do paciente durante o processo de tratamento oncológico e atuação adequada e imediata deste em casos de complicações. A orientação permite capacitar o paciente e família, otimizar o tratamento e consequentemente minimizar possíveis riscos dessa modalidade de infusão, permitindo que o paciente permaneça realizando suas atividades diárias concomitante a administração segura do seu tratamento.

Descritores: Enfermagem oncológica; oncologia; alta do paciente.

PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NO PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO RADIOTERÁPICO: UMA PROPOSTA A PARTIR DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIAS

Aline Moraes de Abreu; Roberta Waterkemper

O cuidado centrado no paciente/família em tratamento radioterápico é uma necessidade para o planejamento de ações de enfermagem efetivas e que proporcionem qualidade e segurança no cuidado. A radioterapia é usada com frequência no tratamento de neoplasias e possui efeitos adversos. **Objetivo:** construir e propor um plano de cuidados de enfermagem centrado no paciente para pacientes oncológicos submetidos a tratamento radioterápico a partir de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem Prioritárias. **Método:** Projeto de pesquisa implementação em enfermagem fundamentado em conceitos de pesquisa implementação a ser desenvolvido em 2 fases: Fase 1– Identificando as necessidades de saúde e Fase 2– Construção do Plano de Cuidado de Enfermagem Centrado no Paciente. A segunda fase será realizada em 8 etapas: 1ª etapa – Definições operacionais - Protocolo ou guideline ou Plano?, 2ª etapa – A busca das evidências - o protocolo de revisão sistemática; 3ª Etapa – A construção do Plano de Cuidados Centrado no Paciente fundamentado nas evidências; 4ª Etapa – revisão do conhecimento para a aplicação prática; 5ª etapa – criação do fluxo do plano de cuidados centrado no paciente; 6ª Etapa –construindo indicador de resultados, 7ª Etapa –Validação do plano de cuidados: pelo profissional e usuário e descrição das limitações; 8ª Etapa – Planejamento da implementação. Serão considerados participantes, para este estudo, os pacientes submetidos a tratamento radioterápico cujos prontuários eletrônicos serão analisados na fase 1. Será composta por pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde convênios e particulares. Serão considerados elegíveis pacientes com o registro e maiores de 18 anos. A amostragem será por conveniência. Amostra sequencial. Serão analisados os registros de todos os profissionais de saúde. Na evolução do enfermeiro, serão incluídos todos os registros de todos os enfermeiros utilizam em seu registro taxonomias de enfermagem. Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva simples com apoio do pacote estatístico (SPSS). **Resultados esperados:** a criação de um protocolo assistencial de enfermagem especializado a população do estudo. A sua construção não se fundamenta na prática clínica do enfermeiro, nos princípios Bioéticos, éticos e legais da profissão, nas políticas públicas e, principalmente, na prática baseada em evidências. Seu desenvolvimento poderá contribuir com a qualificação do cuidado e qualidade de vida de pacientes e familiares.

Descritores: Processo de Enfermagem; Radioterapia; Câncer.

POSSÍVEIS DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE VÍTIMA DE FERIMENTO POR ARMA DE FOGO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luzia Teresinha Vianna dos Santos; Lucélia Caroline dos Santos Cardoso; Adriana Roloff; Evanilson de Oliveira Santos; Sandra Calabresi Ribeiro; André Luís Bendl

Inúmeras são as lesões provocadas pelas armas de fogo. Lesões produzem danos irreversíveis, incapacitam indivíduos para o trabalho e originam demandas de cuidados ao setor saúde em serviços de diversos níveis de complexidade, do pré-hospitalar a reabilitação física/mental das vítimas. Objetiva-se elencar possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem para paciente vítima de ferimento por arma de fogo. Trata-se de relato de experiência, a partir de atividade prática em hospital na região metropolitana gaúcha, no segundo semestre de 2018. Alunas, regularmente matriculadas e frequentando aula prática em instituição de ensino superior realizam avaliação com coleta de dados/exame físico e evolução diária. Constata-se jovem, masculino, lesões toraco/abdominal, trauma raquimedular, cirurgia abdominal e inserção de drenos toraco/hepático, cateter venoso central duplo lúmen (via exclusiva com administração NPT). Elevação temperatura corporal, taquicardia, algia intensa, (“ferruada”) em flanco esquerdo. Diante do quadro, acesso a resultado de exames laboratoriais e imagem, é possível agrupar “problemas” e listar possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem ao paciente com lesão por projétil, como integridade tissular prejudicada relacionado a trauma mecânico; risco de infecção devido a procedimento invasivo, déficit no autocuidado: higiene, visto capacidade prejudicada do paciente em realizar os cuidados de higiene; risco de quedas relacionado a mobilidade prejudicada. Com os diagnósticos de enfermagem as alunas estabelecem intervenções de enfermagem que atendam às necessidades do paciente como estabelecimento de medidas para cuidados com integridade da pele (curativos ferida operatória e em pertuítos drenos); adoção de estratégias com vista a prevenir infecções, em conformidade a quinta meta internacional de segurança do paciente (higienização de mãos, cuidados com dispositivos intravenosos, monitoramento de exames laboratoriais, entre outros); cuidados que propiciam auxílio na realização de higienes oral/corporal e conforto (banho, leito ou de aspersão, conforme as condições, e hidratação de pele), prevenir lesões por ocasião de possibilidade de quedas. Cuidados com hipertermia, sempre que necessário. Considera-se a identificação de características definidoras para elencar-se diagnósticos de enfermagem e posteriores intervenções para atendimento de necessidades em questão, tanto quanto acompanhamento periódico e domiciliar, quando da alta hospitalar.

Descritores: Avaliação em enfermagem; Ferimentos e lesões; Ferimento por arma de fogo.

PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS E CONDUTAS EDUCATIVAS DIRECIONADAS À PREVENÇÃO DE QUEDAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Melissa de Freitas Luzia; Isabella Duarte Vidor; Ana Carolina Fioravanti Eilert da Silva; Franciele Moreira Barbosa; Amália de Fátima Lucena

Introdução: As quedas representam um dos principais incidentes de segurança no ambiente hospitalar. A metodologia do Processo de Enfermagem é uma importante estratégia a ser empregada no cenário de cuidado a pacientes hospitalizados e em risco de quedas, uma vez que norteia as ações de enfermagem de forma sistematizada desde a avaliação do risco até as intervenções preventivas e avaliação do cuidado. O papel da enfermagem é fundamental na prevenção desses eventos de forma a evitar ou diminuir danos através do planejamento e implementação de um plano de cuidados efetivo que considere o caráter multifatorial do evento. **Objetivo:** Identificar os cuidados de

enfermagem prescritos e as condutas educativas registradas em prontuário direcionadas à prevenção de quedas de pacientes hospitalizados. **Método:** Estudo transversal. Foram incluídos 68 pacientes adultos, com alto risco de quedas (Morse Fall Scale ≥ 45), internados em unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário brasileiro. Os dados foram coletados no prontuário eletrônico no período de setembro de 2017 a março de 2018 e analisados pela estatística descritiva. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da instituição (nº170279). **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 60,8 ($\pm 17,7$), sendo 40(58,8%) do sexo feminino, em tratamento clínico (61,8%), com presença de comorbidades (80,8%), em uso de medicamentos considerados de risco para quedas (82,3%), com tempo mediano de internação de 7(5-12) dias. Foram prescritos 29 diferentes cuidados, com média de 5,5 por paciente. Os cuidados mais frequentemente prescritos foram “Manter cama na posição baixa” 48(78,7%), “Manter campainha ao alcance do paciente” (65,6%), “Manter grades no leito elevadas” 37 (60,6%) e “Manter rodas da cama travadas” 34 (55,7%). As condutas educativas direcionadas à prevenção de quedas estavam descritas pelo enfermeiro na evolução de 41 (60,3%) pacientes. As mais utilizadas foram “Oriento/reforço medidas preventivas”, “Coloco pulseira de sinalização de risco”, “Oriento sobre uso da campainha” e “Oriento sobre uso da cama”. **Conclusões:** Os cuidados relacionados ao ambiente foram os mais frequentemente prescritos para os pacientes e as condutas educativas pouco registradas. O plano de cuidados para os pacientes hospitalizados com alto risco de queda necessita contemplar a multifatorialidade do evento envolvendo medidas educativas que promovam tanto o conhecimento quanto comportamento preventivo.

Descritores: Acidentes por quedas; Cuidados de Enfermagem; Processo de Enfermagem.

PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO GUIA PARA ELABORAÇÃO DE AULAS

Simoní Saraiva Bordignon; Deciane Pintanela de Carvalho

Introdução: O processo de formação profissional em enfermagem requer o ensino metodológico do processo de enfermagem (PE), o qual é introduzido nos cursos de graduação buscando construir junto aos estudantes a competência e o conhecimento para executar suas etapas, bem como desenvolver as habilidades e atitudes no contexto do cuidado oportunizando o aprendizado no âmbito teórico e prático. **Objetivo:** Relatar a experiência docente em elaborar os planos de aula baseado nas cinco etapas do processo de enfermagem. **Método:** Relato de experiência de organização dos planos de aula utilizando como guia as cinco etapas do PE em uma disciplina de Semiologia e Semiotécnica do curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio grande, em temas como: oxigenação, nutrição e eliminação urinária. **Resultados:** As aulas foram fundamentadas na teoria das Necessidades Humanas Básicas e organizadas com base nas cinco etapas do PE, os temas eram apresentados a partir de um caso para discussão, com início na 1ª etapa Histórico de enfermagem sobre o levantamento de problemas realizado através da entrevista e do exame físico buscando evidenciar as características definidoras, os fatores relacionados, de risco, e para caracterização do diagnóstico de enfermagem as condições associadas e a população de risco caso estejam presentes. Para então, na 2ª etapa construir os Diagnósticos de Enfermagem através do North American Nursing Diagnosis Association NANDA-I e do raciocínio clínico para confirmação dos diagnósticos prioritários para o caso. A 3ª etapa Planejamento de enfermagem desenvolve-se a partir dos diagnósticos, na qual a discussão era organizada com o objetivo de determinar os resultados esperados, com uso das escalas estabelecidas no Nursing Outcomes Classification NOC para avaliar o plano de cuidados de enfermagem elaborado com o uso do Nursing

Interventions Classification NIC. Assim na 4ª etapa Implementação, os estudantes eram instigados a estabelecer relações entre os cuidados de enfermagem prescritos e a equipe de enfermagem. Já a 5ª etapa Avaliação em enfermagem foi proposto que os estudantes em grupo reavaliassem o processo de enfermagem estabelecido, com o uso do NOC, de forma crítica e reflexiva de todas as etapas. **Conclusões:** A reorganização do ensino de enfermagem de acordo com o PE, favorece ao estudante a visualização da construção do cuidado fundamentado no PE, promovendo o raciocínio clínico de forma organizada e objetiva.

Descritores: Processo de Enfermagem; Educação Superior; Estudantes de Enfermagem.

PROCESSO DE ENFERMAGEM DA IMPLANTAÇÃO À INFORMATIZAÇÃO: UMA PERCEPÇÃO ACADÊMICA

Susane Karine Kerckoff Machado; Suéli Regina Sulzbach; Patricia Poltronieri; Maria Luiza Martins; Edlamar Kátia Adamy; Carla Argenta

Introdução: a resolução COFEN n. 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e implementação do Processo de Enfermagem (PE) em todos os ambientes onde ocorram cuidados de enfermagem. Com vista a contribuir no processo de implantação e implementação do PE, as tecnologias estão cada vez mais presentes nos processos de trabalho na área da saúde, onde busca-se principalmente a qualificação do cuidado. **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem durante o processo de implantação, implementação e informatização do PE em um hospital de referência na região Oeste de Santa Catarina. **Metodologia:** estudo do tipo relato de experiência, a partir de vivências acadêmicas durante ações extensionistas do programa “PE como tecnologia do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde: instrumentalizando profissionais de enfermagem” da Universidade do Estado de Santa Catarina. O programa de extensão iniciou em março de 2014 e permanece até os dias atuais. **Resultados:** as vivências possibilitaram o desenvolvimento de um olhar mais crítico do acadêmico acerca do PE e sua importância para a enfermagem. Destes encontros extensionistas foram construídas três matrizes assistenciais (MA), a partir do Sistema de Linguagem Padronizada NANDA-I, NIC e NOC, para os setores de Unidade de Terapia Intensiva, Oncologia e Pediatria, e contou com a participação de acadêmicos de enfermagem, docentes e enfermeiros da instituição. Inicialmente registradas no Microsoft Office Excel, as MA contam com 80 Diagnósticos de Enfermagem, 87 Resultados de Enfermagem, e 109 Intervenções de Enfermagem, construídas a partir do perfil dos pacientes das respectivas unidades. Com o progresso das ações de extensão, a instituição implantou o PE de forma informatizada. Os discentes foram responsáveis pelo registro das MA na planilha Excel, alimentaram o sistema informatizado do hospital, e também realizaram as contribuições necessárias para os ajustes no sistema informatizado. **Considerações finais:** a participação discente no processo de implantação, implementação e informatização do PE traduz-se em um espaço de capacitação, que contribui na formação de futuros profissionais com conhecimento acerca do PE, além de fazer emergir o sentimento de pertencimento nesta construção. Ao mesmo tempo, faz com que o serviço perceba a importância da integração ensino-serviço como forma de garantir a qualidade na assistência prestada.

Descritores: Processo de Enfermagem; Informática; Ensino.



PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

Martina Zucchetti; Camila Simon; Ana Amélia Antunes De Lima; Giane De Lima Da Silva; Graciele Fernanda Da Costa Linch

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma ocorrência aguda relacionada à redução ou interrupção do aporte sanguíneo ao tecido cerebral. Pode ser do tipo hemorrágico (AVCH) ou do tipo isquêmico (AVCI) o mais prevalente. A sua forma clínica varia consideravelmente o que evidencia a necessidade de um cuidado individualizado. O processo de enfermagem (PE), nesse sentido, configura uma ferramenta ímpar para qualificar e direcionar a assistência. Objetiva-se descrever a aplicação do PE ao paciente com AVCI através de um relato de caso. **Método:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente feminina, 65 anos, histórico de HAS, DM, AVCI temporal em 2016, não trombolisado. Conduzida a um hospital após apresentar mal-estar e síncope e admitida em uma unidade fechada. A partir dos sinais clínicos e exame de imagem diagnosticou-se um AVCI e iniciou-se trombólise endovenosa. Ao exame objetivo apresentava-se alerta, afásica (afasia de Broca), obedecendo aos comandos, pupilas isofotorreagentes. Dor em MID de intensidade 8, hemiparética à D, MID frio, cianótico, ausência de pulsos periféricos. Foram elencados como problemas de enfermagem: dor, dificuldade de comunicação e na realização de atividades cotidianas e perfusão sanguínea comprometida. E, assim, como Diagnósticos de Enfermagem: Dor aguda relacionada a agentes lesivos biológicos, evidenciada por comportamento expressivo; Comunicação verbal prejudicada relacionada à alteração no sistema nervoso central, evidenciada por afasia; Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízos neuromusculares, evidenciada por mudanças na marcha; e, Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada à diabetes melito e hipertensão evidenciada por pele fria e pulsos ausentes. Os Resultados (NOC) e as Intervenções (NIC) versaram sobre o nível de dor através de intervenções de controle; da comunicação (expressão) com intervenções para facilitar a comunicação; da Mobilidade através da assistência no autocuidado e estímulo de habilidades psicomotoras; e, por fim, o Estado Circulatório e intervenções com a insuficiência arterial. A paciente teve alta hospitalar recuperada da maioria dos déficits. O PE é um instrumento de planejamento, execução, controle e avaliação das ações de cuidado que contribui para firmar a cientificidade da profissão e uma prática acurada. No caso relatado, a sua utilização foi profícua, pois individualizou e orientou o cuidado à paciente de forma qualificada, evidenciando o relevante papel da Enfermagem na recuperação.

Descritores: Diagnósticos de Enfermagem; Acidente Vascular Cerebral; Cuidados de Enfermagem.

PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO DE UMA PACIENTE SUBMETIDA À MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA E BIÓPSIA DE LINFONODO SENTINELA À DIREITA

Julianna Nogueira Rodrigues; Julianna Costa Bela; Rosimere Ferreira Santana; Thalita Gomes do Carmo

Introdução: O câncer de mama requer tratamento prolongado, a necessidade de uma mastectomia causa impactos psicológicos na mulher, como alteração da imagem corporal, sexualidade, ansiedade e tarefas da vida diária. O processo de enfermagem proporciona ao profissional enfermeiro maior autonomia, além do cuidado de maneira holística. **Objetivo:** Descrever o PE na assistência perioperatória de uma paciente submetida à mastectomia radical modificado e biópsia de linfonodo sentinela à direita sustentada pela

teórica Betty Neuman, que define o paciente como indivíduo holístico que reage a estressores. **Método:** Relato de caso de paciente internada na Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro no período de 28 a 29 de novembro de 2018. A coleta de dados foi obtida por meio de uma entrevista semiestruturada e exames físicos feitos o decorrer da assistência perioperatória. A partir dos dados coletados, elaboramos os diagnósticos (NANDA-I)¹, objetivamos os resultados (NOC)² e realizamos as intervenções (NIC)³. **Resultados:** Os principais diagnósticos no período perioperatório foram: Risco de recuperação cirúrgica retardada associado à obesidade (grau II) e ASA III. Obesidade caracterizada por IMC > ou = 30kg/m² relacionada a tempo de sono reduzido, média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo. Risco de baixa autoestima situacional caracterizado pela alteração da imagem corporal. As principais intervenções fora: encorajar o paciente a expressar seus sentimentos, orientação quanto a possibilidade de reconstrução mamária, monitorar as declarações da paciente em relação à autoestima, estimular a deambulação precoce, reforçar pontos positivos pessoais, escutar ativamente, estabelecer metas para hábitos saudáveis reais a curto e longo prazo, observar sinais filológicos e mensurar exsudato. Os resultados esperados: controle das comorbidades (3-4), disposição para aderir a novos hábitos alimentares (3-4), adaptação às mudanças na aparência física (2-4). Os números obtidos dos resultados respectivamente: (4), (4), (3). **Conclusão:** O PE pautado no uso de linguagens padronizadas fornece subsídios para o enfermeiro estabelecer o plano de cuidados individualizado, além de atender as demandas do paciente, quando etapas aplicadas de forma correta. O referencial teórico possibilita fundamentar a prática profissional, avaliando o sistema composto por variáveis que interagem entre si e podem ser identificados pelas intervenções realizadas.

Descritores: Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem Perioperatória.

PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO DE UMA PACIENTE SUBMETIDA À LINFADENECTOMIA AXILAR À DIREITA

Julianna Nogueira Rodrigues; Julianna Costa Bela; Rosimere Ferreira Santana; Thalita Gomes do Carmo

Introdução: O câncer de mama é o segundo tipo mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil. O processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro prestação da assistência de enfermagem a paciente com metástase linfonodal de câncer de mama, além do cuidado de maneira holística. **Objetivo:** Descrever o processo de enfermagem na assistência perioperatória de uma paciente submetida à linfadenectomia axilar à direita sustentada pelo processo de enfermagem da Wanda Horta (1979), servindo de base para a identificação da situação da paciente e elaboração de um plano de cuidados voltado para prevenção de complicações perioperatórias e promoção da saúde. **Método:** Relato de caso de uma paciente internada na Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro no período de 06 a 09 de novembro de 2018. A coleta de dados foi obtida por meio de uma entrevista semiestruturada com o paciente e exames físicos feitos o decorrer da assistência perioperatória. A partir dos dados coletados, elaboramos os diagnósticos (NANDA-I)¹, objetivamos os resultados (NOC)² e realizamos as intervenções (NIC)³. **Resultados:** Os principais diagnósticos no período perioperatório foram: Risco de recuperação cirúrgica retardada caracterizada por diabetes mellitus e ASA III. Ansiedade relacionada à ameaça ao estado de saúde e estresse, caracterizada por ansiedade, preocupação, alteração no padrão de sono e apetite. Risco de baixa autoestima situacional caracterizado pela alteração da imagem corporal. As principais intervenções fora: encorajar o paciente a expressar seus sentimentos, informar sobre o

fator de risco do paciente, monitorar as declarações da paciente em relação à autoestima, enfatizar e estimular a importância de deambulação precoce, reforçar pontos positivos pessoais, escutar ativamente, observar sinais filológicos e mensurar exsudato. Os resultados esperados: controle das comorbidades (2-4), disposição para aderir a novos hábitos alimentares (1-4), adaptação às mudanças na aparência física (2-4). Os números obtidos dos resultados respectivamente: (3), (3), (4). **Conclusão:** O PE pautado no uso de linguagens padronizadas fornece subsídios para o enfermeiro estabelecer o plano de cuidados individualizado, além de atender as demandas do paciente, quando etapas aplicadas de forma correta. O referencial teórico possibilita fundamentar a prática profissional, avaliando o sistema composto por variáveis que interagem entre si e podem ser identificados pelas intervenções realizadas.

Descritores: Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem Perioperatória.

PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO

Morgana Morbach Borges; Rosaura Soares Paczek; Tatiane Costa de Melo; Carla Cristina de Oliveira; Caroline dos Santos Brandolt; Carina Galvan

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento utilizado para as ações do cuidado, onde o enfermeiro verifica os problemas, planeja, implementa ações e avalia os resultados, possibilitando uma aproximação com o cliente na realização do cuidado, resgatando ideias propostas por Florence Nightingale. O PE é a maior representação do método científico da profissão, sendo direcionado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A assistência de enfermagem a pacientes no período pós-anestésico deve ter como objetivo garantir uma recuperação segura, prevenindo, detectando e atendendo as complicações que possam advir do ato anestésico cirúrgico. O perfil diagnóstico dos pacientes, elaborado com base nessa taxionomia NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA, 1994), oferece uma fundamentação para determinar as intervenções de enfermagem facilitando a implementação do planejamento da assistência de enfermagem. Sendo possível avaliar a necessidade de recursos e a qualidade da assistência da enfermagem, propondo medidas para modificação da prática através de programas de educação continuada. **Objetivo:** Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes no pós-operatório imediato. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). **RESULTADOS:** A SAE configura-se como uma metodologia embasada em princípios científicos que permitem detectar as prioridades de cada paciente quanto às suas necessidades fornecendo, assim, uma direção para as possíveis intervenções e favorecendo ações que modifiquem o estado do processo de vida e de saúde/doença dos pacientes. Os pacientes em pós-operatório imediato apresentam como diagnósticos mais frequentes: risco para injúria, risco para infecção, senso-percepção alterada, risco para aspiração, mobilidade física prejudicada, integridade tissular prejudicada e hipotermia. **Conclusão:** Identificar diagnósticos de enfermagem comuns em pacientes no pós-operatório permite um direcionamento da assistência de enfermagem, possibilitando reconhecimento prévio das necessidades manifestadas por esses pacientes e fornecer subsídios para estabelecimento de intervenções de enfermagem fundamentadas e adequadas às necessidades individuais. A identificação da frequência dos diagnósticos pode constituir uma base importante para o planejamento de recursos humanos e materiais visando a melhora da qualidade da assistência de enfermagem.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Enfermagem perioperatória.

PROPOSTA DE UM NOVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, “RISCO DE FUGA”: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ester de Melo Borba; Déborah Bulegon Mello; Amália de Fátima Lucena; Raquel Schuttz Carvalho; Gláucia dos Santos Policarpo, Luciana Ramos Correa Pinto

Introdução: A prática assistencial tem evidenciado a fuga de pacientes como um evento adverso a ser evitado no contexto hospitalar. Todo paciente hospitalizado, independentemente de sua situação clínica, é de inteira responsabilidade da instituição de saúde e de seus respectivos profissionais. Dessa forma, ações preventivas à evasão hospitalar do mesmo deverão ser tomadas para impedir tal desfecho. **Objetivo:** Desenvolver um novo diagnóstico de enfermagem, denominado “Risco de Fuga”, de acordo com a taxonomia da Nanda International (NANDA-I). **Método:** trata-se de uma proposta de Diagnóstico de Enfermagem, elaborada por um grupo de trabalho composto por enfermeiras e bolsistas da de uma comissão de implantação do Processo de Enfermagem de um hospital no sul do Brasil, com o propósito de auxiliar a prevenir este evento adverso. Os dados foram organizados a partir de reuniões do grupo de trabalho, que utilizou-se de sua prática clínica e buscou literatura sobre o tema para, posteriormente, elencar o título, definição e fatores de risco componentes do diagnóstico em desenvolvimento. **Resultados:** O DE proposto está intitulado “Risco de Fuga” e definido como: “Susceptibilidade à evasão do serviço de saúde no qual o indivíduo está realizando atendimento/tratamento sem a autorização médica e comunicação aos profissionais, que pode comprometer a sua saúde”. Os fatores de risco são: juízo crítico prejudicado; agitação; abuso de substâncias; antecedentes de fuga; saídas furtivas da unidade; solicitações frequentes de alta; descontentamento com a situação, ausência de interesse em melhorar comportamentos de saúde, apoio social insuficiente. **Conclusão:** este novo diagnóstico de enfermagem poderá facilitar o raciocínio clínico do enfermeiro, norteador a prática clínica no cuidado preventivo à fuga. O próximo passo será a aplicação deste diagnóstico na prática clínica da instituição e o encaminhamento da sua proposta à Nanda-I.

Descritores: Comportamentos de Risco à Saúde; Reação de Fuga; Cooperação e Adesão ao Tratamento.

QUALIDADE DO REGISTRO ELETRÔNICO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Carolina Siqueira Amaral; Wagner Longaray de Caldas; Joana Nunes Wiedenhoft; Emiliane Nogueira de Souza

Introdução: O instrumento Quality of Diagnosis, Interventions and Outcomes (Q-DIO) mede a qualidade e a acurácia dos registros quanto à realização das etapas do processo de enfermagem (PE). **Objetivo:** Avaliar a qualidade do registro de etapas do PE após a implementação do registro eletrônico da sistematização da assistência de enfermagem em um sistema de gestão informatizado de um complexo hospitalar no sul do Brasil. **Método:** Estudo transversal que avaliou os registros por meio do instrumento Q-DIO junto aos prontuários eletrônicos. O Q-DIO avalia 4 domínios tais como: diagnósticos de enfermagem como processo, diagnósticos de enfermagem como produto, intervenções e resultados de enfermagem. Como não há o registro eletrônico dos resultados de enfermagem, avaliou-se somente os três primeiros, avaliando-se o histórico de enfermagem, as evoluções e as prescrições de enfermagem em prontuários de pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) adulto. Os dados foram armazenados e analisados em banco de dados do SPSS, no ano de 2018. A implantação do registro eletrônico do PE na instituição ocorreu em no período de março a maio de 2017.

Resultados: Foram avaliados 147 prontuários eletrônicos de 6 UTIs. Quanto ao diagnóstico de enfermagem como processo (registros do histórico de enfermagem), evidenciou-se uma pontuação média de $3,4 \pm 0,41$ pontos (mín. 0 – máx. 22). Em relação ao diagnóstico de enfermagem como produto, a pontuação média foi de $15,4 \pm 0,19$ (0-16). Os registros dos sinais e sintomas foram observados em 82% dos prontuários, mas somente em 77,9% destes os sinais e sintomas registrados em evolução possuíam relação com o DE. A pontuação média relacionada às intervenções de enfermagem foi de $4,9 \pm 0,2$ (0-6). Dentre as inconformidades relacionadas às intervenções, destacou-se o aprazamento na maioria dos prontuários avaliados. **Conclusão:** A avaliação do DE como processo mostrou que o histórico de enfermagem não contém todas as informações avaliadas pelo instrumento ou que não foi preenchido completamente pelos enfermeiros. Já a construção do DE no sistema foi satisfatória, assim como as intervenções. No entanto, é necessário revisar a forma de aprazamento pelos enfermeiros intensivistas no sistema. Treinamento continuado poderá melhorar os resultados encontrados quanto à qualidade dos registros.

Descritores: Registros eletrônicos em saúde; Processo de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

RACIOCÍNIO CLÍNICO APLICADO À DIFERENTES ÁREAS DA ENFERMAGEM: RELATO DOS EVENTOS PROMOVIDOS PELA LIGA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM DA UFRGS

Bárbara Potzik; Catarina Lindenberg; Christofer da Silva Christofoli; Paola Melo Campos;
Thayná de Almeida; Daiane Dal Pai

Introdução: O Raciocínio Clínico em Enfermagem (RCE) é um processo mental complexo e dinâmico, que ocorre em todas as fases do processo de enfermagem, atuando na identificação de situações que demandam atendimento de enfermagem quanto na seleção de ações necessárias para esse atendimento, para o alcance de resultados de saúde¹. Diante disso, a Liga Acadêmica de Enfermagem (LAEnf/UFRGS) vislumbrou a necessidade de promover encontros de caráter técnico-científicos para a discussão da temática. **Objetivo:** Relatar a experiência da LAEnf/UFRGS na promoção de eventos técnico-científicos para a discussão da temática RCE aplicado a diferentes áreas de atuação da Enfermagem. **Método:** Trata-se de um relato de experiência baseado na análise dos registros acerca dos eventos realizados pelo Projeto de Extensão “LAEnf/UFRGS” sobre a temática “Raciocínio Clínico em Enfermagem”. No ano de 2018 ocorreram oito eventos com essa temática, com duração média de uma hora e meia, os quais consistiram em encontros gratuitos e abertos à comunidade de enfermagem (discentes, docentes e profissionais). A programação foi preparada pelos membros da LAEnf/UFRGS tendo como ministrantes profissionais com expertise nas diversas especialidades da enfermagem. Os registros analisados para descrever esta experiência foram as atas de planejamento, materiais disponibilizados pelos palestrantes e as avaliações dos participantes. **Resultados:** A abordagem do RCE foi realizada com a utilização de cenas de séries de televisão, encenações e casos clínicos. Ao final da apresentação o público era desafiado para elencar diagnósticos de enfermagem que se relacionavam com o caso, após ocorria discussão e teorização. As atividades tiveram um total de 414 participantes dentre discentes, docentes e profissionais de saúde que avaliaram o evento em 97,51% como muito bom e ótimo, as áreas de atuação foram emergência adulto e pediátrica, intensivismo, saúde mental, atenção básica, saúde da mulher e paciente cirúrgico. **Conclusões:** A experiência permitiu novos espaços de trocas de saberes em relação ao RCE. Ressalta-se a importância de se instigar o assunto

durante toda a formação do enfermeiro, visto que será requerido diariamente na sua prática profissional.

Descritores: processo de enfermagem; pensamento crítico; diagnóstico de enfermagem.

REGISTROS ELETRÔNICOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA: UMA ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAR O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Larissa Gussatchenko Caballero; Dayanna Machado Pires Lemos; Kely Regina da Luz; Letícia Pereira de Souza; Rafael Heiling de Souza

Introdução: Tecnologias da informação (TI) em instituições hospitalares possibilitam a redução de erros de registros e melhor instrumentalizam os profissionais para a tomada de decisão no cuidado do pacientes. Em se tratando de cuidados intensivos, essa realidade expressa à melhoria na qualidade e segurança assistencial. **Objetivo:** Descrever a implementação dos registros eletrônicos em uma unidade de terapia intensiva coronariana (UCO). **Método:** Relato de experiência sobre a implantação de registros eletrônicos em uma UCO de hospital público e universitário. **Resultados:** Inicialmente foi desenvolvida a ampliação do sistema integrado “Aplicativo para Gestão de Hospitais Universitários” (AGHU) pela Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) e equipe de TI e posteriormente a migração dos registros impressos para o formato digital. Ocorreram capacitações presenciais para a equipe da UCO, qualificando o processo de enfermagem. Sessões de treinamentos específicos sobre a nova interface e os dados a serem registrados foram realizadas, além de manuais para guiar os profissionais. O piloto do método foi aplicado para dois pacientes durante uma semana e após, expandido para os demais leitos de internação da unidade. A partir desta abordagem foi possível fazer adequações do sistema e adaptar para terapia intensiva. Os registros eletrônicos incluem dados como sinais vitais, infusões contínuas, balanço hídrico e campo para relatos subjetivos e objetivos dos sintomas dos pacientes. Neste sistema a soma de débitos hídricos é feita automaticamente, sendo possível o ajuste do horário inicial e final a ser visualizado. Durante a implantação do sistema, houveram algumas falhas (troca de informações entre pacientes, informação equivocada). Porém, após o período de adaptação, vantagens como acesso remoto, clareza, praticidade e o não arquivamento, foram aspectos valorizados pelos profissionais. **Conclusão:** A partir desta experiência, percebe-se a importância de aliar as ferramentas de TI desenvolvidas na área da saúde para aperfeiçoar o processo de cuidado dos pacientes críticos. Este sistema torna o processo de trabalho da enfermagem mais ágil e seguro, reduz a chance de erros, promove a uniformidade e a clareza dos registros, proporcionando a conectividade em tempo real dos dados dos pacientes com a equipe multiprofissional, além de reduzir os custos e o armazenamento de papel. Garantindo assim maior segurança ao paciente e qualidade no processo de cuidado das pacientes críticos.

Descritores: Processo de enfermagem; cuidados críticos; tecnologia da informação.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTE ONCOLÓGICO COM CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO DE LONGA PERMANÊNCIA

Raquel Yurika Tanaka; Aline Nunes Haar; Carina Cadorin; Kelly Cristina Milioni; Jessica Rosa Thiesen da Cunha; Gabriella Roletto da Silva

Introdução: No tratamento quimioterápico os pacientes oncológicos têm como alternativa a instalação de cateter totalmente implantado de longa permanência, garantindo maior

segurança durante a infusão da terapia, devido aos fármacos serem irritantes e vesicantes. Estes cateteres, os Portocaths, permanecem sob a pele no tecido subcutâneo na região do tórax. A enfermagem tem papel fundamental na redução das taxas de infecção através da adoção de medidas preventivas na punção e manipulação deste dispositivo. O Processo de Enfermagem (PE) torna-se uma ferramenta metodológica e sistemática para guiar as ações, planejamento e organização do cuidado específico, levando em consideração a humanização e a segurança do paciente, assim como garantir os registros adequados na prática assistencial. **Objetivo:** Relatar experiência sobre o processo de enfermagem implementado em um paciente com cateter totalmente implantado. **Método:** Relato de experiência sobre o PE implementado em paciente em uso de Portocath durante internação em uma unidade clínica adulto de um hospital universitário no município de Porto Alegre. **Resultados:** Paciente com neoplasia de mama estágio IV com progressão óssea e pulmonar hospitalizada por dispnéia e dor. Após melhora reiniciou o tratamento quimioterápico com indicação de mantê-lo em ambulatório após alta. Identificou-se que a paciente possuía um Portocath em subclávia direita há 45 dias, quando iniciou quimioterapia ambulatorial e este seria usado para o tratamento. A partir da coleta de dados, usou-se o diagnóstico de enfermagem Risco de Infecção, relacionada ao procedimento invasivo, com prescrição de cuidados a partir de protocolos e procedimentos operacionais da instituição. Os cuidados incluíram a realização adequada do procedimento de punção, manipulação com desinfecção e troca das conexões, equipos, proteção, curativo e agulha, além do registro da data da punção do cateter. Após tratamento e planejamento da alta hospitalar seguiu-se com reavaliação das condutas e a heparinização do cateter, registro em prontuário eletrônico para facilitar o controle pelos enfermeiros da unidade de quimioterapia ambulatorial. **Conclusão:** A aplicação do PE é fundamental para prática da enfermagem, prevenção de infecção de cateter totalmente implantado e assim oferecer maior segurança nas práticas que envolvem a assistência a saúde do paciente oncológico.

Descritores: Processo de Enfermagem; Segurança do Paciente; Cuidados de Enfermagem.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: O PROCESSO DE ENFERMAGEM E CUIDADOS MULTIDISCIPLINAR COM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Carina Cadorin; Raquel Yurika Tanaka; Ivana Duarte Brum; Gabriella Roletto da Silva; Kelly Cristina Milioni; Jessica Rosa Thiesen da Cunha

Introdução: O avanço tecnológico alcançado a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento terapêutico, fez com que doenças como o câncer se tornassem crônicas, levando a longevidade dos seus portadores. Dessa forma, há necessidade de intervenções de enfermagem que auxiliem as pessoas no enfrentamento da doença e suas conseqüências, visando a reabilitação e a melhoria da qualidade de vida. Para uma assistência integral às necessidades dos pacientes, torna-se necessário um trabalho integrado junto a equipe multidisciplinar, para melhor avaliação e intervenção no alívio dos sintomas. Os cuidados prestados por uma equipe qualificada, proporcionam uma assistência diferenciada e única para o paciente e sua família. **Objetivo:** Relatar a experiência do processo de trabalho em equipe multidisciplinar aos pacientes oncológicos. **Métodos:** Relato de experiência de profissionais da enfermagem após implementação de rounds multidisciplinares que discutem as necessidades dos pacientes oncológicos em uma unidade de internação clínica de um Hospital Universitário de Porto Alegre. **Resultados:** O grupo de enfermeiros da unidade necessitou se qualificar para melhor atender esse paciente e, atualmente, sete profissionais estão cursando especialização em Enfermagem Oncológica. Foi necessário adequar um espaço físico

com um ambiente acolhedor, garantindo privacidade e conforto durante o atendimento aos familiares. O processo de educação para alta hospitalar ficou mais organizado e dinâmico, possibilitando desenvolver cuidados específicos da assistência e ao processo de enfermagem, envolvendo e permitindo uma maior segurança ao cuidado pelos familiares e cuidadores do paciente no domicílio. Esse processo possibilitou aos enfermeiros um planejamento de cuidados com qualidade além de realizar os encaminhamentos necessários para a alta hospitalar garantindo a continuidade do tratamento. **Conclusão:** A presença de uma equipe multidisciplinar definida melhora a discussão dos casos, agregando positivamente no planejamento e implementação do processo de enfermagem com melhor adesão às recomendações e maior eficiência nas ações de educação, e assim, uma melhora na qualidade assistencial e comprometimento dos pacientes nos cuidados.

Descritores: Cuidados Paliativos; Processo de Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente.

RELATÓRIO TÉCNICO SOBRE A REALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO RIO GRANDE DO SUL

Flávia Carneiro; Graciele Fernanda da Costa Linch

Introdução: Implementar o Processo de Enfermagem (PE) é uma obrigação legal, prevista na Resolução Cofen 358/2009, que deve ser liderada pelo enfermeiro, porém técnicos e auxiliares têm um papel, igualmente, importante. A aplicação efetiva do PE requer além de conhecimento e habilidades, uma estrutura complexa de diversos recursos, somados a uma dinâmica de trabalho sistematizada. O cumprimento desta exigência é fiscalizado pelos Conselhos Regionais de Enfermagem, que nos prontuários dos pacientes identificam, ou não, a existência das cinco etapas do PE. **Objetivo:** Produzir relatório técnico sobre os aspectos legais envolvidos no PE, com base nas notificações emitidas pelo Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS). **Método:** Estudo transversal retrospectivo, realizado no Coren-RS, sobre as notificações lavradas, apontando irregularidades no PE, no ano de 2017, referentes aos Processos Fiscalizatórios abertos e executados no mesmo ano. Os critérios de exclusão eram foram: processos que não geraram notificações, notificações emitidas em 2018 e processos indisponíveis. A coleta de dados deu-se no mês de julho/18. Os dados foram armazenados em uma planilha de Microsoft Excel, posteriormente processados pelo programa SPSS, resultando em um relatório técnico. Houve aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 88218218.2.0000.5345; Número do Parecer: 2.662.248. **Resultados:** Dos 497 municípios do RS, 130 tiveram processos com notificações, sendo que de 249 processos analisados, 212 compuseram a amostra de notificações. Destas, 94 (44,3%) eram públicas, 91 (42,9%) privadas e 27 (12,7%) eram filantrópicas. A maioria, 158 (74,5%), foi notificada por inexistência do PE e cinco por inadequação do mesmo. Em média, 18 processos foram abertos por mês em 2017. **Considerações finais:** Embora existam muitas barreiras como quantitativo insuficiente de profissionais e sobrecarga de trabalho, um desafio importante a ser superado é o hábito de não registrar. Gerar evidências do nosso trabalho é o primeiro passo para consagrar a enfermagem como profissão e ciência. Para tanto, a criação de um relatório técnico sobre a situação da fiscalização do processo de enfermagem no estado do RS pode chamar a atenção das chefias e gerar uma mudança em relação ao cumprimento da resolução que contempla o processo de enfermagem.

Descritores: Registros de Enfermagem; Legislação de Enfermagem; Processo de Enfermagem.

"RISCO DE SANGRAMENTO" EM CRIANÇA COM DISTÚRBO HEMATOLÓGICO

Luciana da Rosa Zinn Sostizzo; Caroline Maier Predebon; Cássia da Silva Ricalcati;
Fernanda da Silva Flores

Introdução: O paciente pediátrico hematológico possui necessidades de cuidados de enfermagem especializados e portanto, a necessidade de sistematizar a assistência através da utilização de linguagens padronizadas, como, as classificações de enfermagem que descrevem sistematicamente o que os enfermeiros realizam cotidianamente. **Objetivo:** Relatar uso das classificações de diagnósticos e intervenções de enfermagem selecionadas para uma criança com distúrbio hematológico. **Método:** Estudo do tipo relato de experiência sobre uso das classificações de diagnósticos e intervenções de enfermagem, para criança distúrbios de coagulação em tratamento hematológico, desenvolvido em uma Unidade Pediátrica de um Hospital público, geral e universitário do Rio Grande do Sul. **Relato da experiência:** Baseado no julgamento clínico do enfermeiro e direcionado para a criança com doença hematológica, foi selecionado o Diagnóstico de Enfermagem (DE) "Risco de Sangramento". Os fatores de risco que forneceram sustentação para a decisão no primeiro diagnóstico foram: Coagulopatia Inerente, Regime de Tratamento e Trauma. As intervenções de enfermagem selecionadas: Precauções contra Sangramento visando orientar o paciente e sua família sobre a redução de estímulos que possam induzir o sangramento ou hemorragia nesta criança, através de orientações sobre situações de riscos e cuidados preventivos. Com tais intervenções de enfermagem, observou-se que o paciente progrediu na maioria das categorias propostas não apresentando sangramento e/ou risco de agravamento do seu estado clínico durante a internação. **Conclusão:** A escolha de diagnósticos e intervenções adequadas possibilita a elaboração de um plano de cuidados individualizado para o paciente pediátrico e a sua família refletindo em uma assistência de enfermagem de qualidade e primando pela segurança do paciente em situação de risco. **Descritores:** Diagnósticos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Criança Hospitalizada.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Carla Kowalski

Introdução: O enfermeiro é o profissional que está junto ao paciente em todos os processos, nesse contexto a Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) é um método que visa orientar e qualificar o cuidado da enfermagem de forma sistemática e dinâmica ao prestar cuidados de enfermagem, que é realizado por meio de cinco etapas interligadas: Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e; Avaliação de enfermagem. É um método que favorece a prestação do cuidado de forma organizada e devem ser previamente estabelecidas na prática de cuidados em todas as instituições de saúde, sendo assim, a equipe precisa estar devidamente preparada (COFEN 358/2009). **Método:** trata-se de uma revisão narrativa acerca da produção científica nacional a respeito da sistematização do cuidado de enfermagem. A busca em base de dados foi desenvolvida na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de dados de enfermagem (BDENF), no período de Março a Maio de 2019. Para a coleta dos dados foram utilizado os descritores "assistência de enfermagem; cuidados de enfermagem; diagnóstico de enfermagem. Para a análise dos dados, foi considerada análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), em três etapas. **Resultados e Discussão:** Na prática, nem todos as etapas são sistematicamente aplicadas. Os estudos têm revelado dificuldades no estabelecimento e na utilização na Assistência enfermagem

nas instituições. Os resultados do presente estudo ratificam que a SAE, quando aplicada de forma correta e na totalidade de suas fases, representa um grande benefício para o cuidado de enfermagem, pois além de promover uma assistência mais qualificada, resulta em melhorias na organização das atividades de enfermagem e maior autonomia profissional. Desse modo, seu uso deve ser estimulado nos diferentes cenários de atuação do profissional do enfermeiro. **Considerações Finais:** A aplicação da SAE, possibilita desenvolver uma assistência pautada no conhecimento científico, culminando no alcance dos resultados traçados e, conseqüentemente, na melhor interação e participação do paciente nas atividades a SAE é uma tecnologia orientadora da prática clínica do enfermeiro e de sua equipe e de extrema importância para o cuidado.

Descritores: Assistência de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM VOLTADA AO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA APS

Juliana Santos da Rosa; Luciano Vilmar Albrecht; Thainá dos Santos

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia que direciona a gestão do cuidado prestado pelo Enfermeiro e possibilita a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE)¹. Atividade privativa do enfermeiro, o PE é estruturado em etapas que envolvem a identificação das condições de saúde, problemas e necessidades, diagnóstico de enfermagem (DE), plano de cuidados, implementação de ações planejadas e avaliação de resultados. Estas etapas são dinâmicas e direcionam a assistência prestada em caráter individual e coletivo, nos diferentes locais onde o cuidado é prestado. O acompanhamento gestacional é prática frequente manejada na APS em caráter multiprofissional. Com foco na promoção e prevenção, o enfermeiro desenvolve ações voltadas à captação precoce do pré-natal, atividades educativas, promoção do aleitamento materno, dentre outros². A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) permite que o enfermeiro identifique diagnósticos que dizem respeito aos diferentes ciclos vitais³. **Objetivo:** Relatar a implementação da SAE por meio dos DE voltados à gestante e puerpera no âmbito da APS. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, tipo relato de experiência, realizado em uma unidade de saúde do município de Gravataí/RS e elaborado diante vivências de implementação da SAE por meio dos DE construídos com base na CIPE® voltados ao ciclo gravídico-puerperal no âmbito da APS. **Resultados:** Dentre os diagnósticos elencados³ relativos à assistência prestada à mulher no ciclo pré-natal e puerperal, 15 respaldam as intervenções mais frequentes e contribuem para o direcionamento das condutas prestadas pelo enfermeiro. Estes diagnósticos formaram o Guia Rápido de Orientação para Atendimento de Pré-Natal, elaborado por enfermeiros da APS municipal durante as Reuniões sobre a SAE ao longo de quatro anos. Destacam-se os diagnósticos de Gravidez normal nos respectivos trimestres; Desenvolvimento fetal; Náusea; os de alterações das mamas como Ingurgitamento mamário e Fissura mamilar; os relativos à amamentação; e os que evidenciam Estado vacinal. **Conclusões:** A CIPE® é um sistema de linguagem unificado e referenciado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros para documentar os cuidados de enfermagem e promover reflexão de suas práticas(4). Mostra-se ferramenta útil na prática assistencial do Enfermeiro da APS que lida com pessoas, famílias e comunidades, fornecendo suporte na implementação da SAE e respaldando suas intervenções.

Descritores: Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

SISTEMATIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL PARA MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: UMA VIVÊNCIA ACADÊMICA

Thais Zilles Fritsch; Hilda Moleda Constant; Taiane Saraiva Freitas; Julia Ravazio de Jesus; Giovana de Miranda; Eliane Goldberg Rabin

Introdução: A qualidade de vida das mulheres com câncer de mama é uma meta a ser alcançada na consulta de enfermagem, principalmente na atuação da promoção à saúde e na prevenção de agravos. Na prática clínica percebe-se a relação de causa e efeito da doença e a interação com o ambiente e seu meio social, norteadas por Levine, para o cuidado integral por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Método: Trata-se de um relato de experiência de um projeto de extensão que implantou e sistematizou a consulta de enfermagem na assistência a pacientes com câncer de mama encaminhadas pela equipe de mastologia, atendidas no Ambulatório SUS do Hospital Santa Rita da Santa Casa de Porto Alegre. **Resultados:** As consultas contam com a avaliação de todos os subsistemas por meio de um instrumento padrão desenvolvido para este fim que contém dados objetivos e subjetivos. São realizadas seis consultas de enfermagem, de aproximadamente 40 minutos cada, por acadêmicas de enfermagem, sob a supervisão das professoras responsáveis, desde agosto de 2018, uma vez por semana. Buscou-se elencar os diagnósticos de enfermagem prioritários, segundo a NANDA Internacional (2018-2020) e conectá-los com as intervenções e resultados esperados orientados pela Nursing interventions Classification (NIC) e pela Nursing Outcomes Classification (NOC). Considerações finais: Essa experiência possibilitou perceber uma carência, na assistência integral das mulheres com câncer de mama e seus familiares. Evidenciou-se a relevância desse cuidado pela mudança no estilo de vida a partir dos diagnósticos de enfermagem, das 22 mulheres atendidas. Essa experiência proporcionou a inserção das alunas extensionistas no mundo do trabalho e estimulou um aprofundamento em seus conhecimentos sobre a SAE, a consulta de enfermagem, o câncer de mama a partir do acompanhamento dos diagnósticos e dos tratamentos, dos processos da vida familiar e social, dos medos da morte e dos conflitos, da desfiguração e da autoestima, e da busca por uma melhor qualidade de vida. Isso implica estudar a complexidade da vida com câncer bem como as intervenções adequadas para cada diagnóstico de enfermagem e os seus desfechos. Desta forma, o cuidado integral e direcionado proporcionou às alunas compreender o significado de humanização e do vínculo profissional-paciente, para a futura profissão.

Descritores: Enfermagem no Consultório; Neoplasias da Mama; Educação em Enfermagem.

TALK SHOW DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIO

Katia Bottega Moraes; Fabiane Bregalda Costa; Luciana Bjorklund de Lima; Adriana Maria Alexandre Henriques; Rafael Borges dos Santos

Introdução: Com as evoluções tecnológicas que facilitam o acesso às informações de maneira rápida e prática, a disseminação de conhecimentos por meio de aulas, palestras e seminários correm o risco de tornarem-se menos atrativas, principalmente para o público mais jovem. Sendo assim, a utilização de estratégias pedagógicas atrativas é mais um desafio mesmo quando o objetivo é dialogar sobre temas de grande relevância como o Processo de Enfermagem Perioperatório. **Objetivo:** Descrever a experiência da utilização da metodologia “Talk Show” para dialogar com a plateia sobre o tema Processo de Enfermagem em um evento científico. **Método:** Relato de experiência. **Resultados:** A proposta da metodologia foi estimular a participação do público para esclarecer questões

relevantes relacionadas a temática e apresenta-las de forma atrativa e descontraída. Para isso foi elaborada uma questão: “O que você gostaria de saber sobre o Processo de Enfermagem Perioperatório?”, encaminhada por e-mail aos inscritos no evento científico, as respostas foram cadastradas em formulário online de forma anônima, assim foi possível selecionar questões relevantes e de interesse dos participantes. Para o “Talk Show” foram convidados participantes com expertise no assunto vinculados a instituição sede do evento, também foi convidado um apresentador, enfermeiro, com habilidades de imitação do apresentador Silvio Santos para gerar o ambiente descontraído e envolvente aos participantes, de forma extrovertida as questões selecionadas foram direcionadas aos profissionais convidados, posteriormente foram selecionadas perguntas da plateia ao vivo.

Conclusões: Apresentar o Processo de Enfermagem Perioperatório de forma irreverente foi uma estratégia arriscada que gerou receio mesmo entre os idealizadores do evento, contudo obteve grande sucesso em sua execução, cativou a plateia e instigou questionamentos relevantes ao tema. A utilização de estratégias pedagógicas alternativas pode ser uma opção no desenvolvimento de eventos científicos.

Descritores: Processo de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Inovação.

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO ESTABELECIMENTO DA AMAMENTAÇÃO

Suellen Cristina Dias Emidio; Flávia de Souza Barbosa Dias; Sue Moorhead; Jennifer Deberg; Ana Railka de Souza Oliveira-Kumakura; Elenice Valentim Carmona

Introdução: A amamentação traz benefícios para a mãe e para o bebê¹. Contudo, amamentar não tem sido algo instintivo e simples no contexto atual, sendo necessário suporte do enfermeiro na avaliação do processo de estabelecimento da amamentação^{2,3}. Os Resultados de Enfermagem (RE) da Nursing Outcomes Classification (NOC) são uma ferramenta útil para a avaliação contínua do binômio que está iniciando o aleitamento materno⁴. Assim, **objetivo** foi validar o conteúdo dos RE “Estabelecimento da amamentação: lactente (1000)” e “Estabelecimento da amamentação: mãe (1001)”.

Método: A validação de conteúdo foi realizada por oito juízes que avaliaram as definições conceituais (DC) e as definições operacionais (DO) construídas previamente pelas pesquisadoras por meio de revisão de literatura. Os juízes receberam o material por meio eletrônico e avaliaram os critérios de simplicidade, clareza e relevância para as CD e OD5, atribuindo notas -1 (não adequado), 0 (de algum modo adequado) ou +1 (adequado). A partir dos valores das notas dadas pelos juízes, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), sendo considerados válidos aqueles com nota maior ou igual a 0,806. Os indicadores com nota menor que 0,80 foram avaliados e modificados, de acordo com as sugestões dos juízes; em seguida, foram reenviados para uma segunda avaliação. Para aqueles que não atingiram o escore esperado na segunda rodada, julgou-se a pertinência do indicador. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas sob Parecer n. 2.001.355. **Resultados:** Todos os indicadores do “Estabelecimento da amamentação: mãe (1001)” foram validados pelos juízes. Quanto ao “Estabelecimento da amamentação: lactente (1000)”, o IVC do indicador Amamentação de no mínimo 5 a 10 minutos (100006) foi insuficiente, mesmo após duas rodadas de avaliação. Verifica-se que o tempo de permanência do bebê na mama ainda é controverso. A amamentação efetiva pode ser descrita como aquela em que o bebê esgota a mama em uma mamada, ingerindo o leite anterior e posterior, contudo isso depende de sua necessidade naquela mamada e do volume de leite materno produzido, o que torna essa afirmação não aplicável para todas as situações⁸.

Conclusões: O conteúdo dos RE da NOC relacionados ao estabelecimento da

amamentação mostrou-se válido para a mensuração desse estado junto ao binômio mãe-bebê em aleitamento materno.

Descritores: Estudos de Validação; Processo de Enfermagem; Aleitamento Materno.

VALIDAÇÃO DE OBJETO DE APRENDIZAGEM EM SAÚDE MENTAL PARA UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICAS ADULTAS

Nathália Duarte Bard; Daniela dos Reis Carazai; Alexia Garcês Maciel; Graciele Fernanda da Costa Linch; Adriana Aparecida Paz

Introdução: Os pacientes hospitalizados em unidades clínico-cirúrgicas adulto possuem demandas psicoemocionais que exigem do enfermeiro a atenção em saúde mental. Evidencia-se a necessidade de propor ações de educação continuada que possibilite ao enfermeiro a prescrição de intervenções em saúde mental. **Objetivo:** Validar um objeto de aprendizagem (OA) de atenção de enfermagem em saúde mental para pacientes adultos clínico-cirúrgicos hospitalizados. **Método:** Trata de um estudo de validação de conteúdo, em que participaram oito especialistas com titulação de mestrado ou doutorado; experiência de no mínimo um ano em docência universitária em enfermagem na saúde mental, adulto ou Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O primeiro especialista foi sorteado dentre os professores do Departamento de Enfermagem da UFCSPA, sendo os demais indicados pelo método de Bola de Neve. Para o cálculo da concordância entre as avaliações de todos os especialistas, utilizou-se o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) superior a 0,77. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA e da ISCMPA, tendo aprovação de ambos com o parecer nº 2.934.573 e nº 3.109.035, respectivamente. **Resultados:** A validação ocorreu no período de janeiro a abril de 2019. Entre os oito especialistas predominou o título de Doutorado 7(87,5%) e docência em instituição pública 7(87,5%). O tempo de docência foi 7,5(3,7-14) anos, o tempo de experiência profissional foi 11,1±5,3 anos. A área de conhecimento foi representativa da saúde mental 4(50%), SAE 3(37,5%) e adulto 1(12,5%). Em relação a validação do OA quanto aos itens de: “Pré e pós-teste” a concordância do IVC foi 0,92; “Conceitos em saúde mental e sua aplicabilidade para pacientes clínico-cirúrgicos hospitalizados” a concordância do IVC atingiu 1,00; “Panorama mundial da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Saúde Mental” a concordância do IVC alcançou 0,92; e “Fluxograma da nova Sistematização da Assistência em Enfermagem em Saúde Mental” a concordância do IVC foi 0,90. **Conclusões:** A validação do OA apresentou a concordância de especialistas acima de 0,77 em todos os itens avaliados. A partir dessa validação, esse estudo segue com a aplicação do OA como curso de extensão fortalecendo a educação continuada de enfermeiros atuantes em unidades de internação clínico-cirúrgicas adulto, de modo que fomente o raciocínio clínico em saúde mental.

Descritores: Saúde mental; Processo de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE QUEDAS COM PACIENTES HOSPITALIZADOS

Melissa de Freitas Luzia; Isabella Duarte Vidor; Ana Carolina Fioravanti Eilert da Silva; Franciele Moreira Barbosa; Amália de Fátima Lucena

Introdução: As quedas representam um dos principais incidentes de segurança nas instituições hospitalares. A avaliação do risco e o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem (DE) Risco de Quedas são fundamentais neste contexto, uma vez que desencadeiam as medidas preventivas para redução do evento e dos danos decorrentes.

Validar este DE com o paciente permite ao enfermeiro conhecer as percepções do paciente sobre a sua condição de risco, norteando as intervenções educativas com foco nas necessidades de cada indivíduo, além de envolver o paciente nas ações de cuidado.

Objetivo: Validar o DE Risco de quedas com pacientes hospitalizados com alto risco de quedas. **Método:** Estudo transversal realizado em um hospital universitário brasileiro. A amostra se constituiu de 68 pacientes adultos com alto risco de queda (Morse Fall Scale \geq 45 pontos), internados em unidades clínicas e cirúrgicas. Foram excluídos pacientes com déficits cognitivos e/ou confusão mental. Os pacientes foram questionados nas primeiras 24 horas de internação, se sabiam que tinham sido avaliados pelo enfermeiro como tendo risco de queda e se concordavam com esta avaliação, ou seja, se os pacientes se consideravam pessoas com risco de cair. A análise dos dados foi realizada através da estatística descritiva. O estudo foi aprovado pelo CEP da instituição/170279. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 60,8 (\pm 17,7) anos, sendo 40(58,8%) do sexo feminino, em tratamento clínico (61,8%), com presença de comorbidades (80,8%) e em uso de medicamentos considerados de risco para quedas (82,3%). A necessidade de auxílio na deambulação foi identificada em 57,4% dos pacientes, 54,4% apresentava marcha fraca e 30% comprometida. A maioria dos pacientes (69,1%) sabia que tinha sido avaliado pelo enfermeiro como tendo risco de quedas, e 88,2% da amostra concordava com a avaliação, ou seja, validaram o seu DE. Dentre os principais fatores para isto foi relatado dificuldade para caminhar (40%), quedas anteriores (35%), falta de equilíbrio e/ou tonturas (18,3%) e fraqueza (15%). **Conclusão:** Incorporar a validação diagnóstica com o paciente na prática clínica de enfermagem estimula a participação do paciente, instigando-a a refletir sobre a sua condição e suscetibilidade para o evento. A compreensão da sua vulnerabilidade para quedas pode contribuir para que os pacientes tenham atitudes mais positivas em relação à prevenção.

Descritores: Acidentes por quedas; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem.