

PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO À PACIENTE HOSPITALIZADA: UM ESTUDO DE CASO

**Jacqueline Alves Lima¹, Luanna Gomes da Silva², Renata Jacó Pereira³, Paulo
Ricardo Batista⁴, Felice Teles Lira dos Santos Moreira⁵**

Resumo: O Processo de Enfermagem é um importante método científico para a sistematização do cuidado de enfermagem. Nesse sentido, este estudo objetivou descrever a aplicação do processo de enfermagem ao caso de uma paciente acompanhada durante o estágio supervisionado na rede hospitalar. Trata-se de um estudo de caso realizado por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, durante o período de estágio em hospital da rede pública, localizado em Juazeiro do Norte, Ceará. Os dados foram coletados em setembro de 2018, por meio do prontuário clínico, entrevista e exame físico. A partir dos achados no histórico da paciente foram estabelecidos diagnósticos de enfermagem para orientar a construção do plano de cuidados, sendo estes: Risco de infecção; Integridade da pele prejudicada; Risco de aspiração; Volume de líquidos excessivo; Risco de quedas; Perfusão tissular periférica ineficaz; Déficit no autocuidado para banho/higiene íntima; Deambulação prejudicada. Notou-se a válida contribuição da execução das fases do processo de enfermagem na assistência à saúde e a sua manutenção de forma contínua, natural ao exercício profissional.

Palavras-chave: Enfermagem. Processo de Enfermagem. Assistência à Saúde.

1. Introdução

O Processo de Enfermagem (PE) apresenta-se como um método científico por meio do qual pode ser implementado a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo constituído por fases que envolvem a identificação de problemas/necessidades de saúde do paciente, a delimitação de diagnósticos de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implantação das ações planejadas e a avaliação de todo o processo (SILVA et al., 2018).

Nesse contexto, o PE destaca-se como um ótimo recurso para assistência de enfermagem ao paciente no ambiente hospitalar, pois a anamnese e o exame físico contidos nesse processo são o ponto crucial para o diagnóstico precoce de necessidades junto à equipe multidisciplinar de assistência à saúde e direciona de forma efetiva as intervenções de enfermagem, além de organizar as condições necessárias à realização do cuidado e documentar a prática profissional (FERREIRA; NASCIMENTO, 2014).

2. Objetivo

Descrever a aplicação do processo de Enfermagem ao caso de uma paciente acompanhada durante o estágio supervisionado na rede hospitalar.

¹ Universidade Regional do Cariri - URCA. E-mail: jack18alves@hotmail.com

² Universidade Regional do Cariri. E-mail: luannagomes.s14@gmail.com

³ Universidade Regional do Cariri. E-mail: renatajacopereira@gmail.com

⁴ Universidade Regional do Cariri. E-mail: pauloricardoadauto@outlook.com

⁵ Universidade Regional do Cariri – URCA. E-mail: felicelira@hotmail.com

3. Metodologia

Trata-se de um estudo de caso clínico delineado por meio de uma abordagem qualitativa, realizado por acadêmicos de enfermagem da Universidade Regional do Cariri, durante o período de estágio supervisionado na unidade de clínica médica em hospital da rede pública, localizado no município de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

Para selecionar a/o participante da pesquisa foram analisados os dados contidos nos prontuários disponíveis na clínica médica. Optou-se pela paciente com condição clínica que necessitasse de maior aporte de cuidados de enfermagem para, assim, planejar a assistência com a aplicação do processo de enfermagem em todas as suas etapas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

Inicialmente, realizou-se a coleta dos dados no período de setembro de 2018, por meio da transcrição das informações contidas no prontuário clínico da paciente, sendo estas: os relatórios de admissão na unidade hospitalar e seus respectivos setores, evoluções de enfermagem, exames complementares realizados, prescrições de enfermagem e médicas.

Posteriormente, aplicou-se junto à acompanhante da participante, um roteiro com o intuito de coletar dados da paciente para a construção do histórico de enfermagem, o qual contempla aspectos relacionados a anamnese dividida em 12 domínios, sendo estes: promoção da saúde/controle de saúde, nutricional/metabólico, eliminação, atividade/repouso, cognitivo/perceptivo, autopercepção, participação/relacionamento, sexualidade/ reprodução, enfrentamento/ tolerância ao estresse, valor/crença, segurança/proteção e conforto. Após, foi realizado o exame físico na paciente com abrangência céfalo-caudal.

Com o intuito de realizar a interpretação dos dados obtidos com a construção do histórico de enfermagem utilizou-se o livro de diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA I, 2018 - 2020), para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem prioritários para a elaboração do plano de cuidados com as intervenções de enfermagem e seus resultados esperados.

Respeitando os preceitos éticos, durante o desenvolvimento da pesquisa foram atendidas as Exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, regulamentada pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, onde incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, princípios da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2013). Assim, foi assegurada a confidencialidade dos dados colhidos na pesquisa e total sigilo da identidade da paciente.

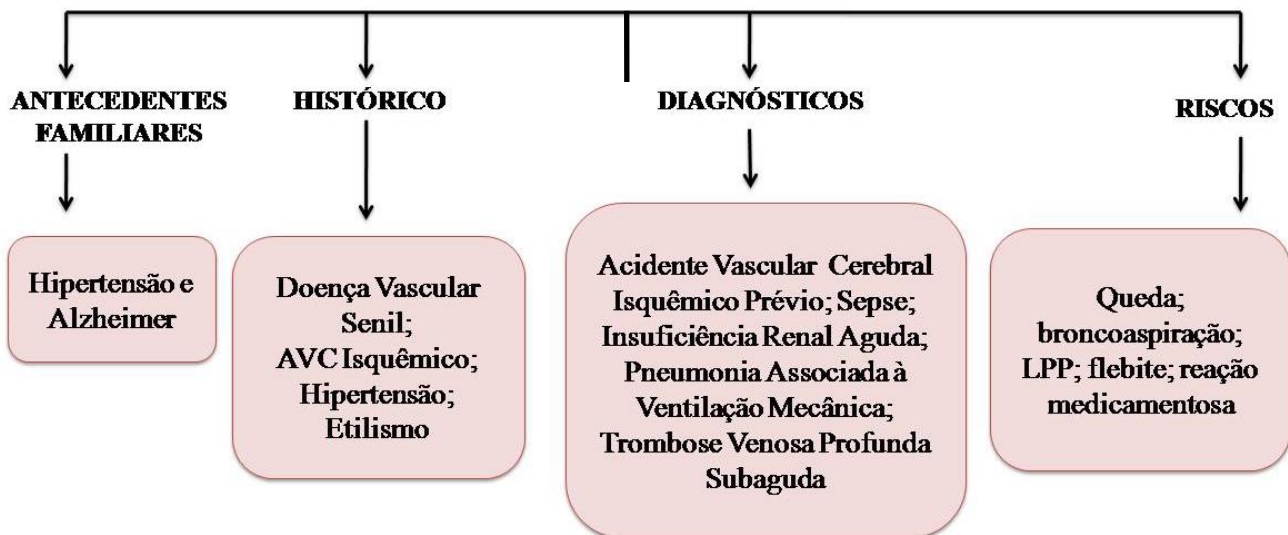
4. Resultados

A.F.C., 78 anos, sexo feminino, branca, solteira, aposentada, católica, ensino superior completo, renda familiar acima de três salários mínimos, natural de Recife, residente na cidade de Juazeiro do Norte, mora em casa própria com irmãos e sobrinhas, etilista, sem histórico de tabagismo. Foi admitida na clínica médica, proveniente da Unidade de Terapia Intensiva, cursando com os diagnósticos de acidente vascular cerebral isquêmico prévio, insuficiência renal aguda, trombose venosa profunda, pneumonia associada à ventilação mecânica e sepse. Em estado de consciência comatoso, respirando em ar ambiente por traqueostomia (TQT), posteriormente iniciou uso da ventilação mecânica acoplada ao TQT, restrita ao leito, em cama com grandes elevadas e decúbito dorsal. Aceitando alimentação por sonda nasointestinal, diurese

I Semana Universitária da URCA/UDI

26 a 30 de novembro de 2018
Universidade Regional do Cariri

presente por sonda vesical de demora e evacuações presentes em fralda. Em uso de acesso venoso central (AVC) em veia subclávia direita e cateter de diálise (CDL) em veia femoral direita. Exame físico realizado na admissão evidenciou: IMC: 23,7; A: 1,52; P: 54,8. Estado geral regular, em anasarca, afebril ao toque, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada. Respiratório: MV presente em AHT, mas diminuído em bases, sem RA. Cardiológico: RCR, em 2T com desdobramento de segunda bulha, S/ sopro. Abdominal: Flácido, indolor à palpação superficial e profunda, RH+, sem visceromegalias. Neurológico: Glasgow 9T, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Extremidades: Edemaciada, Rash cutâneo. Presença de lesão por pressão (LPP) na região sacral (estágio II). Medicamentos utilizados durante a internação na clínica médica: Ácido acetilssalicílico 100mg, amicacina 250mg, atenolol, 50mg, bromoprida 5mg, clonidina 0,1mg, dexametasona 1mg, dipirona 500mg, escopolamina 20mg, fentanila 50mcg, hidrocortizona 100mg, hidroxizine 25mg, Meropenem 1g, losartana 50mg, omeprazol 40mg, piperacilina, Saccharomyces boulardii 100mg, Sinvastatina 40mg, tazobactam 4,5g, teicoplanina 400mg. Exames complementares realizados: USG Doppler venoso dos MMII; TC de crânio; USG de tórax.



Mapa conceitual dos problemas

A.F.C., 78 anos

Os principais diagnósticos de enfermagem encontrados foram: Risco de infecção relacionada a procedimentos invasivos e alteração na integridade da pele; Integridade da pele prejudicada relacionada a pressão sobre saliência óssea e procedimentos invasivos, caracterizado por rompimento da integridade da pele (lesão por pressão na região sacral estágio II); Risco de Aspiração relacionado a alimentação enteral e TQT; Perfusão tissular periférica ineficaz relacionado a hipertensão e trombose Venosa Profunda, caracterizado por edema em MMII; Volume de líquidos excessivo relacionado a mecanismo regulador comprometido, caracterizado por edema em MMSS e MMII; Risco de quedas relacionado a alteração na função cognitiva e mobilidade prejudicada; Deambulação prejudicada relacionada alteração na função cognitiva e falta de

condicionamento físico, caracterizado por capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias (paciente restrita ao leito em estado comatoso e com anasarca); evidenciado por; Déficit no autocuidado para banho/higiene íntima relacionado a alteração na função cognitiva e mobilidade prejudicada, caracterizado por capacidade prejudicada de lavar o corpo e realizar a higiene íntima.

Quanto às intervenções de enfermagem prescritas, foram: assegurar ambiente arejado, limpo e silencioso; implementar medidas de conforto - posicionamento e iluminação; higienização das mãos antes e após os procedimentos; realizar curativos de AVC e CDL utilizando a técnica estéril; supervisionar a LPP e dispositivos atentando para a presença de sinais flogísticos; realizar/trocar curativos; assegurar suporte nutricional e hidratação diárias; realizar mudança de decúbito de 2 em 2 horas; aplicar protocolo para prevenção de novas lesões por pressão e orientar acompanhante; posicionar em Fowler/semifowler; aspiração de TQT, nariz e boca; elevação dos MMSS e MMII; avaliar perfusão periférica, alteração na coloração da pele e mucosas; realizar balanço hídrico; registrar características das eliminações e edema; manter grandes de proteção do leito altas e rodas travadas; realizar exercícios passivos e massagem terapêutica; fazer banho no leito, higiene íntima e oral.

Ao decorrer do estudo, houve uma relação muito proveitosa entre os acadêmicos com a paciente e sua acompanhante. As informações coletadas a partir da anamnese e exame físico foram cruciais para elencar os diagnósticos de enfermagem, os quais visaram atender os problemas/necessidades prioritários da paciente devido a brevidade do tempo para acompanhar o caso clínico, fator que aliado a gravidade da condição clínica da paciente, não favoreceu chegar a todos os resultados esperados para avaliar o processo, mas foi possível notar a importância do PE para direcionar a assistência de enfermagem executada durante o período.

Conforme se procurou argumentar neste trabalho, o Processo de Enfermagem tem representado o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, ou um instrumento de que se lança mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional. Assim, ele deve ser compreendido como um meio indispensável pelo qual se obtém a melhora do paciente.

Ressalta-se que a resolução do Conselho Federal de Enfermagem de nº 358/2009, direciona e resguarda os profissionais de enfermagem na incumbência da Sistematização da Assistência de Enfermagem bem como da implantação do processo de enfermagem nos ambientes públicos e privados nos quais a enfermagem presta uma assistência de maneira autônoma e responsável para com a vida do indivíduo sob seus cuidados (COFEN, 2009).

Além disso, diante da lei do exercício profissional, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecida pelo Decreto nº 94.406, de junho de 1987, fica a cargo do profissional enfermeiro a aplicabilidade do processo de enfermagem bem como observar as respostas humanas básicas relativas a cada paciente priorizando os diagnósticos de enfermagem elencando as prescrições das intervenções pertinentes, que devem ser aplicadas e avaliadas no decorrer do processo (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

5. Conclusão

Com base nos achados, foi possível expor a válida contribuição do PE como um instrumento metodológico para o direcionamento da assistência de enfermagem, além de contribuir para fortalecer a sua utilização no ambiente hospitalar e a sua manutenção

de forma contínua, natural ao exercício profissional. Visto que tal processo contribui para aprofundar o conhecimento da condição clínica dos pacientes, identificar suas necessidades e direcionar a execução dos cuidados de forma holística.

Entretanto, embora se reconheça a importância do PE e tenha havido sensível mudança para sua utilização, o seu emprego no âmbito da Enfermagem ainda não é totalmente difundido. Nesse sentido, é relevante destacar a necessidade de educação permanente da equipe de Enfermagem através de atividades que contemplem a reflexão sobre a participação de cada membro nas diferentes fases do PE e seus aspectos éticos e legais, para que estes efetuem uma melhor aplicação do PE durante a execução do cuidado e desenvolvam conscientização quanto a sua importância para a profissão.

Além disso, as instituições de formação em enfermagem também exercem um papel fundamental no ensino da aplicação do PE, desde a sala de aula até os ambientes de prática, pois assim, acredita-se que o aluno será mais preparado e estará mais “acostumado” a utilizar o PE podendo desencadear uma mudança positiva no trabalho ou instituição que este venha a trabalhar.

6. Referências

BRASIL. **Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em 15 de outubro de 2018.

BRASIL. **Decreto No 94.406, de 8 de junho de 1987.**

Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. 1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 15 de outubro de 2016.

BRASIL. Resolução No466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União Nº 12**, 13 de junho de 2013. Seção 1. Página 59. 2013. Disponível em: <<http://portal.in.gov.br/>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen-358/2009.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 15 de

FERREIRA, R.G.; NASCIMENTO, J. L. Intervenções de enfermagem na sepse: saber e cuidar na sistematização assistencial. **Revista Saúde e Desenvolvimento.** v. 6, n. 3, 2014.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificação 2018-2020; trad. Regina Machado Garcez – Porto Alegre: Artmed, 2018.

SILVA, I. A. S., et al. O ensino do processo de enfermagem. **Rev enferm UFPE.** v. 12, n. 9, p. 2470-8, 2018.