

Impressões sobre o Cuidar de Enfermagem Sistematizado

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos
Zaira Arthemisa Mesquita Araújo
(Organizadoras)



Atena
Editora
Ano 2019

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos
Zaira Arthemisa Mesquita Araújo
(Organizadoras)

Impressões sobre o Cuidar de Enfermagem Sistematizado

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Karine de Lima
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
134	<p>Impressões sobre o cuidar de enfermagem sistematizado [recurso eletrônico] / Organizadoras Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos, Zaira Arthemisa Mesquita Araújo. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-630-0 DOI 10.22533/at.ed.300191609</p> <p>1. Cuidadores. 2. Enfermagem. 3. Humanização dos serviços de saúde. I. Bastos, Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira. II. Araújo, Zaira Arthemisa Mesquita.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.6</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

PREFÁCIO

A quem interessa o cuidar? Importa ao fragmentado, quebrado em miúdos, ao cindido. Cuida-se do que dói, do que não encontrou amparo na caminhada, cuida-se da perda, da ingloria, do infortúnio, do que não exitou. Cuida-se do corpo mortificado, da ferida narcísica, da falta do que não se sabe o que, mas que o corpo metaforiza. O adoecer é uma manifestação regredida de pedido de colo. O moribundo curva-se ao mundo, apequenado, não contornado, aguardando as mãos brandas de quem cuida. Atentai a figura do que padece: posta-se como indefeso, encolhido, com um deambular lento, de autonomia pouca, voz embotada, jeito inclinado. A natureza teatraliza a figura adoecida, como uma sinalização ao outro, chegando a transformar subliminarmente numa figura infantil. Têm-se no adoecido a analogia da criança em desamparo. Seria essa uma estratégia da natureza tão selvagem, mas tão materna? Ao adoecer fazemos uma pausa na existência austera e viramos bandeja, para que o outro sirva sobre nós a delicadeza do cuidado. O cuidado chega a ser cíclico. Ora cuidamos, ora somos cuidados. Democraticamente a vida nos coloca na dança das cadeiras, numa faceta “memento mori” (do latim: “lembre-se de que você é mortal”), para que lembremos que nossa missão no cuidar do outro deve ser tão virtuosa, como gostaríamos que fosse quando estivermos no lugar do adoecido, afinal, somos vulneráveis e mortais. Mas afinal, quem é este cuidador? Quem é o sanador? Seria um inabalável? Um sortudo que nada atinge? Curado e com habilidades fantásticas? Ou seria ele mais uma obra da natureza selvagem munindo estrategicamente sua cria para que por hora se coloque a serviço do outro? O cuidador é um sujeito em cicatrização, um curador ferido, que carrega suas dores, porém as anestesia no encargo de atenuar a dor de quem mais demanda, termina até por curar-se enquanto cuida. O cuidador tudo atenua, tudo acalenta, tudo desangustia e desacelera. Não é atividade, profissão, ofício. Não. É missão. É renúncia. E este livro, caro leitor, reúne muitos destes homens, com “jeito herói”, emprestando ideias de como tornar menos exaustiva e sofrida a caminhada de quem atravessa a dor.

AGRADECIMENTOS

A ilustração aborda Gaia, a mãe terra, carregando o filho Nix (Deus da noite) no colo, segundo a mitologia grega. Na ilustração Gaia carrega o filho com o busto despido, supondo uma prontidão para alimentar, acalantar, cuidar. Gaia está representada por cores da terra e folhas, vestida com a saia cor da noite e tem um rosto sereno, mostrando um cuidar generoso e instintivo.

Obra: Gaia em o nascimento de Nix.

Autoria: Zaira Mesquita (2019).

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A TEORIA DAS NECESSIDADES FUNDAMENTAIS DE HENDERSON NO CONTEXTO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Débora Maria da Costa Carvalho	
João Batista de Carvalho Silva	
Kamilla Alessia dos Santos Barros	
Lara Rodrigues Lira	
Larissa Rodrigues Lira	
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos	
DOI 10.22533/at.ed.3001916091	
CAPÍTULO 2	11
PROCESSO DE ENFERMAGEM BASEADO NO REFERENCIAL TEÓRICO DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY A PACIENTE COM CIRROSE HEPÁTICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Alanna Maria de Moura Gomes	
Ana Clara da Costa Ferreira	
Denise Bento de Oliveira	
Ione Lara Ribeiro Tertuliano	
Zeila Ribeiro Braz	
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos	
DOI 10.22533/at.ed.3001916092	
CAPÍTULO 3	22
TEORIA AMBIENTALISTA E PROCESSO DE ENFERMAGEM NO POLITRAUMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Andressa Santos de Carvalho	
Bruna Araújo Gomes	
Clarisse de Jesus Cavalcante	
Karem Gonçalves de Mendonça	
Renato Juvêncio	
Sarah Nilkece Mesquita de Araújo Nogueira Bastos	
DOI 10.22533/at.ed.3001916093	
CAPÍTULO 4	32
TEORIA DO AUTOCUIDADO E O PROCESSO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM CELULITE INFECCIOSA E COMORBIDADES: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Erielton Gomes da Silva	
Laiara de Alencar Oliveira	
Maysa Victória Lacerda Cirilo	
Priscilla Castro Martins	
Sara Joana Serra Ribeiro	
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos	
DOI 10.22533/at.ed.3001916094	

CAPÍTULO 5 43

OBSTÁCULOS NA IMPLANTAÇÃO DE CUIDADOS transculturais NOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PARTE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda Oliveira Lima
Ceres Alice Gomes de Barros Sátiro
Gabrieli Batista de Oliveira
Maria Helena Carvalho Batista
Ruan Ferreira de Souza
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.3001916095

CAPÍTULO 6 52

TEORIA DOS VINTE E UM PROBLEMAS DE ENFERMAGEM DE FAYE ABDELLAH E O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA SÍNDROME DE FOURNIER: RELATO DE EXPERIÊNCIA

João Matheus Ferreira Do Nascimento
Ivanildo Gonçalves Costa Júnior
Jonathas Torquato de Oliveira
Luis Augusto Damasceno Batista
Denival Nascimento Vieira Júnior
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.3001916096

CAPÍTULO 7 62

PROCESSO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADO NA TEORIA DO AUTOCUIDADO APLICADO EM PACIENTE COM *DIABETES MELLITUS*: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lairton Batista de Oliveira
Marília Costa Cavalcante
Pallysson Paulo da Silva
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.3001916097

CAPÍTULO 8 72

A TEORIA DAS NECESSIDADES FUNDAMENTAIS E O PROCESSO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Karoline Lima de Oliveira
Isadora Almeida de Sousa
Letícia Gonçalves Paulo
Patrícia Regina Evangelista de Lima
Paloma Lima Moura
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.3001916098

CAPÍTULO 9 83

PROCESSO DE ENFERMAGEM A PACIENTE IDOSO COM PNEUMONIA E SUAS COMPLICAÇÕES FUNDAMENTADO NA TEORIA DAS QUATORZE NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE VIRGÍNIA HENDERSON: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Geovana Larissa Alves Mendes
Jéssica Anjos Ramos de Carvalho
Lucas Sallatiel Alencar Lacerda
Laryssa Lyssia Matildes Rodrigues
Lannah Beatriz Pereira da Silva
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.3001916099

CAPÍTULO 10 92

TAXONOMIAS DE ENFERMAGEM E A CIPE PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM À LUZ DA TEORIA DE VIRGÍNIA HENDERSON: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francisco João de Carvalho Neto

Maria Mileny Alves da Silva

Camila Karennine Leal Nascimento

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.30019160910

SOBRE AS ORGANIZADORAS..... 103

A TEORIA DAS NECESSIDADES FUNDAMENTAIS DE HENDERSON NO CONTEXTO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Débora Maria da Costa Carvalho

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

João Batista de Carvalho Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Kamilla Alessia dos Santos Barros

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Lara Rodrigues Lira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Larissa Rodrigues Lira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

RESUMO: A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o AVC como sendo um comprometimento neurológico focal (ou global) que subitamente ocorre com sintomas persistindo para além de 24 horas, ou levando à morte, com provável origem vascular. Problemáticas a partir deste diagnóstico requerem plano de cuidado de enfermagem individualizado, para resolução das mesmas. Trata-se de um relato de experiência com

abordagem qualitativa, elaborado no contexto da disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem na Universidade Federal do Piauí, município de Picos (PI), em outubro de 2018. Utilizou-se as taxonomias NANDA (NANDA internacional –NANDA- II), NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification) e CIPE (Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem) e foi dirigido pela Teoria das Necessidades Fundamentais de Virgínia Henderson. O processo de enfermagem obedeceu às cinco etapas que são expostas na Resolução Cofen 358/2009 e conforme estudo foram estruturados quatro diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. O uso de taxonomias no serviço de enfermagem garante uma assistência mais padronizada e universal, isto facilita com que o profissional de saúde desempenhe suas funções na sua área de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: AVC. Relato de experiência. Processo de enfermagem.

ABSTRACT: The World Health Organization (WHO) defines stroke as a focal (or global) neurological impairment that suddenly occurs with symptoms persisting beyond 24 hours, or leading to death, with probable vascular origin. Problems based on this diagnosis require an individualized nursing care plan for their resolution. This is an experience report with a

qualitative approach, elaborated in the context of Nursing Assistance Methodology at the Federal University of Piauí, municipality of Picos (PI), in October 2018. NANDA taxonomies (NANDA-NANDA-II), NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification) and CIPE (International Classification for Nursing Practice) and was directed by Virginia Henderson's Fundamental Needs Theory. The nursing process obeyed the five steps that are exposed in Cofen Resolution 358/2009 and according to the study were structured four diagnoses, results and nursing interventions. The use of taxonomies in the nursing service guarantees a more standardized and universal assistance, this facilitates the health professional to perform his functions in his area of work.

KEYWORDS: Stroke. Experience report. Nursing process.

1 | INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE), anteriormente denominado Acidente Vascular Cerebral (AVC), é a terceira causa de morte mundial, precedida apenas pelas cardiopatias em geral e pelo câncer. Este evento é definido como uma interrupção do fluxo sanguíneo para o encéfalo, ocasionando danos na função neurológica (VIEIRA, et al.2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o AVC refere-se a um rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais com a apresentação de sintomas iguais ou superiores há 24 horas, conseqüentemente provocando alterações nos planos cognitivo e sensorio – motor (BRASIL, 2013).

Apresenta-se como a principal causa de incapacidade a longo prazo; os sobreviventes geralmente vivem de um a oito anos após o AVE e a maioria experimenta diferentes graus de deficiência crônica, que limitam as suas capacidades funcionais e cognitivas (B, Susan, et al.2010).

Os principais fatores de risco do AVC dividem-se em três grupos, sendo eles modificáveis (HAS, tabagismo, diabetes mellitus), não modificáveis (Idade, gênero, raça) e grupo de risco potencial tais como sedentarismo, obesidade, alcoolismo (BRASIL, 2013).

Segundo a Resolução COFEN-358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a implementação do Processo de Enfermagem (PE) organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes. São elas: Histórico; Diagnósticos; Intervenções; Resultados e Avaliação de Enfermagem. A Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem – NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), contém uma linguagem compreensiva, baseadas em pesquisas e classificações padronizadas que possibilitam a realização de diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, e resultados da enfermagem. (NANDA Internacional, 2015).

Dentro deste âmbito, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), por meio da aplicação do processo de enfermagem, emerge como possibilidade de orientar o cuidado, com foco na integralidade das dimensões do ser cuidado. Sua operacionalização permite uma avaliação integral do idoso, identificando necessidades e padrões de resposta aos problemas de saúde para a determinação de soluções apropriadas no atendimento dessas necessidades (MACARENHAS; et al. 2011).

Para realizar adequadamente a SAE, os enfermeiros dispõem de diversas teorias de enfermagem, as quais devem conhecer para selecionar aquela que melhor atenda às necessidades do contexto e dos idosos residentes, numa perspectiva integral (SILVA; SANTOS, 2010).

Dentre as várias teorias de enfermagem existentes, destaca-se a Teoria das Necessidades Fundamentais de Virginia Henderson, que, por meio de conceitos e modelos, pretende estabelecer bases de conhecimento para orientar a prática profissional (HENDERSON, 2006).

Elencou-se como questão norteadora desse estudo: “Qual a relação entre a teoria das necessidades fundamentais de Henderson com o paciente acometido de acidente vascular encefálico isquêmico e seus problemas dentro do processo de enfermagem?”.

Têm-se como justificativa para realização desse estudo a grande importância da utilização de taxonomias para a atribuição da assistência de saúde, ampliando e melhorando a aplicabilidade das Teorias de Enfermagem inter-relacionadas com o PE.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem durante o processo de Enfermagem, guiado pelo referencial teórico das necessidades fundamentais de Henderson e as distintas taxonômicas NANDA, NIC, NOC e CIPE.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa, elaborado no contexto da disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem, ministrada no IV período do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teve como local de estudo um hospital público no município de Picos (PI), em outubro de 2018.

Para levantamento do histórico de enfermagem empregou-se o Anexo A disponível no livro Anamnese e Exame Físico 3ª edição da autora Alba Lúcia Bottura Leite de Barros (B.L.B, Alba Lúcia.2016) em conjunto com o roteiro para evolução de enfermagem da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) patronizado pela própria instituição, seguindo as fases do Processo de Enfermagem regulamentadas pela resolução COFEN 358/2009. Na elaboração dos diagnósticos, intervenções e resultados usou-se respectivamente as bibliografias NANDA (NANDA internacional –NANDA- II), NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification) e CIPE (Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem).

Como referencial teórico utilizou-se a Teoria das Necessidades Fundamentais de Virgínia Henderson. Esta não somente enfatiza o cuidado de enfermagem como principal atividade, mas o caracteriza como auxílio ao indivíduo, isto é, auxiliar o cliente na realização de suas atividades de modo que promova a saúde, recuperação ou ainda uma morte tranquila (LIMA, 2018).

3 | RESULTADOS

3.1 Histórico de Enfermagem

M. F. S, 53 anos, sexo feminino, parda, casada, do lar, 17º dia de internação hospitalar. Admitida com histórico de acidente vascular encefálico isquêmico e pneumonia nosocomial. Quanto aos antecedentes familiares, relatou possuir histórico de doença crônica. Sobre as condições de moradia, reside na cidade de Jaicós - PI em área urbana com saneamento básico. Encontra-se asseado, costuma tomar banho 3 vezes ao dia e não pratica atividade física, tem vida sexual ativa. Quanto aos hábitos alimentares possui uma dieta balanceada. Relatou já ter sido tabagista. Na avaliação do estado emocional, referiu estar desanimada quanto a sua recuperação.

3.2 Evolução de Enfermagem

25/10/18 8:30H – paciente em 17º DIH, internada em clínica médica – Ala B, com diagnóstico de acidente vascular encefálico isquêmico e pneumonia nosocomial. Ao exame físico: EGR, consciente, orientada, fásica, mucosa oral ressecada, hipocorada, déficit motor aparente, sensibilidade da face alterada, pupilas com diâmetro normal, isocóricas, fotorreagentes, conjuntiva ocular normocorada, sem presença de infecção, olhos lubrificados, reflexo córneo palpebral presente, nervos cranianos oculomotor, troclear e abducente sem alterações. Avaliação motora realizada e detectado comprometimento do movimento do membro inferior esquerdo, bulhas cardíacas rítmicas normofonéticas, murmúrios vesiculares presentes, presença de lesão por pressão estágio 2 e risco de lesão em região cubital e calcaneana em ambos os membros, hematomas em membros superiores e inferiores. Paciente refere fraqueza muscular e sentimento de desânimo; acamada, restrita ao leito; aceita dieta oral oferecida; segue com acesso venoso periférico em membro superior direito; diurese por sonda vesical de demora, sistema fechado, débito de 200 ml, aspecto turvo; orientada quanto à troca de posição a cada 2h. SSVV: PA- 120/80 mmHg, P- 65 bpm, T- 36,9 °C, F- 19 rpm.

3.3 Diagnósticos, Intervenções e Resultados

A partir da investigação do histórico e evolução de enfermagem do cliente, foram definidos parâmetros orientadores que fundamentassem a utilização das taxonomias NANDA, NIC, NOC e CIPE. Os parâmetros usados foram Mobilidade Física Prejudicada, Desesperança, Integridade da Pele Prejudicada e Risco de Lesão, diante destes se produziu os diagnósticos, intervenções e resultados para cada um, como apresenta os quadros 1 e 2 abaixo.

TAXONOMIAS UTILIZADAS: NANDA, NIC, NOC				
PARÂMETRO	MOBILIDADE	DESESPERAN	INTEGRIDADE	RISCO DE
	FÍSICA	ÇA	DA PELE	LESÃO
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Mobilidade física prejudicada relacionada à força muscular diminuída evidenciado por amplitude limitada de movimento.	Desesperança relacionada à deterioração da condição fisiológica evidenciado por indicações verbais	Integridade da pele prejudicada relacionada a imobilização física caracterizada por rompimento da superfície da pele.	Risco de lesão relacionado a fatores internos físicos.
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	Intervenção: Promoção do exercício: treino para fortalecimento. Atividades: terapia com exercício-mobilidade articular.	Intervenção; Promoção da esperança. Atividades: terapia com animais, apoio emocional, terapia de grupo.	Intervenção: Cuidado com úlceras de pressão. Atividades: administração de medicamentos: tópica; proteção contra infecção.	Intervenção: Prevenção de úlceras de pressão. Atividades: orientação para a realidade, identificação de risco, aumento da segurança.
RESULTADO DE ENFERMAGEM	RMRD*: locomoção: caminhar. Mobilidade. RAMCD: desempenho da mecânica corporal.	RAMCD*: equilíbrio de humor, estado de conforto: psicoespiritual, motivação.	RMRD*: integridade tissular: pele e mucosas. RAMCD: cicatrização de feridas por segunda intenção.	RAFR*: estado de autocuidado. Mobilidade.

Quadro 1. Diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com as taxonomias NANDA, NIC E NOC. Picos, Piauí, 2018.

Fonte: Próprios autores.

* Siglas: RMRD: Resultados para Mensurar a Resolução do Diagnóstico, RAMCD: Resultados Adicionais para Mensurar as Características Definidoras, RAFR: Resultados Associados aos Fatores Relacionados.

TAXONOMIA UTILIZADA: CIPE				
PARÂMETROS	MOBILIDADE FÍSICA	DESESPERANÇA	INTEGRIDADE DA PELE	RISCO DE LESÃO
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Movimento corporal comprometido	Esperança baixa	Pele comprometida atual no adulto em região do sacro.	Integridade da pele em potencial de risco
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	Referenciar ao terapeuta ocupacional	Promover técnica de distração, relaxamento, terapia com grupo de apoio, terapia pelo humor e referenciar ao terapeuta ocupacional.	Administrar medicação via tópica com frequência.	Providenciar colchão de alívio de pressão durante hospitalização.
RESULTADOS DE ENFERMAGEM	Padrão de mobilidade melhorado	Esperança melhorada.	Pele em estado de normalidade; Integridade da pele melhorada.	Sem lesão iniciada.

Quadro 2. Diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com a taxonomia CIPE. Picos, Piauí, 2018.

Fonte: Próprios autores.

4 | DISCUSSÃO

O Processo de Enfermagem (PE) é um mecanismo utilizado no planejamento dos cuidados de enfermagem, onde possuem ações sistematizadas que visam o cuidado ao indivíduo, família e comunidade (TANNURE, 2009). De acordo com a Resolução COFEN 358/2009, o PE se divide em cinco etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem.

Para construir o diagnóstico de enfermagem e fazer o planejamento do cuidado, é necessário o uso de taxonomias para categorizar e classificar a assistência, destas aponta-se a NANDA-II, NIC, NOC e CIPE.

A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tem como principal objetivo padronizar a linguagem dos diagnósticos, contendo 13 domínios, 106 classes, 155 diagnósticos e 7 eixos (NANDA, 2015)

Para a estruturação do diagnóstico são necessários três componentes: título, fator relacionado e características definidoras. O título compreende um nome para o diagnóstico, representando um modelo de sugestões; Fatores Relacionados consistem na etiologia do problema, exibem uma relação padronizada com o diagnóstico e as Características Definidoras são as manifestações clínicas que atestam a existência do problema no paciente (NANDA.2015).

A Nursing Interventions Classifications (NIC) abrange e padroniza as intervenções feitas pelo enfermeiro para auxiliar no processo saúde-doença. É composta por 7

domínios, 30 classes, 554 intervenções e 13.000 atividades. A intervenção é montada a partir de título, definição e atividades (NIC.2016).

A Nursing Outcomes Classifications (NOC) sistematiza a classificação dos resultados de enfermagem, e possibilita a avaliação do plano de cuidado. Resultados de enfermagem é uma percepção do indivíduo que é medido ao longo da resposta a uma intervenção de enfermagem. Sua estrutura é composta por 7 domínios, 32 classes e 490 resultados. É a partir de um diagnóstico pré-estabelecido que o resultado será preparado de acordo com a NOC (NOC, 2016).

A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE) é uma classificação que uniformiza a linguagem da assistência de enfermagem no mundo. Através dela é possível desenvolver diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, apoiado em 7 eixos: Foco, que é a área de atenção da enfermagem; Julgamento, opinião relacionada ao foco; Meios, método de realização da intervenção; Ação, processo intencional realizado para o cliente; Tempo, período de uma ocorrência; Localização, espaço anatômico de um diagnóstico ou intervenção; e por fim Cliente, sujeito a que se refere o diagnóstico e intervenção (CIPE, 2015).

Em conformidade com a CIPE, o diagnóstico deve conter um termo do eixo foco e do eixo julgamento, sendo da mesma forma o resultado. Já a intervenção deve englobar um termo do eixo ação e outro de qualquer eixo, exceto julgamento, permitindo também a adição de termos acessórios. Ao todo, esta taxonomia possui 1658 termos, destinados ao planejamento da assistência de enfermagem (CIPE, 2015).

4.1 Abordagem Teórica

A teoria das necessidades fundamentais de Henderson prioriza o atendimento centrado no paciente, onde é acentuada a assistência de indivíduos em atividades essenciais e fundamentais para o suporte da saúde, recuperação e na perspectiva de uma morte plácida. Seu conceito de Enfermagem consiste em assistir o indivíduo doente ou saudável, na execução de atividades que favorecem sua recuperação, e tem como paciente uma pessoa que necessita de cuidados de enfermagem. Henderson destaca 14 componentes do atendimento básico de enfermagem, como por exemplo: respirar normalmente; movimentar-se e manter posturas; aprender, satisfazer ou desenvolver as necessidades de saúde; dormir e descansar; manter temperatura corporal; manter higiene etc. Veja todas no quadro abaixo e sua relação com os problemas identificados na paciente em estudo.

14 Componentes do atendimento básico da enfermagem	Necessidades acometidas
Respirar normalmente	
Comer e beber adequadamente	
Eliminar resíduos orgânicos	X
Movimentar-se e manter posturas desejáveis	X

Dormir e descansar	
Selecionar roupas adequadas- vestir-se e despir-se	
Manter a temperatura corporal dentro da variação normal	
Aprender ou descobrir a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal à saúde, utilizando os meios disponíveis	X
Manter higiene	
Evitar perigos ambientais	
Comunicar com outros expressando emoções, necessidades, medos ou opiniões	
Adorar de acordo com a própria fé	
Trabalhar de forma satisfatória	X
Praticar diferentes atividades recreativas	X

Quadro 3. As 14 necessidades fundamentais de Henderson relacionada com os problemas encontrados na paciente. Picos, Piauí, 2018.

Fonte: Próprios autores.

Nesse contexto, vê-se a mobilidade física prejudicada na paciente, a impedindo de movimentar-se e manter posturas. Além disso, pelo fato de estar hospitalizado, a impossibilita de desempenhar atividades recreativas e de trabalhar. Dessa forma, fica evidenciado que o enfermeiro deve auxiliar o mesmo a desenvolver a capacidade de movimentar-se, para torná-lo independente em relação ao seu autocuidado e suas atividades diárias.

No ponto de vista ainda da teoria de Henderson, seu conceito sobre saúde engloba o equilíbrio sobre todos os domínios da vida humana, inclusive o estado psicológico do paciente. Essa necessidade de tratar a saúde de forma holística foi evidenciada pelo relato da paciente do estudo exposto, que se encontrava desenganada em relação à sua recuperação, acometendo a necessidade de desenvolvimento normal da saúde. Nessas circunstâncias, recomenda-se que o enfermeiro utilize de estratégias que estejam ao alcance do serviço, para reverter este cenário atual vivido pela paciente.

Visto que o hospitalizado está em uso de uma sonda vesical de demora, o mesmo não se encontra eliminando adequadamente os seus resíduos orgânicos. O profissional de saúde deve direcionar suas intervenções à normalização da diurese, de modo que o uso da sonda não seja mais preciso e a paciente consiga realizar as eliminações espontânea e adequadamente.

5 | CONCLUSÃO

O uso de taxonomias no serviço de enfermagem garante uma assistência mais padronizada e universal, isto facilita com que o profissional de enfermagem desempenhe suas funções no serviço de saúde.

Ao contrapor a teoria de Henderson com os dados colhidos para este relato de experiência, fica perceptível a função do enfermeiro de prestar o cuidado visando a independência do paciente, compreendendo não só suas necessidades, mas também

as condições patológicas que as alteram. Para a autora da teoria, o profissional de enfermagem deve se manter empático em relação às carências e problemáticas que o cliente exterioriza, objetivando assim a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

As dificuldades encontradas na realização deste estudo foi o tempo resumido para a coleta de dados e a comunicação deficiente com a doente, devido estar debilitada. O incentivo a mais estudos como esse é importante para estimular o uso das taxonomias e mais pesquisas acerca da teoria de Henderson e como ela pode afetar a qualificação da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

B.L.B, Alba Lúcia. **Anamnese e Exame Físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BOTELHO, T. S. **Epidemiologia do acidente Vascular Cerebral no Brasil**. Temas em Saúde, 2016. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16221.pdf>>. Acesso em: 05 Nov. 2016.

CIPE Versão 1: **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**; São Paulo: Algor Editora; 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. Disponível em: < <http://www.portalcofen.gov>>. Acesso em: 05 Nov. 2018.

COSTA, J.B; Costa, A.L; Torres, F.; Silva, A.F.G; Terra Júnior, A.T. **Os principais fatores de risco da pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulta**. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente. 2016;7(4):80-92.

CPB, Vieira, Fialho AVM, Moreira TMM. **Dissertações e teses de enfermagem sobre o cuidador informal do idoso**. 1979 a 2007. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2011 [cited 2014 Jul 13];20(1):160-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/19.pdf>

HENDERSON, V. The concept of nursing. **J. Adv. Nurs**. 2006; v. 53, n. 1: 21-34.

LAVOR, I. G. **Perfil dos casos de acidente vascular cerebral registrados em uma instituição pública de saúde em Campina Grande- PB**. CESED. Paraíba, 2011; v. 12, n. 17.

LIMA, V.C.G.S. **Protocolo de cuidados básicos de enfermagem para clientes pós-angioplastia transluminal coronariana**. Universidade Federal Fluminense. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial), Rio de Janeiro, 2018.

MASCARENHAS, N. B. **Sistematização da Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus e insuficiência renal crônica**. Ver. Bras. Enferm. 2011; v. 64, n. 1: 203-8.

SILVA, B. T.; SANTOS, S. S. C. **Cuidados aos idosos institucionalizados – opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026**. Acta Paul. Enferm. 2010; v. 23, n. 6: 775-81.

B, Susan, O'Sullivan, Thomas J, Schmitz. **Fisioterapia avaliação e tratamento**. Barueri: Manole; 2010

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação** - 2015-2017/ NANDA International. 10 ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

NIC. **Classificação das intervenções em enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

NOC. **Classificações dos resultados de enfermagem: mensuração dos resultados em saúde**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

TANNURE, Meire Chucre; Gonçalves, Ana Maria Pinheiro. **Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

PROCESSO DE ENFERMAGEM BASEADO NO REFERENCIAL TEÓRICO DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY A PACIENTE COM CIRROSE HEPÁTICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alanna Maria de Moura Gomes

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Ana Clara da Costa Ferreira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Denise Bento de Oliveira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Ione Lara Ribeiro Tertuliano

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Zeila Ribeiro Braz

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

RESUMO: relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem na execução do processo de enfermagem, guiado pela teoria da adaptação, adotando as taxonomias NANDA, NIC, NOC e CIPE aplicadas a paciente com cirrose hepática e complicações associadas. Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa de graduandas de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior pública

do Piauí. A elaboração dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem deu-se a partir da análise do histórico clínico e usando as taxonomias NANDA-I, NIC, NOC e CIPE. O estudo foi realizado em um hospital de referência no interior no estado do Piauí, no período de outubro de 2018. Como referencial teórico, utilizou-se a teoria da adaptação de Callista Roy, que define o indivíduo como um sistema adaptável frente aos estímulos ambientais, empregada na disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior pública no interior do estado. A partir da análise das informações obtidas do Histórico e da Evolução de Enfermagem do paciente, foram elencados cinco parâmetros a partir dos quais elaborou-se os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem mediante o uso particular de cada taxonomia. O uso de diferentes taxonomias é útil para padronizar a linguagem dos profissionais de enfermagem e facilitar sua conduta na tomada de decisão no cotidiano hospitalar e em diversas situações que o enfermeiro tem uma grande responsabilidade na atuação como mediador na elaboração das estratégias de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de Enfermagem. Teorias de Enfermagem. Cirrose Hepática. Adaptação.

ABSTRACT: report of the experience of nursing academics in the nursing process, guided by adaptive theory, adopting the NANDA, NIC, NOC and CIPE taxonomies applied to patients with hepatic cirrhosis and associated complications. This is an experience report with a qualitative approach of nursing graduates of a Public Higher Education Institution of Piauí. The elaboration of nursing diagnoses, interventions and results was based on the analysis of the clinical history and using the taxonomies NANDA-I, NIC, NOC and CIPE. The study was carried out at a reference hospital in the interior of the state of Piauí, in the period of October 2018. As a theoretical reference, the adaptation theory of Callista Roy was used, which defines the individual as an adaptive system in front of environmental stimuli, employed in the discipline of Nursing Assistance Methodology of a Public Higher Education Institution within the state. Based on the analysis of the information obtained from the Nursing History and Evolution of the patient, five parameters were identified from which the nursing diagnoses, interventions and results were elaborated through the particular use of each taxonomy. The use of different taxonomies is useful to standardize the language of nursing professionals and facilitate their conduct in decision making in the hospital routine and in several situations that nurses have a great responsibility in acting as mediator in the elaboration of care strategies.

KEYWORDS: Nursing Process. Nursing Theories. Hepatical Cirrhosis. Adaptation.

1 | INTRODUÇÃO

A cirrose hepática corresponde ao resultado final de uma série de processos patológicos. É uma doença crônica que constitui um grave problema de saúde pública, caracterizando-se por substituição do tecido hepático saudável por tecido fibrótico, podendo estar associada à múltiplas causas, entre as quais destaca-se infecção pelo vírus da hepatite (hepatite B e C), drogas, incluindo álcool, doenças autoimunes, doenças genéticas e esteatose hepática não alcoólica (GASSANOV et al, 2014).

Com o avanço da doença, os pacientes podem enfrentar complicações associadas, tais como icterícia, hipertensão portal, varizes esofágicas, gástricas e hemorroidais, edema, deficiência nutricional e hemorragia por varizes esofágicas (KIMBELL et al, 2016).

Não há cura para a cirrose, desse modo, as intervenções frente aos pacientes com essa patologia devem objetivar retardar o avanço da doença e prevenir complicações, assim, a equipe de enfermagem, dentro da equipe multidisciplinar, exerce papel crucial tanto na prestação de cuidados diretos e integrais ao paciente quanto na orientação sobre o autocuidado (LANZIERI et al, 2017).

Nos pacientes com cirrose hepática, os cuidados de enfermagem devem ser direcionados para a prevenção de complicações, promoção, manutenção e restauração da saúde, facilitando a capacidade funcional dos pacientes e proporcionando melhoria da qualidade de vida e independência destes (LEFREVE, 2010).

A resolução COFEN 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de

Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE), em todos os ambientes em que ocorre a assistência de enfermagem, tanto públicos quanto privados e estabelece que o Processo de Enfermagem ocorre em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes, que são: Histórico, Diagnóstico, Implementação, Resultados e avaliação de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A assistência de Enfermagem deve ocorrer de acordo com o Processo de Enfermagem e de maneira sistematizada, desse modo, requer o planejamento de intervenções e a definição dos resultados que se espera alcançar a partir da implementação destas a fim de possibilitar a avaliação da eficácia da assistência prestada. Para tanto, o enfermeiros devem utilizar como ferramentas as Taxonomias que padronizam a linguagem de enfermagem. São elas: North American Nursing Diagnostics Association Internacional (NANDA-I), Nursing Intervention Classification (NIC), Nursing outcomes Classifications (NOC) e Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (SANTOS, 2014).

As teorias de enfermagem mostram-se de grande relevância para orientar e fundamentar a prática profissional, diante disso, utilizou-se para embasar a experiência relatada, a teoria da Irmã Callista Roy, denominada Teoria da Adaptação, segundo a qual o indivíduo é um sistema adaptável frente aos estímulos ambientais. Essa teórica identificou em seu modelo quatro modos adaptativos: fisiológico, que diz respeito aos processos químicos e físicos dos organismos vivos; de autoconceito, conjunto de crenças e sentimentos sobre si próprio; de função do papel, que centra-se nos papéis que a pessoa ocupa na sociedade; e, por fim, de interdependência, centrado nas relações próximas entre pessoas e seu propósito, estrutura e desenvolvimento (JESUS; SANTOS; BRANDÃO, 2015).

Como questão norteadora desse estudo, teve-se: “Como a teoria da adaptação e as diversas taxonomias de enfermagem podem ser aplicadas na atenção a paciente com cirrose hepática relacionada ao alcoolismo e as complicações associadas a essa patologia?”

Justifica-se a produção do presente estudo pela importância do emprego das taxonomias e de um referencial teórico para guiar a assistência de enfermagem e a necessidade de maior difusão destas entre os profissionais da área a fim de consolidar a SAE nos serviços de saúde. Com este trabalho, objetiva-se relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem na execução do processo de enfermagem, guiado pela teoria da adaptação, adotando as taxonomias NANDA, NIC, NOC e CIPE aplicadas a paciente com cirrose hepática e complicações associadas.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa de graduandas de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior pública do Piauí. O local de estudo foi um hospital de referência no interior do estado, no período de outubro de 2018. Este presta atendimento 24 horas por dia, recebendo pacientes advindos de vários municípios da macrorregião.

De acordo com Medeiros & Tomasi (2016), o relato de caso ou relato de experiência, visa o aprofundamento de conhecimentos, por meio de investigação ativa, acerca de fenômenos ou pessoas. Salienta que a pesquisa sobre uma doença, possibilita a apresentação de pormenores sobre como foram coletados os dados, descreve o cenário e permeia a enumeração de detalhes.

Avivência relatada abordou um caso de cirrose hepática relacionada ao alcoolismo. O histórico analisado foi guiado pelo instrumento Anexo A retirado do livro Anamnese e Exame Físico da autora Alba Lúcia Bottura Leite, tendo como base o processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme preconizado pela resolução N° 358/2009. A elaboração dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem deu-se a partir da análise do histórico clínico e usando as taxonomias NANDA-I, NIC, NOC e CIPE.

Como referencial teórico utilizou-se a teoria da adaptação da Irmã Callista Roy, que define o indivíduo como um sistema adaptável frente aos estímulos ambientais. Roy refere-se a adaptação como respostas que promovem a integridade e ajudam a pessoa a atingir objetivos, ou seja, a capacidade de gerir o ambiente a fim de obter um nível regular de bem-estar e saúde. Assim, buscou-se avaliar o modo como o indivíduo se adapta de maneira a conviver da melhor forma possível com uma doença que até então não é passível de cura.

3 | RESULTADOS

3.1 Histórico de enfermagem

F.S.S., 60 anos, sexo masculino, divorciado, comerciante, etilista, natural do município de Picos-PI, 18º DIH. Deu entrada no serviço hospitalar apresentando edema de membro inferior, anemia e ascite relacionadas à cirrose hepática. Quanto aos antecedentes familiares, paciente relata que o irmão apresenta Diabetes Mellitus. Sobre as condições de moradia, reside em área urbana com saneamento básico. Encontrava-se asseado, costuma tomar banho 3 vezes ao dia e não pratica atividade física.

Quanto aos hábitos alimentares, não possui dieta balanceada. Relatou internação anterior por complicações relacionadas ao quadro de cirrose hepática. Na avaliação do seu estado emocional relatou estar ansioso pela alta hospitalar. Queixa-se de incômodo relacionado à sonda vesical, além de incômodo devido à alta temperatura

do ambiente hospitalar.

3.2 Evolução de enfermagem

30/10/18 - 8:10h Paciente internado em clínica médica, em estado geral regular, consciente e orientado quanto ao tempo e espaço, comunicativo, dinâmico, fásico. Ao exame físico: cabelos bem distribuídos, boa higienização, face simétrica, pupilas anisocóricas com reflexo fotomotor presente, conjuntiva ocular apresenta quadro de icterícia. Ao avaliar os nervos cranianos, nervo III (oculomotor) apresentou limitação, evidenciada por dificuldade de movimentação do globo ocular. Acuidade auditiva preservada. Mucosas nasal e bucal, apresentaram-se icterícas, dentição irregular, com presença de cáries. Pescoço sem gânglios palpáveis. Sono e repouso preservados. Ao exame do aparelho cardiovascular: paciente sem relato de dor precordial, com ausência de levantamento sistólico, pulsações epigástricas e supra-esternais presentes, frêmito precordial palpável, com ausculta cardíaca normal, pulso radial taquiesfigmo. IMC: 22, circunferência abdominal: 113 cm. Aceita dieta oral oferecida pelo hospital. Eliminação urinária por sonda vesical de demora com aspecto concentrado e volume de 400 ml, evacuações presentes. Sem presença de edemas, apresentando quadro de taquipneia relacionada a ascite. SSVV: Temperatura: 36,2°C, Pulso: 100 bpm; FR: 26 rpm. Pressão Arterial 110x80 mmHg.

3.3 Diagnósticos, Intervenções E Resultados De Enfermagem

A partir da análise das informações obtidos do Histórico e da Evolução de Enfermagem do paciente, foram elencados os seguintes padrões: Risco de infecção, nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, padrão respiratório ineficaz, eliminação urinária prejudicada e volume de líquidos excessivo. Em sequência foram estabelecidos parâmetros norteadores, por meio dos quais, elaborou-se os diagnósticos, intervenções e resultados referentes a cada achado clínico, mediante o uso das taxonomias NANDA, NIC, NOC (Quadro 1) e CIPE (Quadro 2).

PARÂMETRO	Risco de infecção	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	Padrão respiratório ineficaz	Eliminação urinária prejudicada	Volume de líquidos excessivo
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Risco de infecção relacionada à destruição de tecidos.	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada a fatores biológicos evidenciada por mucosas pálidas.	Padrão respiratório ineficaz relacionado à hiperventilação, evidenciada por taquipneia.	Eliminação urinária prejudicada relacionada à múltiplas causas evidenciada por retenção urinária.	Volume de líquidos excessivo relacionado a mecanismos reguladores comprometidos evidenciado por eletrólitos alterados.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	Proteção contra infecção*; Monitorar vulnerabilidade da infecção**	Monitoração nutricional; * Monitorar náuseas e vômitos; **	Monitoração respiratória; * Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações; **	Monitoração hídrica; * Estabelecer possíveis fatores de risco para desequilíbrio de líquidos; **	Controle de eletrólitos * Monitorar as manifestações de desequilíbrio de eletrólitos; **
RESULTADO DE ENFERMAGEM	Conhecimento: controle da doença crônica.	Estado nutricional.	Estado respiratório: ventilação.	Eliminação urinária.	Equilíbrio hídrico.

Quadro 1: Diagnósticos, Intervenções e Resultados com Referência à Nanda, Nic E Noc.

Fonte: Próprios autores.

PARÂMETRO	Risco de infecção	Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	Padrão respiratório ineficaz	Eliminação urinária prejudicada	Volume de líquido excessivo
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Risco de infecção no adulto	Ingestão nutricional baixa no adulto	Dispneia atual no adulto.	Eliminação urinária comprometida no adulto.	Edema periférico grave no adulto.
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	Providenciar transplante na hospitalização para o adulto.	Adequar alimento no adulto.	Administrar oxigênio terapia no adulto.	Inserir cateter urinário no adulto.	Administração de diurético de uso contínuo no adulto.
RESULTADO DE ENFERMAGEM	Prevenção da contaminação	Padrão alimentar normal no adulto.	Dispneia melhorada no adulto.	Eliminação urinária em estado de normalidade no adulto.	Edema periférico melhorado no adulto.

Quadro 2: Diagnósticos, Intervenções E Resultados Com Cipe.

Fonte: Próprios autores.

4 | DISCUSSÃO

O Processo de Enfermagem (PE) constitui-se em um método de trabalho utilizado por enfermeiros para guiar a prática assistencial, sob o qual organiza-se de forma sequencial e sistemática o cuidado e a assistência em saúde ao indivíduo. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) regula implementação do PE, por meio de processo organizacional capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado. Diante disso, orienta a organização do trabalho, segundo as fases do seu fluxo (SANTOS, 2014).

Nesse contexto, as linguagens especiais de enfermagem, dentre elas, a taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da Nanda International (NANDA-I), desempenham

importante papel ao descrever, de modo padronizado, um dos fenômenos de interesse da prática da profissão, que são os diagnósticos de enfermagem, apontando para as possíveis áreas de contribuição da enfermagem no cenário de cuidados à saúde (FERREIRA et al, 2015).

Coletar os dados é essencial para dar início ao planejamento do cuidado e para que o paciente receba o tratamento apropriado. E esta é uma das características da taxonomia NANDA-I. Nessa taxonomia, há um índice ao qual estão relacionados diversos diagnósticos. Para construção dos diagnósticos tem-se a junção de três componentes: O título, que representa uma definição, os fatores relacionados, que são as causas do referido título e as características definidoras, que são os sinais sintomas relacionados ao paciente. Todos esses componentes são dispostos em uma sequência definindo como será o diagnóstico.

NIC é uma linguagem padronizada abrangente que descreve os tratamentos executados por enfermeiros, isto é, as intervenções de enfermagem necessárias para se alcançar os resultados pré-estabelecidos (NIC, 2016).

A classificação dos Resultados de enfermagem (NOC) é complementar à NANDA Internacional (NANDA-I) e à classificação das intervenções de enfermagem (NIC). A NOC fornece uma linguagem padronizada para a identificação dos resultados que se espera alcançar a partir da implementação das intervenções de enfermagem, o que subsidia avaliação posterior da eficácia de tais intervenções (NOC, 2016).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) auxilia os enfermeiros no momento da prestação de cuidados, uma vez que possibilita o estabelecimento de diagnósticos, intervenções e resultados, proporcionando uma forma padronizada de recolher informações e de comparar a prática em diferentes contextos e regiões. A CIPE é organizada de acordo como modelo de sete eixos, que são: foco, a área de atenção da enfermagem; juízo, opinião clínica a respeito do foco; cliente, sujeito a quem o diagnóstico se refere; ação, processo intencional aplicado a um cliente; recurso, métodos utilizados para concretizar uma intervenção; localização, orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção e, por fim, tempo, que corresponde ao período, instancia, intervalo ou duração de uma ocorrência (CIPE, 2016).

Para utilizar a CIPE, faz-se necessário que os diagnósticos e os resultados incluam um termo do eixo foco e um termo do eixo julgamento. As intervenções devem incluir um termo do eixo ação e qualquer outro termo desde que não seja do eixo julgamento, sendo possível a inclusão de termos adicionais (CIPE, 2016).

4.1 Abordagem Teórica

O Modelo de Adaptação de Roy (MAR) é uma teoria de enfermagem que compreende o indivíduo como um sistema capaz de utilizar seus mecanismos de adaptação, tanto inatos como adquiridos, frente aos estímulos ambientais e propõe

cinco conceitos principais: a saúde, a pessoa, a enfermagem, a adaptação e o ambiente (MEDEIROS et al, 2015).

Roy define saúde como o resultado do processo de adaptação aos diversos estímulos, proporcionando ao indivíduo a competência necessária para lidar com a morte, com a doença, o estresse e a infelicidade. A teórica aborda o conceito de pessoa inserida em seu contexto social como ser em constante interação com o meio em que se encontra inserido como as famílias, organizações e toda a comunidade global. O ambiente, por sua vez, é definido como o conjunto de circunstâncias que afetam o comportamento e desenvolvimento da pessoa (MEDEIROS et al, 2015).

O sujeito, ao receber o diagnóstico de doença crônica, como é o caso da cirrose hepática, é submetido a novos estímulos, sendo assim exposto à necessidade de se adaptar a esses, uma vez que causam transtornos à saúde, bem como aos hábitos e modos de vida do paciente. Diante da doença, o indivíduo pode apresentar uma resposta positiva ou negativa. A não adaptação implica em comportamento ineficaz, não ajustamento do paciente às novas condições em que ele se encontra e dificuldade de adesão ao tratamento (MOURA et al, 2013).

Nesse sentido, a enfermagem, segundo a teoria de Callista Roy, tem a função de contribuir para o processo de adaptação de indivíduos e grupos nos quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, definição de papel e interdependência, fomentando as interações com o ambiente e com as circunstâncias, auxiliando assim o paciente a reagir de forma positiva aos estímulos, melhorando sua qualidade de vida e os resultados obtidos bem como minimizando os mecanismos de enfrentamento negativo (MEDEIROS et al, 2015).

Diante do exposto, tem-se que o cuidado de enfermagem preconizado a partir da ótica do Modelo Teórico de Adaptação de Roy torna possível uma assistência direcionada para o restabelecimento e/ou manutenção do equilíbrio e preparação do paciente para conviver de forma harmônica com sua patologia, sendo assim capaz de aumentar a sobrevida e bem-estar deste (SALDANHA, 2013).

A integridade da pele dos pacientes com cirrose hepática é um aspecto que merece especial atenção da equipe de enfermagem. Por revestir toda a superfície corporal, este órgão constitui a primeira barreira contra a entrada de patógenos no organismo e, conseqüentemente, previne diversas infecções. Portanto, a implementação de intervenções específicas pode diminuir o risco de ruptura da pele e prevenir o estabelecimento de infecções. Uma possível intervenção é manter a integridade da pele promovendo a hidratação. Desse modo, o enfermeiro, utilizando a teoria de Callista Roy para guiar sua prática profissional, pode orientar o paciente sobre a necessidade de uma hidratação mais intensa da pele em função das complicações que podem resultar da ausência desse cuidado (ROH; KIM, 2013).

A desnutrição proteico-calórica é um achado frequente em pacientes cirróticos, visto que função hepática é deteriorada. Considerando-se que o fígado exerce papel crucial no metabolismo de glicose, lipídeos e proteínas, o comprometimento

da função hepática leva a graves repercussões sobre o estado geral do paciente, sobretudo no que diz respeito ao armazenamento de reservas energéticas. Estes fatores têm impacto direto no prognóstico, afetando adversamente a evolução clínica deste paciente, refletindo na morbimortalidade. Assim, a enfermagem insere-se como elemento fundamental na atenção quanto à ingestão alimentar e nutrição do paciente com cirrose hepática, devendo garantir a prestação de orientações claras e concisas relativas ao tema (MOCTEZUMA-VELÁZQUEZ et al., 2013).

O diagnóstico do padrão respiratório ineficaz ocorreu em função da taquipneia relacionada à ascite. A característica definidora elencada aponta para quadro clínico de aumento da frequência respiratória, o que pode resultar em oxigenação inadequada para os tecidos e complicações associadas, como sensoriais, cognitivas e de humor. Depreende-se, portanto, que além da necessidade de tratar as manifestações fisiológicas, é importante atenta-se para as questões de bem-estar psíquico do paciente (MUSSALEM, 2014).

5 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, depreende-se que o emprego das Taxonomias de Enfermagem na esfera da assistência promove a padronização da linguagem relativa a essa área de atuação, subsidiando assim os profissionais na tomada de decisão e prevenindo ambiguidades na interpretação das informações. Ademais, as Teorias de Enfermagem agregadas a esse processo promovem a construção de uma base sólida, crítica e reflexiva à assistência de enfermagem, contribuindo para o aperfeiçoamento do cuidado.

Ao aplicar as diversas taxonomias junto à Teoria da adaptação de Callista Roy, compreendeu-se a importância da adoção de tais taxonomias e de um referencial teórico para guiar a assistência de Enfermagem, pois desse modo é possível reconhecer a totalidade em que se insere o cuidado e a partir disso desenvolver ações direcionadas para a promoção de bem-estar, qualidade de vida e dignidade do indivíduo durante todo o processo saúde-doença. Nesse sentido, a Teoria da Adaptação de Callista Roy emerge como precursora de um cuidado voltado para auxiliar o indivíduo a coexistir com a doença e as novas condições em que ele se encontra inserido e com isso prevenir maiores complicações e, simultaneamente, aumentar a sobrevida do paciente.

Considerando-se as limitações encontradas à execução do presente estudo, destacam-se principalmente aquelas relacionadas ao curto período de contato com o paciente, o que pode comprometer a pertinência das informações relacionadas, visto que não há uma continuidade na observação destas, e as restrições impostas pelo instrumento utilizado para coleta de dados, bem como a não disponibilização de um instrumento pela própria instituição de saúde, o que dificultou a adoção de um meio adequado às condições características da própria instituição. Desse modo, observa-se a necessidade de vinculação de um instrumento que atenda as orientações da

resolução 358/2009 acerca da implementação da SAE referente à execução do Processo de Enfermagem pelo serviço de saúde a que se refere esse estudo.

REFERÊNCIAS

Classificação das intervenções em enfermagem (NIC). 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

Classificações dos resultados de enfermagem (NOC): mensuração dos resultados em saúde. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009.** Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html. Acesso em 29 de outubro de 2018.

GASSANOV, N. et al. **Cirrhotic cardiomyopathy: a cardiologist's perspective.** World J Gastroenterol. 2014. Disponível em <doi: 10.3748/wjg.v20.i42.15492>. Acesso em 01 de novembro de 2018.

GIMENES, F. R. E et al. **Identificação de intervenções de enfermagem associadas à acurácia dos diagnósticos de enfermagem para pacientes com cirrose hepática.** Revista Latino-Americana de Enfermagem:Ribeirão Preto. vol.25 set. 2017.

JESUS, P. B. R; SANTOS, I; BRANDÃO E.S. **A autoimagem e a autoestima das pessoas com transtornos de pele: uma revisão integrativa da literatura baseada no modelo de Callista Roy.** Colombia: Aquichan. 2015.

KIMBELL, B. et al. **Liver disease in the UK.** Lancet. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25705833>>. Acesso em 01 de novembro de 2018.

LANZIERI, P. G. et al. **Pacientes Cirróticos com Escore Child-Pugh C Apresentam Intervalos QT mais Longos.** Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ: International Journal of Cardiovascular Sciences, 2017.

LEFEVRE, A. R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7.ed., Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEDEIROS, J. B; TOMASI, C. **Redação de artigos científicos: métodos de realização, seleção de periódicos, publicação.** São Paulo: Atlas, 2016.

MEDEIROS L. A et al. Modelo **de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste: Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil vol. 16, núm. 1, janeiro-fevereiro, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324036185016>> . Acesso em 22 de outubro 2018.

MOURA, D. J. M. et al. **Problemas adaptativos segundo Roy e diagnósticos fundamentados na CIPE em hipertensos com doenças associadas.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17758>>. Acesso em 26 de outubro 2018.

MUSSALEM MA, SILVA AC, COUTO LC, MARINHO L, FLORENCIO AS, Araújo VS, et al. Influência da mobilização precoce na força muscular periférica em pacientes na Unidade Coronariana. Assobrafir Ciência [Internet]. 2014 [citado 2014 Out 10]; 5(1):7788. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/17530/14460>.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação - 2015-2017/ NANDA International.** 10 ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

ROH SY, KIM KH. **Effects of aroma massage on pruritus, skin pH, skin hydration and sleep in elders in long-term care hospitals.** *J Korean Acad Nurs.* 2013. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24487989>> . Acesso em: 08 de novembro de 2018.

SALDANHA, E. A. et al. **Diagnósticos de enfermagem e modelo teórico de roy em pacientes Prostatectomizados.** *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste: Universidade Federal do Ceará Fortaleza* vol. 14, núm. 4, 2013.

SANTOS, W. N. **Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação.** *J Manag Prim Health Care,* 2014. Disponível em:< <http://jmphc.com.br/jmphc/article/view/210/213>> . Acesso em 22 de outubro 2018.

TEORIA AMBIENTALISTA E PROCESSO DE ENFERMAGEM NO POLITRAUMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Andressa Santos de Carvalho

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Bruna Araújo Gomes

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Clarisse de Jesus Cavalcante

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Karem Gonçalves de Mendonça

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Renato Juvêncio

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Sarah Nilkece Mesquita de Araújo Nogueira Bastos

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

RESUMO: Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 50 milhões de pessoas sofrem lesões e sequelas decorrentes de acidentes de trânsito (AT) mundialmente. E como consequências pelos AT têm-se as fraturas de clavícula que são consideradas lesões comuns e as fraturas na tíbia. Trata-se de um relato de experiência de graduandos de enfermagem sobre a aplicação do Processo de Enfermagem

(PE) usando como teórica de referência Florence Nightingale, utilizando taxonomias para melhor compreensão. Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem, a partir de práticas realizadas no hospital público da cidade de Picos- PI. A vivência relatada ocorreu no período de Agosto de 2018 durante as práticas da disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem, relatando um caso de atropelamento com decorrência de fraturas. A elaboração dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem se deu analisando o histórico clínico e usando as taxonomias NANDA-I, NIC, NOC e CIPE. Como referencial teórico utilizou-se a Teoria Ambientalista proposta por Florence Nightingale. De acordo a resolução COFEN nº 358/2009, o Processo de Enfermagem aconteceu em cinco etapas, onde foi possível chegar a quatro diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com as diferentes taxonomias aplicadas. É de suma importância que haja a padronização na linguagem da enfermagem com o uso das taxonomias, com vistas a promover uma maior agilidade e segurança na tomada de decisões sobre condutas a serem adotadas em ambiente hospitalar. Todavia, o atual estudo foi de enorme proveito e relevância para os graduandos de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: NANDA-I. Processo de Enfermagem. Terminologia CIPE. Aprendizagem

baseada na experiência.

ABSTRACT: According to the World Health Organization, about 50 million people suffer from injuries and sequelae due to traffic accidents TA worldwide. And as consequences due to TA we have clavicle fractures that are considered common lesions and fractures in the tibia. This is an undergraduate nursing experience report about the application of the Nursing Process (PE) using Florence Nightingale as the theoretical reference, using taxonomies for better understanding. This is an experience report of nursing students, based on practices performed at the public hospital of the city of Picos-PI. The reported experience occurred during the period of August of 2018 during the practices of the discipline of Nursing Assistance Methodology, reporting a case of Stoking due to fractures. The elaboration of nursing diagnoses, interventions and results was done by analyzing the clinical history and using the NANDA-I, NIC, NOC and CIPE taxonomies. As a theoretical reference was used the Environmental Theory proposed by Florence Nightingale. According to Cofen Resolution no. 358/2009, the Nursing Process took place in five stages, where it was possible to arrive at four diagnoses, interventions and results according to the different taxonomies applied. It is of paramount importance that there be standardization in the language of nursing with the use of taxonomies, with a view to promoting greater agility and safety in the decision-making about behaviors to be adopted in a hospital environment. However, the current study was of enormous benefit and relevance to nursing undergraduates.

KEYWORDS: NANDA-I. Nursing Process. CIPE terminology. Experience-based learning.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 50 milhões de pessoas sofrem lesões e sequelas decorrentes de acidentes de trânsito (AT) mundialmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Enquanto que, no Brasil, há mais de 150 mil mortos ou feridos graves anualmente (MEDEIROS et al., 2017). Deste modo, umas das consequências por acidente de trânsito (AT) são as fraturas de clavícula que são consideradas lesões comuns e ocorrem entre 2,6 e 4 % dos adultos e as fraturas na tíbia que por muitos anos, é um dos ossos longos mais fraturados em nosso país (LABRONICI et al., 2016; JUNIOR et al., 2017).

Dessa forma, paciente com contusões em membros que apresente ossos, podem se manifestarem alguns sinais ou sintomas do tipo, náuseas, febre, hemorragia, alteração na Pressão Arterial e no trato gastrointestinal, além disso, pode ocasionar diversos transtornos às pessoas envolvidas, com sequelas físicas, econômicas e emocionais, invalidez e até mesmo levar ao óbito (MEDEIROS et al., 2017).

Entretanto, traumas agudos em uma determinada região anatômica que possua ossos demandam de cuidados de uma equipe multiprofissional, sobretudo, da equipe de enfermagem. Essa assistência deve ser baseada no Processo de Enfermagem

(PE), que consiste em uma atividade privativa do enfermeiro, a qual facilita seu trabalho através de um método técnico-científico que possibilita a identificação das situações de saúde do paciente (MELO; NUNES; VIANA, 2014).

De acordo com Lins (2013), para aprimorar o julgamento clínico o Processo de Enfermagem foi desenvolvido em um processo de cinco fases sequenciais e inter-relacionadas (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), coerentes com a evolução da profissão, que permitirá numa execução de medidas terapêuticas, a partir das prescrições dos cuidados de enfermagem.

Assim, no âmbito dessa reflexão, temos a SAE (Sistematização da Assistência em Enfermagem), que é um instrumento reconhecido por favorecer a organização do processo de cuidar. Esse instrumento tem sido tema atual das discussões das áreas, pois, apesar das diretrizes legais regulamentadas pela resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, ainda são incipientes as experiências de sucesso (LINS, et al., 2013).

Com finalidade de uniformizar a linguagem de enfermagem sobre as intervenções, bem como verificar os resultados esperados os profissionais de saúde, ou seja, os enfermeiros devem fazer uso de um instrumento científico conhecido e confiável do tipo de classificação como a taxonomia apresentada pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Intervention Classification (NIC) e Nursing Outcome Classification (NOC), (AMORIN; et al, 2014), integrando também a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), estas ferramentas são capazes de absorver respostas dos usuários agregado ao Processo de Enfermagem (PE), dando o respaldo ao profissional da enfermagem.

Além do PE, há outra figura de extrema importância para o cuidado do paciente, pertencente aos princípios das Teorias de Enfermagem, conforme relata Schaurich e Crossetti, (2010):

Foram elaboradas para explicitarem a complexidade e multiplicidade dos fenômenos presentes no campo da saúde e, também, para servirem como referencial teórico/metodológico/prático aos enfermeiros que se dedicam à construção de conhecimentos, ao desenvolvimento de investigações e à assistência no âmbito da profissão (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010. p. 183).

Dessa forma, a teórica empregada para orientar na experiência foi a de Florence Nightigale, que foca na teoria ambientalista.

Elencou-se como questão norteadora desse estudo: “Quais as experiências obtidas pelos acadêmicos de enfermagem em relação ao referencial Teórico Ambientalista dessemelhante a taxonomias na aplicação ao trauma agudo de clavícula e tíbia?”.

Justifica-se a consumação deste presente estudo pela importância de conhecer e informatizar a aplicação das taxonomias no sentido da avaliação da assistência de enfermagem, tendo em vista que a mensuração dos diagnósticos, intervenções

e resultados refletem diretamente no cuidado prestado ao paciente. O objetivo dessa pesquisa é descrever as experiências acadêmicas de enfermagem, por meio da Anamnese e Processo de Enfermagem, assim como pelo o referencial teórico ambientalista, e as taxonomias NANDA, NOC, NIC e CIPE, na aplicação dos politraumas.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem, a partir de práticas realizadas no hospital público da cidade de Picos- PI. O referido hospital oferece atendimento 24hrs, atendendo pacientes de vários municípios da macrorregião. A vivência relatada ocorreu no período de Agosto de 2018 durante as práticas da disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem, relatando um caso de Atropelamento com decorrência de fraturas.

O histórico analisado foi guiado pelo instrumento de anamnese do indivíduo (ANEXO A), da literatura de Barros (2002) juntamente ao roteiro para a evolução de enfermagem da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) padronizado pelo serviço. A elaboração dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem se deu analisando o histórico clínico e usando as taxonomias NANDA-I, NIC, NOC e CIPE.

Como referencial teórico utilizou-se a Teoria Ambientalista proposta por Florence Nightingale, essa por sua vez priorizava um ambiente saudável estimulador da saúde do paciente, assim como o estabelecimento dos seus conceitos formais para a prática de enfermagem. Um ambiente com luz natural, ventilação, conforto, redução de infecções e uma dieta adequada são alguns pontos que a Teoria Ambientalista de Nightingale enfatiza correlacionando aos problemas do caso estudado, e contribui para uma melhor assistência ao cuidado da paciente (MARTINS; BENITO, 2016).

3 | RESULTADOS

3.1 Histórico de Enfermagem

F. R. S., 74 anos, sexo feminino, casada, agricultora, em 19º Dia de internação Hospitalar. O motivo da internação foi por atropelamento com decorrência de fratura da clavícula esquerda e Tíbia esquerda. A mesma possui doença crônica (Hipertensão). Sobre as condições de moradia, reside em área urbana com saneamento básico. Encontrava-se restrita ao leito, com dificuldades para se movimentar.

Quanto aos hábitos alimentares possui dieta aceita, bem balanceada. Encontrase com ausência de eliminações intestinais há alguns dias. Apresenta sonda vesical contendo 400 ml. Na verificação do seu estado emocional relatou estar ansiosa em decorrência do procedimento cirúrgico na qual foi submetida, além de queixar-se de dores e incômodos abdominais.

3.2 Evolução de Enfermagem

16/08/18 – 16:30h: Cliente em estado geral regular, consciente, orientada, fásica, respirando ar ambiente, pele e mucosas normocoradas. Apresenta deambulação prejudicada, aceita a dieta oferecida pelo hospital, estado nutricional dentro dos padrões de normalidade, sono e repouso insatisfatório devido a dor. Eliminação urinária por sonda vesical de demora com aspecto concentrado e em volume 400ml, evacuações ausentes. Procedimento cirúrgico realizado: osteossíntese da perna esquerda, sem edemas no local. Sinais vitais: Pressão Arterial 132x88mmHg; Pulso: 103bpm; Temperatura: 35,3°C; Frequência Respiratória 20 rpm.

3.3 Diagnósticos, intervenções e resultados

De acordo com a análise das informações obtidas do Histórico e Evolução de enfermagem do paciente, foram estabelecidos parâmetros norteadores que embasassem o uso das taxonomias NANDA, NIC, NOC e CIPE. Os padrões utilizados foram Constipação, Risco de Infecção, Déficit no autocuidado para banho e Hipotermia a partir destes elaborou-se os diagnósticos, intervenções e resultados para cada achado, como mostram os quadros 1 e 2 a seguir.

TAXONOMIAS UTILIZADAS: NANDA; NIC; NOC.				
PARÂMETRO	Constipação	Risco de infecção	Hipotermia	Déficit no autocuidado para banho
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Constipação relacionada à atividade física insuficiente, caracterizada pela incapacidade de eliminar fezes.	Risco de infecção relacionado a aumento da exposição ambiental a patológico.	Hipotermia relacionada na diminuição da taxa metabólica, caracterizada pela hipertensão.	Déficit no autocuidado para banho, relacionado a barreira ambientais, caracterizado pela incapacidade de acessar o banheiro.
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	Controle intestinal; Atividade: monitorar os movimentos intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor, conforme apropriado	Identificação de risco; Atividade: identificar os recursos disponíveis para auxiliar na diminuição dos fatores de risco	Regulação da temperatura; Atividade: monitorar a cor da pele e a temperatura.	Assistência no autocuidado; Atividade: banho e higiene, manter os rituais de higiene.

RESULTADO DE ENFERMAGEM	RMRD: Eliminação Intestinal. RAMCD: Nível de Desconforto. RAFRRRI: Hidratação.	RMRD: Gravidade da Infecção. RAFRRRI: Controle de Riscos.	RMRD: Termorregulação. RAMCD: Gravidade da Hipertensão. RAFRRRI: Controle de Riscos: Hipotermia.	RMRD: Autocuidado: banho RAMCD: Locomoção: Cadeira de rodas. RAFRRRI: Adaptação á deficiência física.
--------------------------------	--	--	--	---

Quadro 1. Diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com as taxonomias NANDA, NIC e NOC. Picos, PI, 2018.

Fonte: Próprios autores.

Legenda: Sigla RMRD: Resultados para Mensurar a Resolução do Diagnóstico;

Sigla RAMCD: Resultados Adicionais para Mensurar as Características Definidoras;

Sigla: RAFRRRI: Resultados Associados com Fatores Relacionados ou Resultados Intermediários.

TAXONOMIA UTILIZADA: CIPE				
PARÂMETRO	CONSTIPAÇÃO	RISCO DE INFECÇÃO	HIPOTERMIA	DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Padrão de eliminação intestinal comprometida na idosa.	Risco de infecção em idosa.	Hipotermia atual em idosa.	Padrão de higiene comprometido.
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	Administrar medicamento por via retal na idosa.	Limpar sempre por meio de técnica de assepsia o local da cirurgia na idosa.	Administrar medicação e promover um plano de cuidado para a idosa.	Higienizar a paciente.
RESULTADO DE ENFERMAGEM	Continência Intestinal normal.	Risco de infecção em nível diminuído.	Hipotermia em nível diminuído.	Déficit no autocuidado para banho melhorado.

Quadro 2. Diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com a taxonomia NANDA, CIPE. Picos, PI, 2018.

Fonte: Próprios autores.

4 | DISCUSSÃO

A resolução COFEN nº 358/2009 preconiza que o Processo de Enfermagem (PE) deve ser realizado de forma deliberada e sistemática, sendo dividido em cinco etapas que sequenciam de forma interligada. Sendo que quatro destas etapas são privativas do enfermeiro, exceto a implementação das ações e intervenções de enfermagem. Essas etapas sistematizam o cuidar da enfermagem assim como a utilização das Taxonomias NANDA II, NIC, NOC e CIPE que permitem ao enfermeiro conciliar os diagnósticos, intervenções e resultados no cuidar do paciente (BARROS; LOPES, 2010).

A Taxonomia Internacional de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA I) considera o diagnóstico de enfermagem como uma abordagem clínica sobre uma resposta humana. Essa resposta definirá uma ação a qual o enfermeiro executará como suporte no cuidar a fim de obter mudanças para os resultados que se almeja alcançar (MENDES; SILVA; FERREIRA, 2018).

Logo, a NANDA I organiza os diagnósticos em domínios e classes e utiliza uma estrutura contendo vários eixos para desenvolvimento dos focos dos conceitos diagnósticos. Dentro dos seus eixos, encontram-se definições de conceitos, fatores relacionados, fatores de risco e características definidoras (BARROS et al., 2018).

As Classificações das Intervenções de Enfermagem (NIC) traz uma linguagem uniformizada para cada diagnóstico NANDA, a qual descreve o tratamento a ser executado pelos enfermeiros. A NIC é compreendida de títulos, definições e atividades sugeridas para cada problema diagnosticado de uma população ou indivíduo específico. A utilização da NIC pode ser entendida como um meio de facilitar a escolha adequada de uma intervenção de enfermagem. Assim, o enfermeiro inclui as intervenções a serem realizadas, sendo estas de cuidado direto ou indireto com cliente ou família (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Ademais, os resultados de enfermagem são estabelecidos de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), os quais estão abordados de maneira responsiva às intervenções de enfermagem, organizando os estados do paciente em uma escala graduada e conceituada do mais negativo ao mais positivo, contribuindo assim, para uniformizar os saberes da profissão através dos registros de enfermagem (SOUZA; CARVALHO; PALDINO, 2012).

O uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) auxilia na identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados dos problemas de saúde do indivíduo (ANDRADE; GARCIA; CHIANCA, 2017). A CIPE dispõe de um modelo que contém sete eixos, que são: foco, que se refere à área de atenção da enfermagem; julgamento, que é a opinião relacionada ao foco; meios, que são métodos de realização da intervenção; ação, processo intencional realizado para o paciente; tempo, que se trata do período de uma ocorrência; localização, o espaço ou orientação anatômica de um diagnóstico ou

intervenção; cliente, sujeito a que se refere o diagnóstico e a intervenção propriamente dita (CIPE - versão-01, 2007).

Para a eficácia na aplicação dos eixos é importante mencionar que alguns possuem exceções que devem ser seguidas, como no caso do eixo ação para a montagem da intervenção, esse por sua vez, pode conter todos os outros eixos, menos o eixo julgamento (CIPE - versão-01, 2007).

4.1 Abordagem teórica

A teoria ambientalista de Florence Nightingale desenvolvida no século XIX abordava o ambiente como fator primordial à saúde, sendo que o ambiente passou a ser interpretado como todas as condições externas que afetam o indivíduo. Sua teoria enfatiza que um ambiente limpo, com luz natural, tranquilo, ventilação pura, dieta e calor são aspectos que estão interligados ao cuidado em enfermagem (SOUZA et al., 2017).

É nesse contexto que a enfermagem atua a fim de beneficiar o indivíduo procurando manter o ambiente nas melhores condições possíveis para a promoção da saúde. Embora seja difícil compactuar sua teoria a realidade presenciada no ambiente do caso apresentado, como o simples fato de reduzir o número de leitos por enfermagem, que diminuiria o risco de infecções, já preconizado por Florence, é necessário esclarecer que seus componentes essenciais abordados em sua teoria são tão relevantes atualmente como era há 150 anos, isto faz referência a simples higienização das mãos como redutor dos riscos de infecção (MARTINS; BENITO, 2016).

Logo, nota-se a dificuldade da enfermagem em manter um ambiente saudável, o quando pode ser observado a partir das condições vivenciadas pela paciente do estudo, tendo em vista que o hospital ao qual se encontrava apresentava-se com pouca iluminação natural, calor excessivo e ambiente fechado que impedia o seu processo de termorregulação.

A dificuldade do sono adequado que Florence já mencionava na sua teoria pode ser explicada pelo barulho e o desconforto físico dos pacientes, os quais relatam quadros de insônia na maioria dos casos. Além disso, Nightingale destacava a importância de uma dieta variada e pontual, como contribuinte para o cuidado do doente, é neste contexto que a enfermagem deve atuar no rodízio de horários da alimentação, e não só no fato das diferenças dos alimentos para a dieta do paciente. Uma abordagem que pode amenizar problemas como a constipação, ao qual o cliente não consegue evacuar, vivenciado pela paciente do estudo (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

Florence já responsabilizava o processo de doença do indivíduo as negligências das ações de enfermagem, isso pode enfatizar no quesito organização da enfermagem durante a orientação dos pacientes refletindo no autocuidado sobre os riscos que podem prejudicar sua integridade física, como no caso dos politraumas citados no

estudo de caso e as suas necessidades fisiológicas. Dessa forma a enfermagem deve ser capaz de manipular o ambiente, para que esse não atue no processo de produção de doença no indivíduo (LOPES; SANTOS, 2010).

5 | CONCLUSÃO

É de suma importância que haja a padronização na linguagem da enfermagem com o uso das taxonomias, com vistas a promover uma maior agilidade e segurança na tomada de decisões sobre condutas a serem adotadas em ambiente hospitalar.

Devemos salientar ainda que o estudo teve limitações, principalmente por conta do curto período de tempo para coletar e evoluir os casos, não podendo assegurar sobre o desfecho do caso estudado.

Assim, sugere-se a produção de mais estudos de característica semelhante a fim de expor sobre a utilização das classificações como contribuintes para melhoria das práticas de enfermagem.

Portanto, conclui-se que o estudo foi de extrema importância aos graduandos de enfermagem, pois possibilitou pôr em prática os aspectos abordados em sala de aula, promovendo maior segurança e conhecimento na utilização das taxonomias.

REFERÊNCIAS

AMORIM, T.V; SENA, C.A; ALVES, M.S; SALIMENA, A.M.O. Cuidado sistematizado em pré-operatório cardíaco: teoria do cuidado transpessoal na perspectiva de enfermeiros e usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora- MG, p. 570, 2014.

ANDRADE, L. T.; GRACIA. T. R.; CHIANCA, T. C. M. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para os componentes sentidos da terapia de Roy, aplicados a adultos em neuroreabilitação. **Enferm. Foco**, v. 8, n. 3, p. 45-50, 2017.

BARROS, A. et al. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA-I**. 11º ed. Porto Alegre: Artemed, 2018.

BARROS, A. L. B.L.; LOPES, L. J: *A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem*. **Enfermagem em foco**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 63-65, 2010.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CIPE, versão-01: **Classificação Internacional para Prática de Enfermagem**. Comitê Internacional de Enfermagem, 1ª ed. São Paulo: Editora Argol, p. 29-37, 2007.

JUNIOR, S.T.V et al. Epidemiologia das fraturas diafisárias de tíbia em um hospital municipal de referência em traumatologia. **Revista de Medicina da UFC**, v. 57, n. 3, p. 12-17, 2017.

LABRONICI, P.J. et al. Fraturas da diáfise da clavícula ainda são tratadas tradicionalmente, de forma não cirúrgica?. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 52, n. 4, p. 410-416, 2017.

LINS, T. H. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE®. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 34-43, 2013.

LOPES, L. M. M.; SANTOS, S. M. P. Florence Nightingale: apontamentos sobre a fundadora da enfermagem moderna. **Revista de enfermagem referência**, v. 3, n. 2, p. 181-189, 2010.

MARTINS, F. D.; BENITO, L. A. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 153-166, 2016.

MEDEIROS, A.A.; ENDERS, B.C.; LIRA, A.L.B. Teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 518-524, 2015.

MEDEIROS, W. M. et al. Perfil epidemiológico das vítimas de acidentes de trânsito atendidas num serviço público de emergência da região metropolitana de Natal/RN. **HOLOS**, v. 7, p. 213-224, 2017.

MELO, D. F. F.; SOUSA, T. A. N.; VIANA, M. R. P. Percepção do enfermeiro sobre a implantação da sistematização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 2, p. 36-44, 2014.

MENDES, F. A.; SILVA, M. P.; FERREIRA, C. R. S. Diagnósticos de enfermagem em portadores de hipertensão arterial na atenção primária. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 8, n. 1, p. 91-101, 2018.

SCHAURICH, D; CROSSETTI, M.G.O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 182-188, 2010.

SOUZA, A. et al. Poder vital e o legado de Florence Nightingale no processo saúde-doença: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 1, p. 297-301, 2017.

SOUZA, T. M.; CARVALHO, R.; PALDINO, Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. **Revista SOBECC**, v. 17, n. 4, p. 33-47, 2012.

TEORIA DO AUTOCUIDADO E O PROCESSO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM CELULITE INFECCIOSA E COMORBIDADES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Erielton Gomes da Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Laiara de Alencar Oliveira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Maysa Victória Lacerda Cirilo

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Priscilla Castro Martins

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Sara Joana Serra Ribeiro

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

RESUMO: Objetiva-se relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem com o Processo de Enfermagem e o referencial Teórico do Autocuidado, empregando as classificações taxonômicas NANDA, NIC, NOC e CIPE. O presente trabalho trata-se de um relato de experiência realizado por graduandos de enfermagem de uma instituição pública de ensino superior do Piauí, em um hospital de

referência do interior do estado, em novembro de 2018, durante as aulas práticas da disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem. Foi abordado um caso de celulite infecciosa, onde a paciente também apresentava obesidade. A fim de elaborar os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, analisou-se o histórico clínico e empregou-se as taxonomias NANDA – I, NIC, NOC e CIPE. Como referencial teórico aplicou-se a Teoria do Autocuidado concebida por Dorothea Elizabeth Orem, associando o estudo com as ideias da autora. Os resultados foram apresentados conforme processo de enfermagem baseadas na Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), e após análise foram determinados 10 diagnósticos, intervenções e resultados baseados nas taxonomias. A utilização das taxonomias sistematiza a assistência, tornando-as imprescindíveis para uniformização da linguagem científica utilizada pela enfermagem, o que contribui para amplificar a qualidade do atendimento prestado nos serviços de saúde. Quando aliadas às teorias de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem torna-se possível despertar um pensamento crítico, repensando-o acerca da importância da assistência de enfermagem ao desenvolver uma auto capacidade de cuidado, levando em conta a individualidade de cada pessoa para que surja nestes, novamente, o sentimento de

dignidade humana.

PALAVRAS-CHAVE: Autocuidado. Teoria de Enfermagem. Doença Crônica. Terminologia Padronizada em Enfermagem.

ABSTRACT: The objective is to report the nursing students' experience with the Nursing Process and the Self-Care Theoretical Framework, using the following taxonomic classifications NANDA, NIC, NOC and CIPE. The present study is an experience report by nursing undergraduates from a public institution of higher education in Piauí, at reference hospital in the interior of the state, in November 2018, during the practical classes of the subject Methodology of Nursing Assistance. A case of infectious cellulitis was addressed, where the patient also presented obesity. In order to elaborate the nursing diagnoses, interventions and results, the clinical history was analyzed and the taxonomies NANDA-I, NIC, NOC and CIPE were used. As theoretical reference was applied the Self-Care Theory conceived by Dorothea Elizabeth Orem, associating the study with the author's ideas. The results were presented according to the nursing process based on Resolution 358/2009 of the Federal Nursing Council (COFEN), and after analysis were determined 10 diagnoses, interventions and results based on taxonomies. The use of taxonomies systematizes care, making them essential for the uniformity of the scientific language used by nursing, which contributes to improve the quality of care provided in health services. When coupled with Dorothea Elizabeth Orem's self-care theories it becomes possible to awaken critical thinking by rethinking the importance of nursing care by developing a self-care capacity, taking into account the individuality of each person to arise in them, the sense of human dignity.

KEYWORDS: Self-care. Nursing Theory. Chronic disease. Standardized Terminology in Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A Portaria N° 424/2013 do Ministério da Saúde sistematiza que a obesidade se trata de condição crônica, junto a isso se torna fator de risco para outras patologias e uma manifestação de insegurança alimentar e nutricional que compromete atualmente de forma crescente a saúde da população brasileira durante todo percurso vital (BRASIL, 2013).

O aumento da prevalência de obesidade nos últimos 30 anos, levou a um aumento considerável das doenças de pele, em decorrência dos efeitos fisiológicos, que esta comorbidade provoca, seja nas vias físicas ou hormonais. Dentre as doenças de pele relacionadas a transtornos mecânicos associados à obesidade, pode-se citar: adipose dolorosa, linfedema e dermatite de estase, celulite (UZUNCAKMAK; AKDENIZ; KARADAG, 2018). A celulite é um tipo de infecção bacteriana da derme e tecidos moles e que tem como principais características clínicas: eritema mal definido com dor e edema, podendo ocorrer a formação de bolhas e exsudato. Além disso podem ocorrer manifestações sistêmicas associadas, tais quais: febre, mal-estar e confusão

mental (CASTRO; SILVA, 2018).

De acordo com os estudos de Iser *et al.* (2015), o número de casos de diagnósticos de diabetes para a população brasileira de 18 anos ou mais de idade é de 9.121.631 adultos que referiram ter diagnóstico prévio de diabetes sendo que destes 5.433.262 são mulheres e 3.688.369 homens. A prevalência da doença reportada foi de 6,2%, sendo maior nas mulheres comparativamente aos homens (5,4%). Em pacientes com sobrepeso e obesos, a perda de peso de 5-10% pode reduzir significativamente o risco de diabetes. Atividade física de intensidade moderada, também desempenha um papel importante na redução do risco de diabetes, mesmo na ausência de perda de peso (SERVÁN, 2013).

Em seus estudos relacionados a hipertensão arterial em um município do Nordeste brasileiro Damas, Nascimento, Sobrinho (2016) chegaram à conclusão de que, no que se refere à hipertensão arterial, hábitos de vida inadequados associados aos aspectos fisiológicos podem elevar a pressão arterial e, conseqüentemente, levar ao aumento da morbimortalidade. Cabendo medidas de prevenção e controle para diminuição desse agravo como: estimulação à prática de exercícios e maior disseminação de informações sobre fatores de risco e seus impactos sobre a saúde.

Consoante a resolução COFEN- 358/2009, que trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAS) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE), dispõe que o último, deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado do profissional de Enfermagem, sendo este dado em cinco etapas interdependentes e inter-relacionadas. São: Coleta de dados de Enfermagem (Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem.

Havendo a necessidade de uma unificação entre a linguagem de enfermagem, especificar as medidas interventivas, assim como verificar os resultados que se espera, os enfermeiros têm a necessidade de utilizar taxonomias que auxiliem durante as etapas do PE. Conforme o contexto, enumera-se: North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), Nursing Intervention Classification (NIC), Nursing Outcomes Classifications (NOC) e CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (ROCHA *et al.*, 2017).

A fundamentação em teorias de enfermagem é outro fator essencial para compreensão das individualidades inerentes aos pacientes e se tornam ainda mais eficazes quando aliadas as etapas do processo de enfermagem. A teoria de Dorothea Orem é o princípio que dá aos profissionais de enfermagem meios para os quais estes possam melhorar a qualidade do atendimento, em qualquer aspecto relacionado à saúde-doença tanto por pessoas doentes, quanto por pessoas que tomam decisões sobre sua saúde, e por aqueles que estão com saúde e que desejam manter ou mudar hábitos de risco (SOLAR *et. al*, 2014). Como corrobora Hernández, Pacheco, Larreynaga (2017), na qual explana que as teorias de enfermagem, incluindo-se do

autocuidado, inseridas nos programas de estudo de enfermagem possibilita entender a necessidade da efetivação destas para se obter melhores níveis de satisfação nesta área.

A justificativa deste estudo se dá pela razão de que o contexto abordado contribui para comunidade científica agregando conhecimentos inerentes aos cuidados de enfermagem seguindo as etapas do processo de enfermagem. Não menos importante, também se dá pela relevância da utilização das taxonomias e aplicabilidade da teoria de autocuidado no meio hospitalar, demonstrando suas pertinências e, com isso, contribuindo para o aumento da destreza na assistência de enfermagem. Designou-se como questão norteadora: “Qual experiência dos acadêmicos de enfermagem com o processo de enfermagem e o referencial Teórico do Autocuidado e distintas taxonomias na análise de celulite infecciosa e comorbidades?”

O objetivo deste é para relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem com o Processo de Enfermagem e o referencial Teórico do Autocuidado, empregando as seguintes classificações taxonômicas NANDA, NIC, NOC e CIPE.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa, realizado por graduandos de enfermagem de uma instituição pública de ensino superior do Piauí, em um hospital de referência do interior do estado, o qual recebe pacientes oriundos de outros municípios da macrorregião. O estudo aconteceu em novembro de 2018, durante as aulas práticas da disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem.

O relato de experiência trata-se de uma ferramenta de pesquisa que permite a captação de uma ação ou conjunto de ações que envolvem uma situação vivenciada, sendo esta de interesse para a comunidade científica (PINHEIRO; NEVES; ARAÚJO, 2015). A captação da realidade possibilitada pelas experiências vivenciadas pelos estudantes de graduação permite a aproximação o ensino de graduação com os serviços de saúde, estreitando o viés prática – teoria – prática. (AZEVEDO et. al, 2014)

Foi abordado um caso de celulite infecciosa, onde a paciente também apresentava obesidade. Para coleta dos dados utilizou-se como instrumento Anexo A presente no livro Anamnese e Exame Físico da autora Alba Lúcia Bottura Leite.

A fim de elaborar os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, analisou-se o histórico clínico e empregou-se as taxonomias NANDA – I, NIC, NOC e CIPE. Como referencial teórico aplicou-se a Teoria do Autocuidado concebida por Dorothea Elizabeth Orem, com intuito de associar o estudo com as ideias da autora.

3 | RESULTADOS

Os resultados serão apresentados conforme as fases do processo de enfermagem, sistematizados pela resolução 358/2009:

3.1 Histórico de Enfermagem

M. A, S., 29 anos, sexo feminino, solteira, pensionista, 2º Dia de Internação Hospitalar, internada com celulite nos membros inferiores, acompanhantes não sabem informar ao certo o diagnóstico da paciente. Possui doenças crônicas: diabetes e hipertensão. Quanto aos antecedentes familiares, possui duas irmãs que foram a óbito pelo mesmo motivo. Reside em área rural onde não possui saneamento básico. Encontrava-se aseado, costuma tomar banho uma vez por dia e é totalmente dependente para sua higiene pessoal. Não pratica atividade física.

Quanto aos hábitos alimentares, nos últimos meses houve perda de apetite, com perda ponderal. Apresenta eliminações vesicais normais e evacuações com frequência de duas vezes ao dia. No que se refere ao estado emocional, apresenta-se depressiva e incomodada com o ambiente hospitalar.

3.2 Evolução de Enfermagem

01/11/2018 – 10:30: Paciente consciente, afásico, respirando ar ambiente, apresenta pele e mucosas normocoradas. Restrita ao leito, aceita parcialmente a dieta oferecida, estado nutricional inadequado, sono e repouso satisfatórios. Eliminações vesicais espontâneas, evacuações presentes, realizadas no próprio leito com auxílio da comadre. Abdômen globoso, indolor, com presença de ruídos hidroaéreos e resistente a palpação. Apresenta eritema, edema e algia nos membros inferiores. Sinais vitais: Pressão arterial: 90X60 mmHg; Pulso: 28 bpm; Temperatura: 36,8 °C; Frequência Respiratória: 28 rpm.

3.3 Diagnósticos, Intervenções e Resultados

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – NANDA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – NIC	RESULTADO DE ENFERMAGEM - NOC
Mobilidade física prejudicada relacionada a descondicionamento evidenciada por amplitude limitada de movimentos	Assistência no Autocuidado: Atividades Essenciais da Vida Diária*; Posicionamento*; Dar assistência até que o paciente esteja completamente capacitado a assumir o autocuidado**; Encorajar a paciente a realizar as atividades normais da vida diária conforme seu nível de capacidade	RMRD: Mobilidade RAMCD: Autocuidado: Atividades da Vida Diária (AVD)

Déficit no autocuidado para banho relacionado a prejuízo cognitivo caracterizado por incapacidade de lavar o corpo.	Assistência no autocuidado: banho*; Cuidados com as unhas e cabelos*; Manter rituais de higiene**; Facilitar ao paciente a escovação dos dentes, conforme apropriado	RMRD: Autocuidado: banho RAMCD: Mobilidade; Cognição
Medo relacionado a separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante evidenciado por estado de alerta aumentado.	Aconselhamento*; Apoio Emocional*; Oferecer privacidade e garantir sigilo**; Estimular expressão de sentimentos**	RMRD: Autocontrole do medo RAMCD: Apoio social; Enfrentamento
Integridade da pele prejudicada relacionada estado metabólico prejudicado caracterizado por destruição da camada da pele.	Cuidados da Pele: Tratamentos Tópicos*; Controle de Infecção*; Usar luvas conforme exigência dos protocolos de precauções universais**; Promover ingestão Nutricional adequada**	RMRD: Integridade tissular: Pele e mucosas RAMCD: Comportamento de tratamento: Doença ou Lesão.
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada a capacidade prejudicada de ingerir os alimentos caracterizada por relato de ingestão inadequada de alimentos.	Aconselhamento nutricional*; Assistência no autocuidado: alimentação*; Determinar a ingestão alimentar e os hábitos alimentares do paciente**; Discutir sobre a preferência e os alimentos que o paciente não gosta.	RMRD: Apetite RAMCD: Comportamento de aceitação; Comportamento de adesão: dieta saudável.

Quadro 1. Diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com as taxonomias NANDA, NIC e NOC. Picos, PI, 2018.

Fonte: Próprios autores.

Legenda: *: Intervenções; **: Atividades; Sigla RMRD: Resultados para Mensurar a Resolução do Diagnóstico; Sigla RAMCD: Resultados Adicionais para Mensurar as Características Definidoras;

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS DE ENFERMAGEM
Movimento corporal ausente no adulto	Implementação de fisioterapia contínua no adulto	Movimento corporal melhorado no adulto
Autocuidado comprometido cliente	Estimular autocuidado através da assistência do Enfermeiro contínua no cliente	Autocuidado iniciado no cliente
Medo atual no cliente	Aplicar ludoterapia e musicoterapia com frequência no cliente	Medo ausente no cliente
Integridade da pele comprometida no adulto	Implementação de instrumento de avaliação da integridade da pele no hospital de forma contínua no adulto	Integridade da pele melhorada.
Necessidade dietética grave no adulto	Adequar necessidade dietética através da escolha dos alimentos ricos em nutrientes no adulto.	Necessidade dietética melhorada no adulto

Quadro 2. Diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com a taxonomia CIPE

4 | DISCUSSÃO

A organização hospitalar, a incorporação de novas tecnologias exige das instituições de saúde, trabalho em equipe, assim como habilidades de cuidado e gerenciamento por parte do profissional de enfermagem. A liderança do enfermeiro frente a sua equipe é tida como de fundamental importância para o alcance dos objetivos almejados (SILVA et. al., 2017). Depreende – se que é necessário um sistema para organização do serviço, logo, a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) garante identidade profissional, autonomia, autoridade e responsabilidade, de modo a corroborar com o status de disciplina científica (GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017).

Esse processo sistematizado da assistência de enfermagem no Brasil teve origem nas teorias de Wanda Horta, e é por meio do Processo de Enfermagem que o enfermeiro identifica as necessidades de cuidado do paciente, estabelecendo um fluxo de comunicação entre enfermeiro e paciente e deste com os demais profissionais da equipe, promovendo a qualidade do cuidado e desenvolvimento científico da enfermagem. Para tal, este enquanto agente responsável pela implementação da SAE e de seus recursos necessita superar limitações, possuir disposição além obviamente, conhecimento científico (MOSER; et.al, 2018).

Na década de 1970, enfermeiros e educadores descobriram que os enfermeiros de modo independente conseguiam diagnosticar os pacientes de modo diferente dos médicos, o que abriu portas para diagnósticos de enfermagem e para que houvesse organização profissional, hoje conhecida como NANDA Internacional (NANDA – I). Para aprimoramento dos diagnósticos, estes passam por atualizações que para tal são submetidas a uma análise sistemática e criteriosa (NANDA INTERNACIONAL, 2018).

As intervenções de enfermagem baseiam-se em qualquer tratamento que visem aumentar os resultados de um paciente/cliente, através de um julgamento e conhecimento clínico. Esse conhecimento é organizado em linguagens padronizadas ou classificações que viabilizem sua documentação, comparação e avaliação da eficácia. Como instrumentos para essas atividades utiliza-se a Nursing Interventions Classification (NIC) (OLIVEIRA; CARVALHO; ROSSI, 2015). Medidas e definições padronizadas para a avaliação do cuidado de enfermagem e visualização do impacto de suas ações, a citar o conhecimento sobre a prevenção de quedas. São estas medidas que irão definir se o paciente está respondendo adequadamente ao tratamento estabelecido (LUZIA; et al., 2018).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) apresenta-se como taxonomia unificadora dos diferentes tipos de classificação, considerando que esta abrange os diferentes elementos da prática profissional, sendo estes: diagnóstico,

intervenções e resultados. Não obstante, a CIPE é capaz de complementar e otimizar qualquer atividade sistemática que venha a ser desempenhada pelo profissional de enfermagem. Quando associada a um referencial teórico é capaz de proporcionar ou auxiliar a execução do cuidado (NETO; et al., 2017).

4.1 Abordagem Teórica

A teoria do autocuidado é como um comportamento aprendido, e às práticas surgem segundo crenças que caracterizam as formas de vida do grupo ao qual o indivíduo pertence. Orem identifica como condicionante para saúde o contexto sociocultural, que fornece requisitos universais que contribuem para o autocuidado: a conservação do ar, água, comida suficiente, eliminação satisfatória, equilíbrio entre atividade e relaxamento, equilíbrio entre solidão e interação social, prevenção de riscos para a vida, funcionamento e bem-estar humano e promoção do desenvolvimento humano na atividade humana. Sendo este quem investiga, percebe e identifica os requisitos observados anteriormente e julga ser capaz de realizá-los ou não (ÁLVAREZ, 2006).

Conforme Araújo, Silva, Ramos (2016), apesar dos indivíduos de seus estudos viverem com condições que pode reduzir qualidade de vida, os mesmos demonstraram buscar as melhores formas de cuidar de si mesmos. Definiu, portanto, que mais pesquisas abordando estes conceitos são necessárias, contribuiu também, acerca da importância de que futuros estudos levem em conta o envelhecimento populacional e o convívio com doenças crônico-degenerativas que exigem manutenção e desenvolvimento de práticas de autocuidado por meio da educação em saúde, objetivando considerar a complexidade dos seres humanos, deixando de lado a percepção de que os mesmos são meros receptores de informações e capacitando-os para o seu autocuidado, promovendo assim melhora na qualidade de vida destes.

Paralelo a isso Teston, Sales, Marcon (2017), corroboraram ao dizer que o planejamento da assistência ao indivíduo com diabetes, ou qualquer outra condição crônica, constitui-se como um desafio principalmente para a enfermagem, pois carece dos princípios inerentes as perspectivas do indivíduo. Dispõe ainda que o uso das propostas de autocuidado pode influir em uma estratégia eficaz na identificação das principais dificuldades para o controle do diabetes, pois, além de respeitar a individualidade das pessoas na implementação das modificações de hábitos, também ajuda a desenvolver o autocuidado de forma apropriada as condições de saúde do paciente, contribuindo na melhora da qualidade de vida do mesmo. Para tanto, o enfermeiro precisa reconhecer, por meio do diálogo, as ações que o indivíduo já realiza, valorizar as pequenas mudanças e permitir que o próprio indivíduo identifique a necessidade de torná-las mais efetivas.

Já Garcia *et. al* (2017), evidencia que ainda existe a necessidade de busca por intervenções educativas mais efetivas no que tange ao autocuidado colaborando para a autonomia do usuário, com implantação de práticas que valorizem o ato de cuidar

mediante contribuições da enfermagem a fim de alcançar uma atenção em saúde compatível às necessidades dos clientes.

O enfermeiro está sempre mais próximo do paciente, e na sua prática como cuidador/educador se compromete em dar as informações que levam os clientes a refletir, tomar consciência e a interferência sobre o estilo de vida bem como sua autonomia para autocuidado. Fazendo-se necessário o incentivo a consulta de enfermagem sistematizada incluindo avaliação dos resultados obtidos com as intervenções de enfermagem. Almeja-se com isso a redução dos índices de obesidade através da orientação para o autocuidado, no campo da pesquisa, lembrando que o desenvolvimento da consulta de enfermagem requer a qualificação profissional, no que se refere a competência, habilidade e interação com o cliente, além de decisão institucional para ser realizada em sua amplitude (SANTOS, SOARES, BERARDINELLI, 2010).

5 | CONCLUSÃO

A utilização das taxonomias sistematiza a assistência, tornando-as imprescindíveis para uniformização da linguagem científica utilizada pela enfermagem, o que contribui para amplificar a qualidade do atendimento prestado nos serviços de saúde.

Quando aliadas às teorias de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem torna-se possível compreender a formação do despertar de um pensamento crítico para com os acadêmicos, no qual, os leva a repensar acerca da importância da assistência de enfermagem nesse contexto, que é justamente de desenvolver uma auto capacidade de cuidado, levando em conta a individualidade de cada pessoa para que surja nestes, novamente, o sentimento de dignidade humana. Contribuindo também para formação de profissionais mais capacitados a lidar com as diversidades do campo de trabalho da melhor forma possível.

É cabível considerar que as limitações acerca do estudo podem não assegurar a estabilidade dos dados ou levar em consideração divergências comportamentais acerca do caso.

Além do que, a brevidade do instrumento de coleta de dados pode indicar uma aproximação inacabada. Outro ponto a ser mencionado foi a pouca quantidade de artigos atuais que contemplassem de maneira satisfatória a temática escolhida, dificultando, assim, a construção do referencial teórico deste estudo acerca da teoria de Autocuidado de Orem aplicada ao caso em questão. Com isso, é interessante sugerir que haja expansão de estudos que contemplem a mesma natureza deste, podendo, com isso, contribuir para melhor qualificação das pesquisas e práticas relacionadas ao assunto.

REFERÊNCIAS

- ÁLVAREZ, L.N.R.; **Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado.** Avances en enfermería, v. 24 n.2, p. 91-98, 2006.
- ARAÚJO, R.A., SILVA T.M., RAMOS, V.P.; **Self-care agency and quality of life in the preoperative period of coronary artery bypass graft surgery.** Rev Esc Enferm USP v.50, n.2, p. 230-236, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200008>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.** Brasília, 2013.
- CARVALHO, DC; PAREJA, DCT; Maia LFS 6 **A importância das intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio.** São Paulo: Revista Recien. 2013; 3(8):5-10.
- COELHO, M.M.F. *et al.* **Aplicabilidade da CIPE fundamentada na teoria da modelagem e modelagem de papel.** Revista Brasileira Enfermagem, Fortaleza, v.3, n.63, p.438-42, 2014.
- DAMAS, L.V.O.; NASCIMENTO, M.A.; SOBRINHO, C.L.N. **Prevalência de hipertensão e fatores associados em usuários do Programa Saúde da Família de um município do Nordeste brasileiro.** Revista Brasileira de Hipertensão, v. 23 n. 2, p. 39-46, 2016.
- FIGUEIRA, M.C.S. *et al.* **Reflexões sobre a utilização da CIPE na prática profissional: Revisão Integrativa.** Revista Enfermagem Atenção Saúde, v.2, n.7, p.127-146, 2018.
- GUTIÉRREZ, M. G. R.; MORAIS, S.C.R.V. **Sistematização da Assistência de Enfermagem e Formação Profissional.** Rev. Bras. Enferm, v. 70, n. 2, p. 436 – 441, 2017.
- GARCIA, A.B.; MÜLLER, P.V.; PAZ P.O.; DUARTE, E.R.M.; KAISER DE. Percepção do usuário no autocuidado de úlcera em membros inferiores. Rev Gaúcha Enferm. v.39, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0095>.
- HERNÁNDEZ, Y.N., PACHECO, J.A.C., LARREYNAGA, M. R., **La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem.** Gaceta Médica Espirituana. V.19 n.3, 2017.
- ISER, B.P.M *et al.* **Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.24 n.2: p.305-314, 2015.
- LUZIA, M. F. **Definições conceituais de indicadores para resultado de enfermagem “Knowledge: Fall Prevention.** Rev. Bras. Enferm, v. 71, n. 2, p. 431 – 439, 2018.
- MOSER, D. C. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros.** J. Res.: Fundam.Care, v. 10, n.4, p. 998-1007, 2018.
- NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda –I: Definições e classificação 2018-2020.** Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- NETO, V. L. S. *et al.* **Propostas de plano de cuidados de enfermagem em pessoas hospitalizadas com AIDS.** Rev. Esc. Enferm, v. 51, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100406#B3.
- OLIVEIRA, A. R. S.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. **Dos princípios da prática à classificação dos resultados de enfermagem: olhar sobre estratégias da assistência.** Cienc Cuid Saude, v. 14, n. 1, p. 986 – 992, 2015.

ROCHA GA *et al.* **Teoria ambientalista e o processo de enfermagem no trauma agudo do abdome: relato de experiência.** ReonFacema. v.3 n.4 p780-78, out./dez., 2017

SANTOS, I.; SOARES, C.S.; BERARDINELLI, L.M.M. **Promovendo Autocuidado Em Clientes Com Coronariopatia: Aplicação Do Diagrama De Nola Pender.** R. pesq.: cuid. fundam. Online, v.2, p.266-270, 2010.

SERVÁN, P.R. **Obesity and Diabetes.** Nutrición Hospitalaria, v. 28, p. 138-143, 2013.

SILVA, V. L. S. et al, **Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: um self de gestores enfermeiros.** Rev. Esc. Doente USP, v. 51, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100407>.

SOLAR, L.A.P.; REGUERA, M.G.; GÓMEZ, N.P.; BORGES, K.R. **La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención.** Rev. Med. Electron. v.36, n.6, p.835-845, 2014.

TESTON, E.F.; SALES, C.A.; MARCON, S.S.; **Perspectivas de indivíduos com diabetes Sobre autocuidado: contribuições para assistência.** Esc Anna Nery. v.21 n.2, 2017.

UZUNCAKMAK, T. K.; AKDENIZ, N.; KARADAG, A. S. **Cutaneous manifestations of obesity and the metabolic syndrome.** Clinics in Dermatology, v. 36, p. 81-88, 2018.

OBSTÁCULOS NA IMPLANTAÇÃO DE CUIDADOS TRANSCULTURAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PARTE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda Oliveira Lima

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Ceres Alice Gomes de Barros Sátiro

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Gabrieli Batista de Oliveira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Maria Helena Carvalho Batista

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Ruan Ferreira de Souza

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

**Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira
Bastos**

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Picos – Piauí. Realizado com uma reflexão teórica sobre a Teoria de Martha Leininger. Utilizando como ferramenta o Processo de Enfermagem (PE) e o uso das Taxonomias North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), Nursing Intervention Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classifications (NOC) e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Apresentou se o caso em estudo, desde seu histórico as intervenções realizadas com o uso das taxonomias, e resultados obtidos e esperados. Evidenciou a importância do estudo e implantação da Teoria Transcultural durante a assistência de enfermagem, garantindo a qualidade, imparcialidade e eficácia dos cuidados em sua totalidade. Verificou-se também a ausência e problemas ao inserir a teoria na prática de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Pneumonia, taxonomias, teoria de enfermagem.

RESUMO: Permitir ao enfermeiro realizar métodos inteligentes e maleáveis na elaboração de um plano de cuidados oferecendo um plano terapêutico mais eficaz, considerando as culturas e crenças diferentes de cada cliente. Garantindo assim a prestação da assistência eficiente e qualificada. Trata se de um Relato de experiência com dados coletados no período de outubro de 2018 em um Hospital público de

ABSTRACT: To allow the nurse to perform intelligent and malleable methods in the elaboration of a plan of care offering a more effective therapeutic plan, considering the different cultures and beliefs of each client. This guarantees the provision of efficient and qualified assistance. This is an experience report with data collected in the period of October 2018 at the public Hospital of Picos -

Piauí. Held with a theoretical reflection on the Theory of Martha Leininger. Using as a tool the Nursing Process (PE) and the use of the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), Nursing Intervention Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classifications (NOC) and International Classification for Nursing Practice (CIPE). It presented the case under study, from its history the interventions made with the use of taxonomies and obtained and expected results. It evidenced the importance of the study and implantation of the Transcultural Theory during the nursing care, guaranteeing the quality, impartiality and effectiveness of the care in its totality. It was also verified the absence and problems of inserting theory in nursing practice.

KEYWORDS: Pneumonia, taxonomies, nursing theory.

1 | INTRODUÇÃO

A pneumonia é uma doença que acomete os pulmões, especificamente nos espaços alveolares, causada por agentes irritantes como bactérias, fungos, vírus, ou por reações alérgicas. Um dos principais causadores é o fumo ou resfriados mal curados, algumas alterações clínicas advindas da pneumonia podem ser uma complicação dos rins e pressão arterial, e a dificuldade respirar por conta do comprometimento dos pulmões. De acordo com MACHADO, et al (2010), a pneumonia é uma infecção do trato respiratório inferior, que compromete as vias aéreas e o parênquima, com ou sem consolidação dos espaços alveolares. A pneumonia em sua fase aguda, assim como outras doenças tem seus efeitos no organismo podendo levar até a morte.

A pneumonia é uma infecção considerada a principal causa morte em pacientes de países em desenvolvimento, são responsáveis pela elevação das taxas de morbimortalidade, além de ampliar o tempo de internação hospitalar, e conseqüentemente, oneram os custos para os serviços de saúde (GONÇALVES, 2018). De acordo com MARTINS, TREVISOL (2013), os sinais e sintomas clínicos comuns da pneumonia são febres, taquipneia e saturação de oxigênio reduzida, essa doença pode ser definida como um infiltrado pulmonar, com sintomas de infecção respiratória aguda.

De acordo com o artigo 1º da resolução do Conselho Federal de Enfermagem 358/2009, o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Esse processo é amparado por essa resolução e dispõe de uma metodologia que deve ser efetuada universalmente pelos profissionais de enfermagem (RESOLUÇÃO COFEN 358/2009).

O Processo de Enfermagem (PE) é parte integrante da SAE e pode ser definido como aplicação prática de um instrumento metodológico para organizar a assistência aos pacientes. É utilizado para favorecer o cuidado em relação à organização das condições necessárias para que o cuidado aconteça (RIEGEL; JÚNIOR, 2017). O processo de enfermagem teve implementação no Brasil baseado em Wanda Aguiar

Horta, baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, e atualmente, esse processo de enfermagem assegura todas as instituições de saúde a seguirem e aplicarem as suas etapas buscando sempre medidas alternativas para promover uma maior segurança para o paciente e para o profissional, de forma que induza uma sistematização norteadora dos cuidados de enfermagem.

Teorias compreendem um conjunto de conceitos e pressupostos, relacionados entre si, abarcando o campo da prática, do ensino e da pesquisa. Essas teorias vão servir de fundamentação científica para uma prática de enfermagem mais qualificada e eficaz. O conhecimento mais aprofundado acerca das teorias e de sua importância como aliada na sistematização da assistência propiciaria redução no nível de expectativa, contribuindo para a qualidade da assistência (MELO; et al, 2009). Assim sendo, o foco principal das teorias tem sido a definição da essência da enfermagem e de suas principais características (GUALDA e HOLGA, 1992).

Para cuidarmos da saúde do ser humano, não devemos somente nos restringir aos conceitos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (MOURA; et al 2005). A enfermagem vai além que do tratamento da doença, ela exige um olhar holístico sobre o cliente, nesse contexto é inserido a teoria Transcultural de Madeleine Leininger.

Madeleine Leininger apresentou a teoria no Brasil no 1º Seminário Internacional de Teorias de Enfermagem, no ano de 1985. O cuidado de enfermagem visa a compreender o ser humano de maneira abrangente, além de enfatizar a integralidade dos mesmos em um entendimento profundo acerca das diversidades dos contextos socioculturais. Quando alicerçado na teoria, o cuidado busca planejar as ações de modo que o indivíduo tenha participação nas escolhas (BETIOLLI, S. E. et al 2013).

Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e interrelacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem) (GARCIA E NÓBREGA, 2004). São utilizadas taxonomias que padronizam a linguagem durante a aplicação do PE, na qual cita-se NANDA-I, NIC, NOC e CIPE, que possibilitam ao enfermeiro classificar e definir diagnósticos, intervenções e resultados (GARCIA, 2016).

As ligações NNN fornecem associação entre as três taxonomias padrão. O primeiro passo é determinar o diagnóstico da NANDA-I, após, devem ser considerados os resultados NOC mais apropriados para a situação do paciente, e, então, escolher as intervenções NIC que sejam mais prováveis para o alcance dos resultados desejados (JOHNSON et al., 2009).

O estudo científico realizado teve como referencial a Teoria Transcultural elaborada por Madeleine Leininger. A questão norteadora desse estudo foi “ Como está sendo a aplicabilidade e principais empecilhos encontrados na implantação dos cuidados transculturais por parte dos profissionais de enfermagem nos estabelecimentos de saúde”. Justifica-se a realização desse estudo devido a necessidade de maior uso da

Teoria transcultural nos cuidados ao paciente, e carência de pesquisas atuais sobre a teoria. Objetiva-se permitir ao enfermeiro realizar métodos inteligentes e maleáveis na elaboração de um plano de cuidados oferecendo um plano terapêutico mais eficaz, considerando as culturas e crenças diferentes de cada cliente.

2 | METODOLOGIA

O estudo trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa. O local de estudo foi em um hospital público que se localiza no município de Picos (PI), no período de outubro de 2018.

A relevância de um relato de experiência está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à práxis metodológica da área à qual pertence (GOMÀ-RODRÍGUEZ, 2018).

A enfermagem transcultural, para LEININGER (1978), tem como foco o estudo da análise comparativa de diferentes culturas ou subculturas, no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado em geral, ao cuidado de enfermagem, assim como aos valores, crenças e padrões de comportamento relacionados à saúde e doença. Afirma que sua teoria está embasada na crença de que as práticas do cuidado transcultural da enfermagem devem ser derivadas de estudo criterioso de crenças, valores e comportamentos de cuidado de diversos grupos culturais (GUALDA e HOLGA, 1992).

Seguindo no processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) sobre a lei 358\2009 do processo de enfermagem. A elaboração dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem se deu analisando o histórico clínico e usando as taxonomias NANDA-I, NIC, NOC, e posteriormente, CIPE.

3 | RESULTADOS

3.1 Histórico de Enfermagem

M.A.C., 32º dia de internação hospitalar em Clínica Médica- Ala B, com diagnóstico de pneumonia e derrame pleural. Paciente do sexo feminino, parda, aposentada, viúva, católica, natural de Valença-PI. Quanto aos antecedentes familiares, possui diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão. Quanto as condições de moradia, reside em área urbana, com saneamento básico. Encontrava-se asseada, costuma tomar banho 2 vezes ao dia e pratica exercícios diariamente com fisioterapeuta. Quanto aos hábitos alimentares possui uma dieta restrita. Relatou uso anterior de medicamentos para hipertensão e diabetes. Possui ferida operatória de inserção de dreno torácico e lesão por pressão estágio 1 na região sacral. Na avaliação do seu estado emocional relatou estar ansiosa para ter alta.

3.2 Evolução de enfermagem

30/10/2018 às 09:20 – Paciente DIH Clínica Médica - Ala B, diagnóstico de pneumonia e derrame pleural. Ao realizar anamnese: paciente do sexo feminino, parda, aposentada, viúva, católica, natural de Valença-PI, residente na área urbana, em bairro com saneamento básico, mora em casa própria. Diabética e hipertensa. Ao exame físico: consciente, orientada, dinâmica, comunicativa, com estado de cognição preservada, crânio em tamanho normal, cabelos bem distribuídos com coloração castanho claro, apresentando bom estado de higiene; face simétrica, sensibilidade preservada, nervo trigêmeo sem alterações; pupilas com diâmetro normal, isocóricas, fotoreagentes, conjuntiva ocular normocorada, olhos lubrificados, reflexo córneo palpebral presente, nervos oculomotor, troclear e abducente sem alterações; cavidade bucal com coloração normal, língua com tamanho normal; pescoço simétrico e sem alterações; gânglios linfáticos sem alterações; avaliação motora realizada sem comprometimento dos movimentos dos MMSS e MMII; pele íntegra e normocorada, sem presença de lesões, com elasticidade, umidade e turgor normais. Deambula com auxílio, aceita parcialmente a dieta oferecida; eliminações fisiológicas normais. Sinais vitais: Pressão arterial 120x100 mmHg; Pulso: 83 bpm; Temperatura: 35,8°C; FR: 21 rpm.

3.3 Diagnósticos, intervenções e resultados

De acordo com os dados obtidos no histórico e evolução de enfermagem da paciente, foram estabelecidos parâmetros para nortear o uso das taxonomias NANDA, NIC, NOC E CIPE. Os padrões utilizados foram Lesão por pressão, Ferida operatória e pneumonia, a partir destes foi possível elaborar os diagnósticos, intervenções e resultados para cada achado, como mostram os quadros 1 e 2.

TAXONOMIAS UTILIZADAS: NANDA I, NIC e NOC			
PARÂMETRO	FERIDA OPERATÓRIA	LESÃO POR PRESSÃO	PNEUMONIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Risco de infecção relacionada a defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado, peristaltismo alterado)	Integridade da pele prejudicada relacionada a pressão sobre saliência óssea evidenciada por vermelhidão	Troca de gases prejudicada relacionada a serem desenvolvidos evidenciada por padrão respiratório anormal
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM SUGERIDA PARA RESOLUÇÃO DO PROBLEMA	Reduzir a entrada de organismos nos indivíduos. -Usar técnica asséptica durante a troca de curativos	Tentar modificar os fatores contribuintes para diminuir a possibilidade de desenvolvimento de lesões por pressão -Virar a pessoa ou instruí-la a virar-se, ou trocar de peso a cada 30 minutos e até de 2 em 2 horas.	Investigar a história dos sintomas e os fatores causadores. -Episódios anteriores: quando, onde, circunstâncias.

RESULTADO DE ENFERMAGEM	Cicatrização de feridas: primeira intenção	Tecido livre de lesões	Troca alveolar de CO ² e O ² para manter as concentrações gasosas no sangue
--------------------------------	--	------------------------	---

Quadro 1: Diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com as taxonomias NANDA, NIC e NOC.

Fonte: Próprios autores.

TAXONOMIA UTILIZADA: CIPE			
PARÂMETRO	FERIDA OPERATÓRIA	LESÃO POR PRESSÃO	PNEUMONIA
DIAGNÓSTICO	Ferida cirúrgica na cavidade torácica atual na idosa	Lesão moderada na região sacral na cliente	Infecção grave nos pulmões da idosa
INTERVENÇÃO	Tratar ferida cirúrgica na idoso	Diminuir pressão na região sacral	Trocar posição corporal da idosa
RESULTADO	Cura de ferida na idosa	Integridade da pele melhorada	Troca gasosa melhorada

Quadro 2: Diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com a taxonomia CIPE.

Fonte: Próprios autores.

4 | DISCURSSÃO

De acordo com Santos (2014) o Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico e sistemático de prestação de cuidados, que serve à atividade intelectual do enfermeiro e que provê um guia para um determinado estilo de julgamento. E para padronização da linguagem utilizadas pelos profissionais, são utilizadas as taxonomias NANDA I, NIC, NOC e CIPE, que fornece aos enfermeiros os meios necessários para fazer os diagnósticos, intervenções e resultados.

De acordo com a Nanda-I, os diagnósticos são dados a partir de um domínio, que possui classes com títulos e conceitos de um termo. Aliado a isso, existem os fatores relacionados e características definidoras (ROCHA et al, 2017).

As intervenções NIC estão relacionadas aos diagnósticos de enfermagem da NANDA, aos problemas do sistema Omaha e aos resultados da classificação de resultados da NOC; aos protocolos para avaliação de residentes usados em instituição de cuidados de enfermagem especiais; e ao conjunto de informações para resultados e avaliações (BARROS, 2009).

A NOC é complementar a outras duas classificações, NANDA-I, que agrupa os Diagnósticos de Enfermagem (DE) e a NIC, que agrupa as intervenções e atividades de enfermagem. Essas três terminologias se complementam e podem ser utilizadas em sistemas informatizados para a aplicação do Processo de Enfermagem (PE). Esse método pode ser entendido como uma atividade intelectual deliberada, que auxilia a enfermeira na tomada de decisões, cujo foco reside na obtenção dos resultados esperados (SANGRANFREDO; ALMEIDA, 2011).

Atualmente, a enfermagem possui vários sistemas de classificação para o desenvolvimento de uma ou mais etapas do PE e entre eles destaca-se a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®). Esta classificação foi elaborada para implementação do PE, uma vez que esta se constitui, a partir de outras terminologias existentes, uma uniformização das terminologias científicas utilizadas pela enfermagem, reunindo os diagnósticos, as intervenções e os resultados da prática de enfermagem (BARRA; DAL SASSO, 2012).

4.1 Abordagem teórica

A enfermagem sempre buscou respeitar o indivíduo em todos os aspectos, entre eles o cultural. Nesse contexto a teoria da enfermeira americana Madeleine Leininger, denominada Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, surgiu e tem se mantido ainda como uma proposta para compreender estas diferenças. Esta teórica argumenta que o conceito de cultura e o conceito de cuidado devem ser focados na prática e na pesquisa de enfermagem (MONTICELLI, 2010).

A etnoenfermagem é utilizada para focar o contexto cultural e de cuidados à saúde de uma cultura específica, com suas peculiaridades, forma, padrões, comportamentos, expressões e considerações frente ao processo de saúde e doença, podendo proporcionar diversos benefícios para os trabalhadores da saúde, e, principalmente, para os usuários por eles assistidos. Os trabalhadores, desse modo, podem obter uma visão mais ampla dos aspectos culturais que predominam neste contexto e este conhecimento serve como base para a tomada de decisões e ações do cuidado, de modo humanizado e com qualidade (SILVEIRA et al, 2009).

Nesse contexto, foi possível analisar e compreender a noção de cuidado que a paciente em relação a patologia apresentada, seus modos de tratá-la bem como o entendimento de seus familiares e a forma como os cuidados são prestados pela equipe de enfermagem, de modo a ressaltar os conhecimentos adquiridos por ambas as partes. Pois, para um cuidado humanizado deve-se haver o respeito as tradições e conhecimentos de cada um. Evidenciou-se também a falta de flexibilidade e conhecimento dos enfermeiros em algumas necessidades culturais específicas de alguns clientes. Apesar de relevante a teoria nem sempre é empregada ou consultada na avaliação para planejar e executar o plano terapêutico.

5 | CONCLUSÃO

As contribuições científicas da Teoria Transcultural, faz se relevante pela necessidade de implantar cuidados que o cliente realmente irá seguir. Apesar de haver inúmeras culturas e que o enfermeiro evidentemente não será capaz de conhecer todas, ainda assim ele deve ser imparcial e buscar compreender as mais diversas culturas ou ao menos respeitar, faz-se necessário considerá-las ao planejar e executar o plano terapêutico.

Para garantir a qualidade da assistência de Enfermagem esse conhecimento se mostra de suma importância, devido aos direitos dos clientes na participação do planejamento dos cuidados, e execução do mesmo, pois não se pode efetuar um plano de cuidados sem autorização, aceitação ou consentimento do cliente ou responsável. O enfermeiro deve estar sensível as escolhas, preferencias e necessidades dos clientes em todos os âmbitos, garantindo assim uma prestação de cuidados holísticos, transculturais, qualificados e eficazes.

Mesmo sendo a eficácia do cuidado transcultural comprovada, a teoria de Leininger ainda é pouco empregada nos serviços de saúde. A falta de pesquisas científicas atuais sobre a teoria torna o emprego da mesma no meio profissional do enfermeiro mais difícil, outro coadjuvante é ausência de interesse de muitos profissionais, ou por não ter tido contato suficiente com a teoria e seus princípios durante a vida acadêmica não leva em conta a sua relevância. Não obstante a sobrecarga nos serviços de saúde faz com que a enfermagem se torne um serviço mais prático e rápido do que humanizado, para assim suprir a demanda, o que afasta o enfermeiro dos clientes assim prejudicando seu contato interpessoal se tornando mais um fator para a não aderência aos cuidados transculturais.

Durante a formação acadêmica dos futuros profissionais de Enfermagem deve-se por parte dos professores incentivar mais estudos sobre essa teoria e seu uso no campo de pratica, destacando sua relevância e contribuições a eficácia na assistência. Resolver a sobrecarga nos serviços de saúde seria de suma importância para que o enfermeiro tendo mais tempo com seus clientes possa assim colocar em pratica os princípios da teoria transcultural.

REFERÊNCIAS

BARRA, Daniela C. Carvalho; DAL SASSO, Grace T. Marcon. **Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 440-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a24v21n2.pdf>>. Acesso em 05 de novembro de 2018.

BETIOLLI, S. E. et al. Decisões e ações de cuidados em enfermagem alicerçadas em madeleine leininger. **Cogitare enfermagem**, Curiitiba, v. 18, n. 4, p.111-222, out./dez. 2013.

DA SILVA, Manoel Carlos Neri; DE ALBUQUERQUE, Gelson Luiz. **RESOLUÇÃO COFEN nº 358/2009**. Brasília-DF, 15 de outubro de 2009. DISPONÍVEL EM: < http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html> Acesso em 03 de novembro de 2018.

DE BARROS, Alba Lucia B. Leite. **Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC**. Acta Paul Enferm 2009;22(Especial - 70 Anos):864-7. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>>. Acesso em 05 de novembro de 2018.

FIGUEIREDO, Luiz Tadeu Moraes. **Pneumonias virais: aspectos epidemiológicos, clínicos, fisiopatológicos e tratamento**. J. bras. pneumol. vol.35 no.9 São Paulo Sept. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000900012>. Acesso em 03 de novembro de 2018.

FREITAS, W. R. S.; JABBOUR, C. J. C. **Utilizando Estudo De Caso(S) Como Estratégia De Pesquisa Qualitativa: Boas Práticas E Sugestões**. ESTUDO & DEBATE, Lajeado, v. 18, n. 2, p. 07-

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar**. São Paulo (SP): Atheneu; 2004. v. '2, p. 37-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000086&pid=S0034-7167200500020002000016&lng=pt> . Acesso em 09 de novembro de 2018.

Garcia, T.R. **Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional**. Esc Anna Nery [Internet]. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0005.pdf>> . Acesso em 02 de novembro de 2018.

GARCIA, Telma Ribeiro; DA NÓBREGA, Maria Miriam Lima. **Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa**. Escola Ana Nery Rev Enferm. 2009. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715321025.pdf>>. Acesso em 03 de novembro de 2018.

GONÇALVES, Enderson. **Cuidados de enfermagem na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), em unidade de terapia intensiva, uma**

GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. Estudo sobre teoria transcultural de Lehninger. Rev. Esc. Enf. USP, v. 26, n. 1, p. 75-86, mar. 1992 GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. Estudo sobre teoria transcultural de Lehninger. Rev. Esc. Enf. USP, v. 26, n. 1, p. 75-86, mar. 1992

I. GOMÀ-RODRÍGUEZ, L. M. CANTERA, J. PEREIRA DA SILVA Autocuidado de los profesionales que trabajan en la erradicación de la violencia de pareja. Psicoperspectivas, individuo y sociedade. Barcelona. vol. 17, n. 1, 15, mar, 2018.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 2, n. 2, p. 9-18, jan./abr., 2008.

MARTINS, Ana Luisa Oenning; TREVISOL, Fabiana Schuelter. **Internações hospitalares por pneumonia em crianças menores de cinco anos de idade em um hospital no Sul do Brasil**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, out.-dez. 2013. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/57-04/0000222859-07_1260_Revista%20AMRIGS.pdf>. Acesso em: 09 de novembro de 2018.

RIEGEL, Fernando; JUNIOR, Nery José de Oliveira. **Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico**. Cogitare Enferm. Jan/mar 2017. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/03/45577-194188-1-PB.pdf>>. Acesso em: 09 de novembro de 2018.

SILVEIRA, R. S; et al. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem Print version ISSN 0034-7167 On-line version ISSN 1984-0446**. Rev. bras. enferm. vol.62 no.3 Brasília May/June 2009
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300017>. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300017

VILELAS, J. M. S.; JANEIRO, S. I. D. **TRANSCULTURALIDADE: O ENFERMEIRO COM COMPETÊNCIA CULTURAL**. remE – Rev. Min. Enferm.;16(1): 120-127 jan./mar., 2012.

TEORIA DOS VINTE E UM PROBLEMAS DE ENFERMAGEM DE FAYE ABDELLAH E O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA SÍNDROME DE FOURNIER: RELATO DE EXPERIÊNCIA

João Matheus Ferreira Do Nascimento

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Ivanildo Gonçalves Costa Júnior

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Jonathas Torquato de Oliveira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Luis Augusto Damasceno Batista

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Denival Nascimento Vieira Júnior

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

RESUMO: Objetivou-se relatar a vivência de acadêmicos de enfermagem na assistência ao paciente com Síndrome de Fournier pela aplicação do Processo de Enfermagem, conduzido pelo referencial teórico dos vinte e um problemas de enfermagem de Faye Abdellah, adotando as distintas classificações taxonômicas NANDA, NIC, NOC e CIPE. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo

relato de experiência do uso das taxonomias North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), Nursing Intervention Classification (NIC), Nursing Outcomes Classifications (NOC) e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), associadas à Síndrome de Fournier. O estudo foi realizado em outubro de 2018 em um Hospital da rede pública do Piauí, orientado pela Teoria dos Vinte e Um Problemas de Enfermagem desenvolvida por Faye Abdellah, inserido na disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior pública no Piauí. O processo de enfermagem aconteceu mediante as 5 etapas com base na Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). A coleta seguiu o Anexo A do modelo de Alba Lúcia aliado ao roteiro para a evolução de enfermagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) padronizado pelo serviço, e após análise foram determinados 4 diagnósticos, intervenções e resultados nas distintas taxonomias. A aplicação de taxonomias para a projeção dos cuidados de enfermagem a serem desempenhados na assistência ao paciente possibilita um aprendizado multinível. A realização do estudo submetido aos preceitos de uma teoria de Enfermagem remete a importância de utilizar uma base norteadora para que a aplicação do processo de enfermagem mantenha-se orientada.

PALAVRAS-CHAVE: NANDA-I. Processo de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Gangrena de Fournier. Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT: To report the experience of nursing scholars in the care of the patient with Fournier's Syndrome by applying the Nursing Process, guided by the theoretical reference of the twenty-one nursing problems of Faye Abdellah, adopting the different taxonomic classifications NANDA, NIC, NOC and CIPE. This is a qualitative study of the type report of experience of the use of taxonomies North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), Nursing Intervention Classification (NIC), Nursing Outcomes Classifications (NOC) and International Classification for Nursing Practice (CIPE), associated with the Fournier Syndrome. The trial was performed in October 2018 at a public hospital in Piauí, guided by The Theory of Twenty-One Problems of Nursing developed by Faye Abdellah, inserted in the discipline of Nursing Care Methodology of a Public Institution of Higher Education in Piauí. The nursing process was carried out through the 5 steps based on Resolution 358/2009 of the Federal Nursing Council (COFEN), with the collect directed by Annex A of the model Alba Lúcia Allied to the Road Map for the Evolution of Nursing in the Systematization of Nursing Care (SAE) standardized by the service, and after analysis 4 diagnoses were determined, interventions and results in the different taxonomies. The application of taxonomies to the projection of nursing care to be performed in patient care enables multilevel learning. The accomplishment of the study submitted to the precepts of a Nursing theory reveals how important it is to use a guiding base of knowledge for the application of the nursing process to be oriented.

KEYWORDS: NANDA-I. Nursing Process. Nursing care. Gangrene of Fournier. Nursing Theory.

1 | INTRODU O

A síndrome de Fournier ou Gangrena de Fournier   uma fasciíte necrotizante que acomete região perineal, perianal e genital, podendo se disseminar para as áreas próximas (SANTOS, et al., 2014). É uma doena rara que acomete em sua maioria das vezes indivíduos do sexo masculino com média de terceira a sexta década de vida. O diagnóstico precoce aliado a um tratamento intenso são fatores determinantes no prognostico do cliente (SANTOS, et al., 2018).

Este processo infeccioso caracteriza-se por febre, dor e edema, e sua evoluo   sinalizada por necrose, sendo oriunda de traumas, infeco ou por pouca vascularizao da região; a Diabetes Mellitus também é um fator crônico causal (MEHL, et al., 2010).

De acordo com a Resoluo COFEN-358/2009, que dispõe sobre a Sistematizao da Assistência de Enfermagem (SAE), a implementao do Processo de Enfermagem (PE) organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes. São elas: Histórico; Diagnósticos; Intervenes; Resultados e Avaliao de Enfermagem (COFEN, 2009).

Para uniformizar o vocabulário de enfermagem assim como nortear as intervenções e mensurar possíveis resultados, os profissionais de enfermagem devem utilizar taxonomias que contribuam nas etapas do PE. Nessa perspectiva, cita-se a North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), Nursing Intervention Classification (NIC), Nursing Outcomes Classifications (NOC) e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Pois a adequação relacionada a utilização dos termos é de suma importância para contribuir a uma SAE fidedigna que proporciona sua organização (ROCHA, et al., 2017).

Além do PE, é importante a utilização embasaria em teóricas de enfermagem, a contribuição destas nas práticas diárias é de rico conhecimento no auxílio da assistência e interpretação dos fatos condizentes com a realidade. A criticidade é estimulada e a prestação de serviço se torna mais holística. Portanto, a teórica aplicada para conduzir a experiência foi Faye Glenn Abdellah, na qual fala sobre vinte e um problemas de enfermagem, onde são relacionados ao biológico, psicológico e social do indivíduo. Atividades com intuito de sanar esses problemas melhora consideravelmente o processo de recuperação do cliente (NEHAL, 2016).

A questão norteadora deste estudo: “Qual a relação da assistência de enfermagem com o referencial teórico dos vinte e um problemas de enfermagem e diferentes taxonomias referentes a gangrena de Fournier? ”

Justifica-se o presente estudo pela importância de investigações sobre uma doença pouco conhecida na qual faz-se necessário a pesquisa em virtude da prestação de assistência de enfermagem efetiva além de contribuição para o saber profissional para os discentes. O objetivo é relatar a experiência vivenciada correlacionada à Síndrome de Fournier e o Processo de Enfermagem, conduzido pelo referencial teórico dos vinte e um problemas de enfermagem, adotando as distintas classificações taxonômicas NANDA, NIC, NOC e CIPE.

2 | METODOLOGIA

Refere-se a um estudo qualitativo do tipo relato de experiência, realizado por graduandos de enfermagem de uma Instituição pública do Piauí, em um hospital de referência localizado em uma cidade do centro-sul estado. No qual, tem atendimento 24 horas diárias e recebe clientes das cidades próximas compostas pela macrorregião. A vivência relatada ocorreu no período de outubro de 2018 durante as práticas da disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem.

O relato de experiência é um método de pesquisa com caráter descritivo relacionado a ações ou práticas vivenciadas que desempenhe contribuição para a sociedade científica (PINHEIRO; NEVES; ARAÚJO, 2015). A vivência foi-se uma abordagem referente a um caso de Síndrome de Fournier que acometeu a região genital do cliente. A coleta de dados foi dirigida pelo anexo A conforme está no livro Anamnese e Exame Físico da autora Alba Lúcia Bottura Leite de Barros em companhia

do roteiro para a evolução de enfermagem da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) padronizado pelo serviço (BARROS 2016).

A elaboração dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem se deu analisando o histórico clínico e usando as taxonomias NANDA-I, NIC, NOC e CIPE. Como fonte de referencial teórico, foi utilizada a Teoria dos vinte e um Problemas de Enfermagem proposta por Faye Glenn Abdellah em que objetivou relacionar as ideias da teórica com a realidade do cliente acometido pela doença em estudo na qual não traz perspectiva estruturada sobre o ser humano, porém considera que eles e suas famílias são objetos do cuidado de enfermagem (PINTO et al 2015).

Os resultados foram apresentados de acordo com a SAE conforme os preceitos da resolução COFEN-358/2009, onde diz que em relação ao processo de enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes onde ocorram os cuidados de enfermagem (COFEN 2009).

3 | RESULTADOS

3.1 Histórico de Enfermagem

R.F.S, 43 anos, sexo masculino, casado, agricultor, 8º Dia de Internação Hospitalar, o motivo da internação foi síndrome de Fournier em decorrência de infecção urinária. Quanto aos antecedentes familiares e fatores de riscos, possui históricos de hipertensão na família e faz uso de tabaco e bebidas alcoólicas. Sobre as condições de moradia, reside em área rural sem saneamento básico. Encontrava-se asseado, costuma tomar banho 3 vezes ao dia e costuma a praticar atividades físicas. Quanto aos hábitos alimentares possui uma dieta balanceada, com frutas, verduras e carnes vermelhas. Relatou que fez tratamentos anteriores para infecção urinária e reabertura da uretra. Eliminações intestinais e urinária presentes, fazendo uso de sonda vesical de demora. Na avaliação do seu estado emocional relatou estar otimista com seu tratamento. Queixa-se de incomodo devido à temperatura do ambiente hospitalar.

3.2 Evolução de Enfermagem

01/11/18 – 09:33: Cliente em estado geral regular bom, consciente, orientado, fásico, respirando ar ambiente, pele e mucosas normocoradas. Acamado, aceita dieta oferecida pelo hospital, estado nutricional dentro dos padrões da normalidade, presença de cáries e falhas dentárias. Sono e repouso satisfatórios. Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 2 tempo. Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares presentes. Abdômen plano, presença de ruídos hidroaéreos. Eliminação urinária por sonda vesical de demora, urina dentro dos padrões de normalidade e evacuações intestinais presentes e sem demais alterações (SIC). Apresenta lesão de cicatrização de primeira intensão localizada no escroto, com pouco exsudato seroso, edema e hiperemia em pele perilesional. Apresenta ainda uma lesão de 2º grau na região do períneo, com

exsudato purulento, leito com tecido necrosado e esfacelos, com sinais de infecção. MMII com força preservada e sem sinais de edemas. Realizado educação em saúde para hidratação da pele e mudança de decúbito. Pressão Arterial: 120x70mmHg; Pulso: 85bpm; Temperatura: 37,8 °C; Frequência Respiratória: 19 rpm.

3.3 Diagnóstico, intervenções e resultados

De acordo com a análise dos dados obtidos do Histórico e Evolução de enfermagem do paciente, foram estabelecidos parâmetros norteadores que embasassem o uso das taxonomias NANDA, NIC, NOC e CIPE. Os padrões utilizados foram Hipertermia, Riscos de Infecções, Integridade da pele prejudicada e Dor. a partir destes elaborou-se os diagnósticos, intervenções e resultados para cada achado, como mostram os quadros 1 e 2.

TAXONOMIAS UTILIZADAS: NANDA, NIC E NOC				
PARAMETRO	INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	RISCO DE INFECÇÃO	DOR	HIPERTERMIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Integridade da pele prejudicada relacionada a agente biológico lesivo evidenciado por alteração na integridade da pele prejudicada	Risco de Infecção relacionada a presença de vias invasivas.	Dor aguda relacionada a agente biológico lesivo evidenciado por autorrelato do paciente.	Hipertermia relacionada a condições de infecção evidenciada por pele quente ao toque.
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM SUGERIDA PARA RESOLUÇÃO DO PROBLEMA	Controle da Infecção*: Administrar Antibióticos**.	Controle de infecção*: Garantir manuseio asséptico de todas as linhas endovenosa**. Cuidados com cateteres*.	Controle da dor*: Administração de Medicamentos**; Monitoramento de sinais vitais*.	Controle da Infecção*: Administrar medicamentos**; Monitoramento de sinais vitais*.
RESULTADOS DE ENFERMAGEM	Integridade tissular: Pele e mucosas.	Controle da infecção; Controle de riscos; Estado imunológico.	Controle da dor; Nível de conforto; Bem-Estar.	Termorregulação

Quadro 1. Diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com as taxonomias NANDA, NIC e NOC. Picos, PI, 2018.

Fonte: Próprios autores.

TAXONOMIA UTILIZADA: CIPE				
PARÂMETRO	INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	RISCO DE INFECÇÃO	DOR	HIPERTERMIA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Integridade da pele comprometida no adulto.	Risco de infecção no adulto.	Dor atual no paciente.	Hipertermia atual no adulto.
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM SUGERIDA PARA RESOLUÇÃO DO PROBLEMA	Reduzir pressão sobre regiões corporais com colchões de alívio de pressão.	Prevenção da contaminação em cateter venoso	Administrar medicamento por via endovenosa no paciente.	Monitorar sinais vitais do adulto.
RESULTADOS DE ENFERMAGEM	Integridade da pele em estado de normalidade no adulto.	Risco de infecção em nível diminuído no paciente.	Conforto preservado do paciente.	Temperatura corporal em estado de normalidade no adulto.

Quadro 2. Diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com a taxonomia NANDA, CIPE. Picos, PI, 2018.

Fonte: Próprios autores.

4 | DISCUSSÃO

O Processo de Enfermagem refere-se ao desempenho de uma sequência de ações profissionais que infere em uma especificidade de operações interligadas no seu desenvolvimento, isto é, indica o emprego de uma metodologia integrativa que oriente a assistência à saúde em sua promoção, prevenção e reabilitação de maneira organizada, propriamente dita, uma sistematização das ações. Este é norteado por uma conjuntura de alusões históricas a fim de garantir um firmamento em orientações para um desempenho mais eficaz (TRINDADE, et al., 2016).

A aplicação do Processo de Enfermagem é fomentada pela utilização de linguagens padronizadas, estabelecidas como um complexo de conhecimentos organizados, indicando-se NANDA-I, NIC, NOC e CIPE, que contribuem para melhores definições e entendimentos de tais processos no manejo do diagnóstico, intervenções e resultados, estabelecendo a Enfermagem enquanto disciplina científica (GARCIA, 2016).

O diagnóstico de enfermagem, segunda fase do Processo de Enfermagem, subsidiado pelo NANDA-I, requer uma boa aplicação da primeira fase, a coleta de dados, para que demonstre uma tomada de decisão clínica concisa e integrada à realidade do paciente; Assim, a segunda fase é de fundamental importância para estabelecer noções do planejamento dos cuidados e dos resultados esperados, a cargos respectivamente do NIC e do NOC (FERREIRA, et al., 2015). Os diagnósticos, tanto reais quanto de risco, foram buscadas destacar seu título das classes, a partir de um domínio, também seus fatores relacionados e características definidores que mostram os conceitos de tais termos.

As taxonomias de intervenção NIC ligam-se aos diagnósticos NANDA-I, tipificando os tratamentos a serem empregados ao indivíduo, moldadas segundo a presença da enfermagem nos casos (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2016). As classificações NOC

demandam resultados esperados para as intervenções propostas, idealizando o que busca ser alcançado pela aplicação do NANDA e do NIC, assim, formando a tríade do planejamento da assistência de enfermagem (MOORHEAD, et al., 2016).

A CIPE é um sistema de classificações de Enfermagem unificada, com o intuito de tornar a linguagem e a prática de enfermagem algo similar a nível mundial, representando conceitos, prescrevendo cuidados e estabelecendo metas de resultados pelo modelo dos 7 eixos, sendo: foco, julgamento, meios, ação, tempo, orientação e cliente; configurados de maneiras próprias, estes eixos se complementam e oferecem um enorme aspecto descritivo no planejamento. Assim, pode-se dizer que a CIPE reúne a ligação NANDA-NIC-NOC, com uma sistemática diferente, mas com um produto final no planejamento da assistência similar, destacando-se por favorecer analogias de comunicação entre a assistência entre nações (BARRA; SASSO; ALMEIDA, 2015).

4.1 Abordagem Teórica

Faye Glenn Abdellah considerava os métodos de estudo das funções e serviços médico sendo inoportunos por mostrarem-se pouco eficazes e de uma transformação do quadro clínico lento; Assim, buscou definir conceitos que julgava necessários para o melhoramento de uma boa assistência, desenvolvendo o método de identificação e resolução de problemas, estabelecendo a enfermagem como disciplina de atitudes para lidar com as necessidades do paciente. Os 21 problemas de Enfermagem de Abdellah baseavam-se em suprir algumas necessidades básicas atenuantes nos processos de saúde-doença de um amplo espectro de pacientes, para favorecer e potencializar sua recuperação, na identificação e resolução dos problemas específicos (PINTO, et al., 2017).

Dado o presente relato, evidencia-se que as taxonomias empregadas nos fatores reais e de risco estão intimamente ligadas aos 21 problemas de enfermagem de Abdellah, ademais, os oito primeiros (Quadro 3): manter a higiene e o bem-estar físico, promoção otimizada do repouso, da segurança preventiva de acidentes e lesões, amparo a uma boa mecânica corporal, a facilitação da manutenção de oxigênio, nutrição, eliminações e do equilíbrio eletrolítico dos fluídos do indivíduo (SOUZA, 2002). Apesar dos preceitos de Abdellah serem gerais e não ligarem-se ao tempo, ao ambiente e não atuarem segundo prioridades, factualmente como os desempenhos das taxonomias apresentam-se atualmente, suas tipologias serviram de guia para as enfermeiras traçarem estratégias do cuidado, e pode ser considerada uma base para os sistemas de diagnósticos e intervenções atuais (SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017).

VINTE E UM PROBLEMAS DE ENFERMAGEM		NECESSIDADES ACOMETIDAS
01	Manter a higiene e o bem-estar físico;	X
02	Promover a atividade otimizada: exercício, repouso, sono;	X

03	Promover a segurança através da prevenção do acidente, lesão ou outro trauma e impedimento o alastrar da infecção;	X
04	Manter uma boa mecânica corporal e impedir e corrigir as deformações;	X
05	Facilitar a manutenção do fornecimento de oxigênio às células do corpo;	X
06	Facilitar a manutenção da nutrição das células do corpo;	X
07	Facilitar a manutenção da eliminação;	X
08	Facilitar a manutenção do equilíbrio dos fluídos e dos eletrólitos.	X
09	Reconhecer as respostas fisiológicas do corpo às condições de doença – patológica, psicológica e compensatória;	
10	Facilitar a manutenção de mecanismos e funções reguladoras	
11	Facilitar a manutenção da função sensorial;	
12	Identificar e aceitar as expressões positivas e negativas, sentimentos e reações;	
13	Identificar e aceitar a inter-relação entre emoções e doença orgânica;	
14	Facilitar a manutenção de comunicação verbal e não-verbal eficaz;	
15	Promover o desenvolvimento de relações interpessoais produtivas;	
16	Facilitar o avanço no sentido da realização e de objetivos espirituais pessoais;	
17	Criar ou manter um ambiente terapêutico;	
18	Facilitar a consciência de si próprio enquanto indivíduo com necessidades físicas, emocionais e de desenvolvimento que variam;	
19	Aceitar os objetivos ótimos possíveis de acordo com as limitações físicas e emotivas;	
20	Usar os recursos da comunidade como auxílio para a resolução de problemas derivadas da doença;	
21	Compreender o papel dos problemas sociais enquanto fatores de influência na causa da doença.	

Quadro 3. Os 21 problemas de Enfermagem de Abdellah relacionados com os problemas encontrados no paciente. Picos, Piauí, 2018.

Fonte: Próprios autores.

Sobre o caso abordado, é pertinente destacar as medidas de assistência segundo as recomendações de Abdellah, sendo este um caso raro, que muitas vezes a equipe de enfermagem não possui preparo suficiente, demonstrando insegurança pela pouca prática com tais situações, o que pode ser traduzida em negligência de alguns cuidados; Abdellah recomendando as medidas de identificação e resolução dos problemas visíveis ou potenciais, ela mostra claramente que a enfermagem deverá estar apta e competente a ajudar pessoas e lidar com tais necessidades, promovendo-se não somente como facilitadora do cuidar, mas como inteligente e capacitada frente tais situações e adversidades (TOMEY, 2003).

5 | CONCLUSÃO

Foi notória a relevância da aplicação de taxonomias para a compreensão e projeção dos cuidados de enfermagem a serem desempenhados na assistência ao paciente, bem como a comparação entre estas, que possibilita um aprendizado multinível e uma preparação para diferentes cenários.

A realização do estudo submetido aos preceitos de uma teoria de Enfermagem revela o quanto é importante utilizar uma base norteadora do conhecimento para que a aplicação do processo de enfermagem mantenha-se orientada, isto é, a teoria dos vinte e um problemas de Enfermagem e o histórico de Faye Abdellah mostra que no desempenho das ações de um enfermeiro, este está sujeito a diferentes cenários e casos, mas que deve se manter firme em promover o cuidado ao paciente olhando por suas necessidades, avaliando os cenários e eliminando fatores problemáticos, com a educação continuada, mostrando-se capaz e importante na equipe de saúde.

A experiência adquirida pela investigação do caso de síndrome de Fournier é de suma relevância para a formação, tal qual, obteve um conhecimento prático e posteriormente teórico de uma situação clínica pouco abordada durante a graduação. A literatura e a observação do caso demonstra a necessidade de estudar a síndrome, pela dificuldade de achados evidentes na literatura, além do trabalho sobre as teorias de enfermagem, que necessitam de frequentes atualizações.

REFERÊNCIAS

BARRA, D. C. C.; SASSO, C. T. M. D.; ALMEIDA, S. R. W. Usabilidade do Processo de Enfermagem Informatizado a partir da CIPE em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Esc. de Enferm. da USP*, São Paulo, v. 49, n. 2, 2015.

BARROS, A. L. B. L. *Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto* / organizadora. 3 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2009.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

FERREIRA, A. M. et al. Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. *Rev. Bras. de Enferm.* v. 69, n. 2, p. 307-315, 2016.

GARCIA, T. R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. *Rev. Esc. Anna Nery*, v. 20, n. 1, p. 5-10, 2016.

MEHL, A. A. et al. Manejo da gangrena de Fournier: experiência de um hospital universitário de Curitiba. *Rev. Col. Bras. Cir.* [online]. v. 37, n. 6, p. 435-441, 2010.

MOORHEAD S. et al. *Classificação dos Resultados de Enfermagem: mensuração dos resultados em saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NEHAL A. ALLAM et al.: Faye Abdellah Model to Banishing Social Stigma of Head Lice Among School

Students. *Science Journal of Clinical Medicine*; v.5 n.1: p: 1-11, 2016.

PINHEIRO, E. S.; NEVES V. L. S.; ARAÚJO, S. N. M. Liga Acadêmica de busca ativa de órgãos e tecidos: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. *Rev. Facema*, v. 1, n.2, p. 157-160, 2015.

PINTO, A. C. et al. Conceito de ser humano nas teorias de enfermagem: aproximação com o ensino da condição humana. *Rev. Pro. Posições: Suppl*, v. 28, n. 1, p. 88-110, 2017.

ROCHA, G.A. et al. Teoria ambientalista e o processo de enfermagem no trauma agudo do abdome: relato de experiência. *ReonFacema*. Out-Dez; v.3 n.4 pp:780-784, 2017.

SANTOS, D. R. et al. Perfil dos pacientes com gangrena de Fournier e sua evolução clínica. *Rev. Col. Bras. Cir.* v. 1, n. 45, p. 1430-1435, 2018.

SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Enfermeira Como Protagonista do Gerenciamento do Cuidado na Estratégia Saúde da Família: Diferentes Olhares Analisadores. *Rev. Texto Context. Enferm.* v. 26, n. 3, 2017.

SOUZA, A. D. N. et al. Teoria de abdellah: vinte e um problemas de enfermagem. Bahiana: Escola de Medicina e Saúde Pública. In: *Anais da MCC*, Salvador, v. 1, n. 3, 2002.

SANTOS, E. I. et al. Evidências científicas brasileiras sobre gangrena de Fournier. *Rev. Rene*. v. 6, n.15, p. 1047-1055, 2014.

TOMEY, A. M. Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2003.

TRINDADE, L. R. et al. Processo de Enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação soa ótica de enfermeiros. *Rev. Santa Maria*, v. 42, n. 1, p. 75-82, 2016.

PROCESSO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADO NA TEORIA DO AUTOCUIDADO APLICADO EM PACIENTE COM *DIABETES MELLITUS*: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lairton Batista de Oliveira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Marília Costa Cavalcante

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Pallysson Paulo da Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

RESUMO: Objetivou-se relatar a experiência obtida por acadêmicos de enfermagem durante o Processo de Enfermagem, guiado pelo referencial teórico do autocuidado de Dorothea Orem, utilizando as distintas classificações taxonômicas NANDA, NIC, NOC e CIPE, aplicadas em paciente com *Diabetes mellitus* do tipo I. O presente trabalho trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa. O local de estudo foi um hospital de referência no interior do Piauí, o qual presta atendimento 24 horas por dia e atende pacientes do próprio município e cidades circunvizinhas. O período do estudo foi em maio de 2018, durante a disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem. Os resultados obtidos a partir da

análise dos dados obtidas na Coleta de Dados e da Evolução de Enfermagem do paciente foram elencados quatro parâmetros a partir dos quais se elaborou diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem através do uso das classificações taxonômicas. Portanto, o trabalho possibilitou que acadêmicos de enfermagem analisassem como a teoria de Dorothea Orem pode fazer inter-relações e estar ligada a um paciente portador de uma patologia específica, e pode-se observar que as teorias de enfermagem buscam comprovar os conhecimentos específico da enfermagem como forma de melhorar a qualidade da assistência prestada.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de Enfermagem. Autocuidado. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT: The objective was to report an experience obtained by nursing nurses during the Nursing process, guided by the theoretical reference of Dorothea Orem's self-care, using the taxonomic distinctions NANDA, NIC, NOC and CIPE, applied in patients with type I diabetes mellitus. The present work is about an experience report with a qualitative relation. The study site was a reference hospital in the interior of Piauí, which provides assistance 24 hours a day and the patients of the municipality itself and surrounding cities. The year of the study was in May of 2018, during the discipline of Nursing

Assistance Methodology. The results obtained from the analysis of the data obtained in the Data Collection and the Nursing Evolution of the patient, four parameters were drawn from which nursing diagnoses, interventions and results were elaborated through the use of taxonomic classifications. Therefore, the work allowed nursing students to analyze how Dorothea Orem's theory can interrelate and be linked to a patient with a specific pathology, and it can be observed that nursing theories seek to prove the specific knowledge of nursing as a form improve the quality of care provided.

KEYWORDS: Nursing Process. Self-care. Diabetes Mellitus.

1 | INTRODUÇÃO

A American Diabetes Association define DM do tipo 1 (DM1) como sendo a destruição das células beta pancreáticas, determinando deficiência absoluta de insulina, o que torna essencial o uso de insulina como tratamento, para prevenir cetoacidose, coma, eventos micro e macrovasculares e morte. Em menor proporção, a causa é desconhecida (idiopático). A destruição das células beta geralmente é rapidamente progressiva. O pico de incidência do DM 1 ocorre em crianças e adolescentes, entre 10 e 14 anos, mas pode ocorrer também, menos comumente, em adultos de qualquer idade.

A(s) causa(s) do aumento da incidência do DM1 ainda não foi identificada, mas é amplamente concordado que a mudança de fatores ambientais desempenha um papel significativo na iniciação e progressão (BAHADORAN et al., 2016).

O paciente portador de DM1 possui algumas condições que compromete respostas imunes de hospedeiros e aumenta a suscetibilidade à infecções, e conseqüentemente a sepse, que é caracterizado como um grave problema de saúde pública em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que apesar de um enorme esforço de investigação nas últimas décadas continua sendo um desafio considerável e crescente aos cuidados de saúde (SANTOS BARROS et al., 2016).

O Processo de Enfermagem (PE), introduzido na década de 1970 por Wanda de Aguiar Horta, é um modelo metodológico utilizado pelos profissionais de enfermagem na aplicação dos cuidados ao paciente, família e comunidade que envolve uma sequência de etapas específicas e é dividido em: Coleta de Dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem e Avaliação de Enfermagem.

Atualmente, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009 dispõe sobre a implementação do PE, cita que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é quem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE.

A Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem – NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), contém

uma linguagem compreensiva, baseadas em pesquisas e classificações padronizadas que possibilitam a realização de diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, e resultados da enfermagem. (NANDA Internacional, 2015).

A teoria de Dorothea Elizabeth Orem, intitulada: *A Teoria do Autocuidado* considera a TAE uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas, que são: 1) a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; 2) a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (QUEIRÓS, 2014).

Foi elencado como questão norteadora: “Qual a experiência dos acadêmicos de enfermagem ao aplicar o processo de enfermagem fundamentado na teoria do déficit do autocuidado e distintas taxonomias, na análise de um adolescente portador de *Diabetes mellitus* Tipo I?”.

Justifica-se a produção deste estudo pela razão de que a aplicação do processo de enfermagem é de grande importância para o desenvolvimento técnico-intelectual de acadêmicos de enfermagem e profissionais enfermeiros, pois visa a utilização das classificações taxonômicas NANDA, NIC, COC e CIPE, não apenas em situação teórica, mas prática, abordada de forma clara e sucinta, o que contribui para aumentar a qualidade da assistência de enfermagem ofertada aos pacientes.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência obtida por acadêmicos de enfermagem durante o Processo de Enfermagem, guiado pelo referencial teórico do autocuidado de Dorothea Orem, utilizando as distintas classificações taxonômicas, aplicadas em paciente com Diabetes mellitus tipo I. De outra forma, proporcionar uma reflexão sobre a prática da promoção da saúde por intermédio da educação para o autocuidado aos profissionais de saúde, enfermeiros e acadêmicos de enfermagem.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa. O local de estudo foi um hospital de referência no interior do Piauí, o qual presta atendimento 24 horas por dia e atende pacientes do próprio município e cidades circunvizinhas. O período do estudo foi em maio de 2018, durante a disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE).

A relevância de um relato de experiência está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à práxis metodológica da área à qual pertence (GOMÀ-RODRÍGUEZ, 2018).

Como arcabouço teórico utilizou-se a teoria do autocuidado de Dorothea Orem, que refere a prática dos cuidados executados pelo indivíduo portador de uma

necessidade, para manter-se com vida, saúde e bem-estar. Orem volta o seu olhar para o fato de que o indivíduo tem de ser capaz de se engajar no autocuidado, tomando como requisitos as atividades da vida diária.

Baseando-se no processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) guiado pelo instrumento Anexo A retirado do livro *Anamnese e Exame Físico* da autora Alba Lúcia Bottura Leite juntamente com o roteiro para a evolução de enfermagem da SAE padronizado pelo serviço.

A elaboração dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem se deu analisando o histórico clínico e usando as taxonomias NANDA-I, NIC, NOC, e posteriormente, CIPE. O referencial teórico abordado foi a Teoria do Autocuidado desenvolvida por Dorothea Orem, onde procuramos relacionar os componentes desse estudo aos principais aspectos da teoria.

3 | RESULTADOS

3.1 Histórico de Enfermagem

C. S. G., 16 anos, sexo feminino, branca, solteira, 4º DIH, reside no município de Francisco Santos – PI. O motivo da internação foram complicações associadas ao *Diabetes mellitus* e a infecção vaginal, onde os mesmos não receberam os devidos cuidados. Foi levada para a cidade de Picos – PI, onde ficou internada na UTI do HRJL por 3 dias, e no 4º foi transferida para a ala B, para ficar em observação.

Quanto aos antecedentes familiares, segundo a acompanhante/mãe, um grande número de pessoas da família é diabético, incluindo a avô e tias da paciente. Sobre as condições de moradia, reside na zona rural com pouco ou nenhum saneamento básico.

3.2 Evolução de Enfermagem

24/05/2018 – 15h Paciente transferida da UTI para a clínica médica (Ala B) após tratamento por sepse e coma hiperosmótico diabético. Consciente, orientado no tempo e espaço, abertura ocular espontânea, pupilas isocóricas, conjuntivas coradas, acuidade auditiva normal direito e esquerdo sem anormalidades, nariz sem coriza, apresenta lesão no septo nasal, fásica, boca, lábios e gengiva sem lesões, dentição completa. Pescoço sem gânglios palpáveis. Tórax com expansão bilateral e simétrica, ausculta pulmonar sem alterações. Ausculta cardíaca com bulhas rítmicas, pulsos rítmicos cheios e normocárdico, TEC inferior a 2 segundos. Pele íntegra, normocorada, ressecada, BRADEN 22 (sem risco de lesão por pressão). Abdome plano, flácido, indolor à palpação, ruídos hidroaéreos normoativos. Aparelho geniturinário característico do sexo feminino, apresenta corrimento vaginal, pele hiperemiada e prurido no local, micção e evacuação intestinal espontânea presente. A mesma deambula e acesso venoso central em veia subclávia direita. Aferiu-se SSVV: pressão arterial 120x80

mmHg; pulso 99 bpm; frequência cardíaca 102 bpm; temperatura 36,9°C; frequência respiratória 12 rpm; SO² 100%.

3.3 Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem.

Com base na análise das informações colhidas do Histórico e da Evolução de Enfermagem, determinaram-se os parâmetros: Risco de choque; Mobilidade Física Prejudicada; Risco de Integridade da pele prejudicada; e Disposição para aumento do autocuidado; que possibilitaram estabelecer como um intermédio norteador, uma comparação entre as taxonomias NANDA-NIC-NOC e CIPE, como mostram os quadros 1 e 2.

TAXONOMIAS UTILIZADAS: NANDA, NIC, NOC.				
PARÂMETRO	Risco De Choque	Mobilidade Física Prejudicada	Risco De Integridade Da Pele Prejudicada	Disposição Para Aumento Do Autocuidado
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Risco de choque relacionado à infecção.	Mobilidade física prejudicada relacionada à força e resistência diminuída evidenciada por dificuldade em realizar movimentos.	Risco de integridade da pele prejudicada relacionado a estado nutricional alterado.	Disposição para aumento do autocuidado caracterizado por expressar desejo de aumentar a independência na manutenção da saúde.
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	Controle de Infecção*; Prevenção do Choque*; Supervisão**; Intervenções Opcionais Adicionais: Administração de Medicamentos.	Terapia com Exercício*; Intervenções Opcionais Adicionais: Monitorização Neurológica; Prevenção contra Quedas; Terapia Nutricional.	Controle da Pressão*; Controle de Infecção*; Controle de Prurido*; Identificação de Risco**; Prevenção de Lesão por Pressão: Supervisão**. Intervenções Opcionais Adicionais: Controle de Medicamentos.	Assistência no Autocuidado*; Controle da Dor, de Energia e do Ambiente**. Intervenções Opcionais Adicionais: Assistência no Autocuidado: Alimentação e Banho/Higiene.

RESULTADO DE ENFERMAGEM	RAMROD – Gravidade do choque: Séptico; RAFRRI – Controle de Risco: Processo Infecioso; Gravidade da Infecção; Sinais Vitais.	RMRD – Mobilidade. RAMCD - Equilíbrio; Posicionamento do Corpo: Autoiniciado. RAFRRI – Aptidão física; Nível de Desconforto; Nível de Dor; Orientação para a Saúde.	RAMROD – Integridade Tissular: Pele e Mucosas. RAFRRI – Estado Circulatório, Imunológico e Nutricional; Gravidade da Infecção; Hidratação.	RMCD – Autocuidado: alimentação, higiene; Autocontrole do Diabetes; Autodireção dos Cuidados; Bem-estar Pessoal.
--------------------------------	--	---	--	--

Quadro 1: DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS COM REFERÊNCIA À NANDA, NIC E NOC.

Fonte: Próprios autores.

Legenda: *: Intervenções; **: Atividades; Sigla RMRD: Resultados para Mensurar a Resolução do Diagnóstico; Sigla RAMCD: Resultados Adicionais para Mensurar as Características Definidoras; Sigla RAFRRI: Resultados Associados com os Fatores Relacionados ou Resultados Intermediários.

TAXONOMIA UTILIZADA: CIPE				
PARÂMETRO	Risco De Choque	Mobilidade Física Prejudicada	Risco De Integridade Da Pele Prejudicada	Autocuidado Do Paciente Comprometido
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Risco De Choque Por Infecção	Mobilidade Do Paciente Comprometida	Risco De Integridade Da Pele Do Paciente Comprometido Devido Ingestão De Alimento Baixo.	Autocuidado Do Paciente Comprometido
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	Prevenção Da Contaminação Do Local Com Técnica De Assepsia Na Adolescente.	Estimular Paciente A Caminhar	Promover Ingestão De Alimentos No Paciente	Estimular O Paciente A Promover O Autocuidado Através Da Assistência De Enfermagem Continuada
RESULTADO DE ENFERMAGEM	Risco De Infecção Em Nível Diminuído No Adolescente.	Padrão De Mobilidade Melhorado No Paciente	Padrão Alimentar Com Nível Esperado	Autocuidado Iniciado No Paciente

Quadro 2: Diagnósticos, Intervenções e Resultados com Referência à CIPE.

Fonte: Próprios autores.

4 | DISCUSSÃO

A realização do Processo de Enfermagem deve ser implementada de forma organizada e operacionalizada, e tal aplicação é viabilizada por meio de um conjunto de ações sistematizadas, isto é, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)¹.

Apesar disso, o PE deve ser embasado em um referencial teórico que proporcione uma melhor estruturação à prática assistencial. Ainda assim, se faz necessário a utilização de taxonomias que normatizem a comunicação entre os profissionais envolvidos no PE.

A Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem – NANDA embasa a classificação dos diagnósticos na medida em que classifica e organiza os sintomas e manifestações relatadas pelo paciente durante a realização do histórico, ou seja, esse sistema organiza-se em grupos ou classes, com base na análise dos dados obtidos. Dessa maneira, o Diagnóstico de Enfermagem NANDA é **composto** pelo **título**, uma frase curta ou um termo que representa uma descrição clara e precisa do diagnóstico, que objetiva o seu significado e diferencia-o de todos os outros diagnósticos; pelas **características definidoras**, que correspondem aos sinais e/ou sintomas observados, e se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem com foco no problema, bem-estar ou síndrome; e pelos **fatores relacionados**, que se resume das condições ou circunstâncias associadas que contribuem para o desenvolvimento do diagnóstico.

A partir da classificação do diagnóstico, elaboram-se as Intervenções de Enfermagem que necessitam estar baseadas na Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC. Estas intervenções concernem às ações determinadas a serem realizadas frente às respostas do paciente, no dado momento que se estabeleceu o Diagnóstico de Enfermagem.³ Os Resultados de Enfermagem são fundamentados na Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC. Tais resultados referem-se à determinação do que se espera alcançar, a partir da realização das ações e intervenções previamente definidas.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE estabelece os diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem com base em um sistema de linguagem unificada, o modelo Sete Eixos, o qual facilita o processo de desenvolvimento dos termos de diagnóstico, intervenção e resultados do paciente assistido. O modelo 7 eixos é estruturado e organizado em **Foco**: área relevante para a enfermagem; **Julgamento**: opinião clínica ou determinação relacionada ao foco; **Meios**: maneira ou método de desempenhar uma intervenção; **Ação**: processo intencional aplicado a um cliente; **Tempo**: momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência; **Localização**: orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenção; e **Cliente**: sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção.

Posto isso, os diagnósticos e resultados de enfermagem, elaborados de acordo com a taxonomia CIPE são compostos por um termo do eixo foco e um termo do eixo julgamento, e as intervenções de Enfermagem estão constituídas por um termo do eixo ação e por termos de outros eixos, exceto pelos do eixo julgamento.

4.1 Abordagem Teórica

A Teoria do Autocuidado de Orem, que constitui o referencial teórico do presente estudo, tem como pressuposto que todos os seres humanos têm potencial para desenvolver habilidades intelectuais e práticas, além da motivação essencial para o autocuidado. Essa teoria valoriza a responsabilidade do indivíduo para com sua saúde e reconhece que prevenção e educação para a saúde são aspectos importantes nas intervenções de enfermagem. De acordo com Orem, a pessoa é um ser funcional e integrado com o todo e motivado a atingir o autocuidado (OREM, 2005).

Diante da complexidade dessa doença crônica, é mister reconhecer o papel central que o indivíduo desempenha na gestão de sua doença e na realização de ações de autocuidado. O investimento nessas ações constitui-se em uma estratégia de enfrentamento que exige preparo, investimento e persistência dos profissionais de saúde e, de modo particular, do enfermeiro diante dos resultados que serão alcançados no longo prazo. O autocuidado refere-se à capacidade do próprio indivíduo de monitorar sua condição de saúde e alterar suas respostas cognitivas, comportamentais e emocionais necessárias para manter uma boa qualidade de vida. Vale destacar o importante papel do enfermeiro no processo de estímulo às ações de autocuidado, pois cabe a ele reconhecer os comportamentos influentes na execução dessa tarefa, dialogar sobre as necessidades do indivíduo em relação a sua doença crônica e propor, junto com ele, um plano de cuidados pautado em prioridades definidas por meio de negociação efetiva entre indivíduo e profissional (COULTER et al., 2015).

Desse modo, os profissionais envolvidos no planejamento do cuidado ao indivíduo com DM1, em especial os enfermeiros, precisam reconhecer as ações de autocuidado como ferramenta-chave para a promoção de melhores condições de vida, apesar da doença (DAVID et al., 2012).

Entretanto, estudos que abordam essa problemática restringem-se à atribuição do profissional de saúde em tornar o indivíduo sujeito ativo na gestão da doença, a partir de ações de educação em saúde, estratégia que por si só não tem sido associada à maior adesão ao tratamento e conseqüente melhora clínica da doença. Sendo assim, é muito importante que esses profissionais reconheçam e valorizem as ações de autocuidado já realizadas pelas pessoas e que identifiquem prováveis barreiras que estejam impedindo ou que possam vir a impedir a realização efetiva dessas ações (AL WADAANI, 2013).

5 | CONCLUSÃO

O trabalho possibilitou que acadêmicos de enfermagem analisassem como a teoria de Dorothea Orem pode fazer inter-relações e estar ligada a um paciente portador de uma patologia específica, e pode-se observar que as teorias de enfermagem buscam

comprovar os conhecimentos específico da enfermagem como forma de melhorar a qualidade da assistência prestada.

A Teoria do Autocuidado, abordada como referencial teórico para este trabalho possibilitou a observação de que os profissionais de enfermagem precisam ter uma abordagem de incentivo para que estimule os pacientes a desenvolverem o autocuidado, de tal forma que os mesmos não fiquem dependente de uma assistência de enfermagem contínua desnecessária, evitando assim complicações para ambos.

Vale ressaltar que este estudo pode ser caracterizado como possuindo certas limitações pelo fato de os autores possuírem um período de tempo limitado e curto durante o correr da disciplina de MAE para a produção do mesmo, o que implica em dados não muito estáveis, levando em considerações outras variáveis e fatores externos.

Dado o exposto, tal vivência enriqueceu a construção discente e profissional dos acadêmicos na aquisição e aprimoramento do conhecimento acerca da patologia descrita no estudo e das habilidades para trabalhar utilizando as classificações taxonômicas de forma correta.

REFERÊNCIAS

AL WADAANI, F. A.; The knowledge attitude and practice regarding diabetes and diabetic retinopathy among the final year medical students of King Faisal University Medical College of Al Hasa region of Saudi Arabia: a cross sectional survey. **Niger J Clin Pract.** v.164, n.8, 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Classification and Diagnosis of Diabetes.** Diabetes Care. v.40, pág.11-24, 2017.

BAHADORAN, A. et al. **Nitrate-nitrite-nitrosamines exposure and the risk of type 1 diabetes: a review of current data.** Disponível em: <<https://www.wjgnet.com/1948-9358/full/v7/i18/433.htm>> Acesso em 10 de Junho de 2018.

CIPE Versão 1: **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;** São Paulo: Argol Editora; 2007.

Classificação das intervenções em enfermagem (NIC). 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

Classificações dos resultados de enfermagem (NOC): mensuração dos resultados em saúde. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009_4384.html> Acesso em 10 de Junho de 2018.

COULTER, A. et al. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. **Cochrane Database Syst Rev.** n.3, 2015.

DAVID, G. F.; TORRES, H. C.; REIS, I. A.; Atitude dos profissionais de saúde nas práticas educativas em Diabetes Mellitus na Atenção primária. **Cienc. cuid. saude.** v.11, n.4, pág.758-66, 2012.

EBEN, J. D. et al. Dorothea E. **Orem:** teoría del déficit de autocuidado. In: MARRINERTOMEY, A.

Modelos y teorías en enfermería. 3 ed. Madrid: Harcourt Brace, 1994, cap.14.

EDWARDS, Thea M. et al. Nitrate induces a type 1 diabetic profile in alligator hatchlings. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147651317306504?via%3Dihub>> Acesso em 05 de Junho de 2018.

FOSTER, P. C.; JANSSENS, N. P. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**. Tradução Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artmed, 1993, cap.7.

GALE, Edwin A. M. The Rise of Childhood Type 1 Diabetes in the 20th Century. Disponível em:< <http://diabetes.diabetesjournals.org/content/51/12/3353>> Acesso em 10 de Junho de 2018

GONZÁLEZ, A. P.; MERINO, S. M.; CUEVAS, V. Y.; ZULUETA, M. V. Modelo de autocuidado: su aplicación en el proceso de atención de enfermería en Cuba. **Revista medica electron**; v.27, n.1, ene.-feb. 2005.

I. GOMÀ-RODRÍGUEZ, L. M. CANTERA, J. PEREIRA DA SILVA Autocuidado de los profesionales que trabajan en la erradicación de la violencia de pareja. **Psicoperspectivas, individuo y sociedade**. Barcelona. vol. 17, n. 1, 15, mar, 2018.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de Enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LEOPARDI, M. T.; WOSNY, A. M.; MARTINS, M. L. Dorothea Orem: teoria do autocuidado. In: LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Ed. Papas, 1999

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação - 2015-2017/ NANDA International**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

OREM, D. E. **Nursing – concepts of prática**. 3 ed. Traduzido por Fernando Volkmer, 1985. New York: McGraw-Hill Company, 1980. Texto resumido para fins didáticos, pela Dra. Eloita P. Neves.

Orem DE. Nursing: concepts of practice. St. Louis: Mosby; 2005. 82p

QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina et al. **Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem**. Disponível em:<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a18.pdf>> Acesso em 08 de Junho de 2018.

SANTOS, I. dos; PACHECO, G. S. **Promovendo o autocuidado junto ao cliente com insuficiência renal crônica**. In: LIMA, E. X.; SANTOS, I. dos. Atualização de Enfermagem em nefrologia. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola de Enfermagem Anna Nery, 2004, p.158.

SANTOS BARROS et al. Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Cad. Saúde Colet*. Rio de Janeiro, v.24, n.4, pág 388-396, 2016.

SILVA, J.P.; GARANHANI, M.L.; PERES, A.M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jan.-fev 2015;23(1):59-66.

A TEORIA DAS NECESSIDADES FUNDAMENTAIS E O PROCESSO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Karoline Lima de Oliveira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Isadora Almeida de Sousa

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Letícia Gonçalves Paulo

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Patrícia Regina Evangelista de Lima

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Paloma Lima Moura

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

RESUMO: O bloqueio atrioventricular é a dificuldade ou a impossibilidade da condução de estímulos dos átrios aos ventrículos, podendo ser de 1º, 2º ou 3º grau, sendo o último completo ou total. Objetiva-se relatar a aplicação do processo de enfermagem a um paciente com bloqueio atrioventricular de 3º grau em um hospital público. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso,

elaborado por acadêmicas em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. A Sistematização da Assistência de Enfermagem baseou-se na coleta de dados e raciocínio diagnóstico. Em seguida foram delineados os resultados a serem atingidos e propôs-se então as intervenções de enfermagem, para posteriormente implementá-las e avaliar sua eficácia. Todo o Processo de enfermagem foi executado, tendo como referência a teoria das necessidades fundamentais de Virginia Henderson, buscando-se interligar seus pressupostos com a assistência prestada e utilizaram-se as taxonomias NANDA, NIC e NOC, respectivamente para diagnósticos, intervenções e resultados em enfermagem. O paciente apresentou os seguintes títulos diagnósticos de enfermagem: Intolerância a atividade, Fadiga, Débito cardíaco diminuído. As intervenções de enfermagem, conforme NIC foram: Cuidados cardíacos: Reabilitação, Controle do ambiente. Os resultados esperados segundo NOC foram: Tolerância a atividade, Efetividade da bomba cardíaca, Cuidados cardíacos do controle do marca-passo definitivo. Por ser uma doença rara, o desenvolvimento do estudo exigiu conhecimento sobre o processo fisiopatológico, o que ainda é indefinido e limitado. Ficando assim, a sugestão de mais estudos que demonstrem a aplicação funcional da Enfermagem, na prestação de cuidados à

saúde de paciente com bloqueio atrioventricular total.

PALAVRAS-CHAVE: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Teoria de Enfermagem. Bloqueio atrioventricular.

ABSTRACT: Atrioventricular block is the difficulty or impossibility of conduction of atrioventricular stimuli, which may be 1st, 2nd or 3rd degree, the latter being complete or total. The objective of this study is to report the application of the nursing process to a patient with a 3rd degree atrioventricular block in a public hospital. This is a qualitative research of the case study type, prepared by nursing students of the Federal University of Piauí. The systematization of nursing care was based on data collection and diagnostic reasoning. The results to be achieved were then delineated and the nursing interventions were then proposed, in order to implement them and evaluate their effectiveness. The entire Nursing Process was performed, with reference to Virginia Henderson's fundamental needs theory, seeking to interconnect their assumptions with the assistance provided and used the NANDA, NIC and NOC taxonomies respectively for diagnoses, interventions and results in nursing. The patient presented the following nursing diagnosis titles: Activity intolerance, Fatigue, Decreased cardiac output. The nursing interventions, according to NIC were: Cardiac care: Rehabilitation, Environmental control. The expected results according to NOC were: Activity tolerance, Cardiac pump efficiency, Cardiac care of definitive pacemaker control. Because it is a rare disease, the development of the study required knowledge about the pathophysiological process, which is still undefined and limited. Thus, the suggestion of further studies demonstrating the functional application of Nursing in the health care of patients with total atrioventricular block.

KEYWORDS: Systematization of Nursing Care. Nursing Theory. Atrioventricular block.

1 | INTRODUÇÃO

O Bloqueio Atrioventricular Total congênito apresenta prevalência de 1 em 15.000 até 22.000 nascidos vivos e predomínio do sexo feminino, corresponde de 3% a 4% de todas as causas de BAVT. Considerado doença de caráter benigno, o BAVT congênito caracteriza-se por batimentos lentos com dissociação atrioventricular e episódios de síncope (JATENE, 2007).

Os BAVT são classificados em bloqueios do 1º, 2º e 3º, este último sendo o caso apresentado neste relato, onde os estímulos de origem atrial não conseguem chegar aos ventrículos e despolarizá-los, fazendo com que um foco abaixo da região de bloqueio assuma o ritmo ventricular. Não existe, assim, correlação entre a atividade elétrica atrial e ventricular, o que se traduz no ECG por ondas P não relacionadas ao QRS. A frequência do ritmo atrial é maior que a do ritmo de escape (PASTORE, 2016).

Quando o bloqueio AV de terceiro grau é adquirido, por cardiopatia ou degeneração senil do sistema de condução, o paciente quase sempre tem sintomas de baixo fluxo

cerebral ou de diminuição do débito cardíaco, como tonturas, síncope e insuficiência cardíaca, porque o foco ventricular se mantém bradicárdico (GRINDLER, 2010).

Segundo a III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Análise e Emissão de Eletrocardiográficos (2016), sugere-se para o implante inicial em pacientes com bloqueio atrioventricular, o uso de marca-passos de dupla-câmara, por serem estes, teoricamente, mais fisiológicos que os marca-passos unicamente ventriculares.

A sistematização da assistência de enfermagem deve estar baseada em um conhecimento teórico que oriente desde a coleta de dados até as análises dos resultados de enfermagem. Diante disso, o Processo de Enfermagem caracteriza o modo de agir e de pensar do profissional enfermeiro, proporcionando organizar os cuidados necessários para a prática profissional. (GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017).

Tendo em vista que existem poucas publicações a respeito do BAVT, justifica-se a realização do presente estudo com o intuito de contribuir para melhora da qualidade da assistência diante do paciente diagnosticado com bloqueio atrioventricular de 3º grau. Com isso, essa investigação teve como objetivo relatar a aplicação do processo de enfermagem em um paciente com bloqueio atrioventricular de 3º grau, em uma experiência vivida no hospital público de referência do município de Picos-PI.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, elaborado por acadêmicas da Universidade Federal do Piauí, do curso de bacharelado em enfermagem, realizado no mês de maio de 2018 durante aulas práticas no hospital regional localizado no município de Picos-PI.

Estudo de caso consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita, seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 2010).

O estudo transcrito sucedeu no período de maio de 2018 ao longo das práticas da disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem. O caso em questão, refere-se a um bloqueio atrioventricular total (BAVT), que segundo diagnóstico médico é caracterizado como de terceiro grau.

Foi efetuado todas as etapas do Processo de Enfermagem (PE) em 7 dias. A primeira etapa da sistematização da assistência de Enfermagem ocorreu com a coleta de dados. Esta, foi coletada guiando-se pelo instrumento Anexo I retirado do livro Avaliação física em Enfermagem das organizadoras Loide Corina Chaves e Maria Belén Salazar Posso, assim como o roteiro para a avaliação física de enfermagem, além do instrumento da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) padronizado pelo hospital.

A execução da etapa subsequente: diagnósticos, concretizou-se analisando a coleta de dados do paciente: a anamnese, entrevista compreensiva, exame físico geral e específico do sistema cardiovascular, produzindo o exame clínico. Para isto, foi utilizado a taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association International*

(NANDA-I).

O plano assistencial de Enfermagem, elaborou-se afim de resolver os achados encontrados na fase de diagnóstico de Enfermagem, primeiramente definindo quais eram os resultados esperados para as implicações já determinadas, seguindo a *Nursing Outcomes Classifications* (NOC). Traçados os objetivos a serem consolidados propôs-se as intervenções de enfermagem que seriam aplicadas, de acordo com a *Nursing Interventions Classification* (NIC). Posteriormente a isto, comparou-se todas as taxonomias acima citadas com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Todo o PE foi aplicado, tendo como referência a Teoria em Enfermagem das Necessidades Fundamentais de Virginia Henderson, buscando-se interligar seus pressupostos com a assistência prestada.

3 | RESULTADOS

3.1 Histórico de Enfermagem

08/05/2018 9h30min, A. C. S. M. F., 57 anos, pardo, casado, pai de 2 filhos, agricultor, sua renda mensal é de um salário mínimo, católico apostólico romano praticamente, ensino fundamental completo, natural de Jaicós – PI, procedente de Picos, mora em casa de alvenaria, sem saneamento básico, conta com água encanada, dependente total do SUS para a assistência à saúde, não possui carteira de vacinação. Foi internado na ALA B de um Hospital público, quarto 08, leito 39, afim de ser transferido para a capital do estado Teresina com intuito de ser submetido a um processo cirúrgico para implantação de um marca-passo pelo Médico Cardiologista. Segundo diagnóstico médico, o mesmo é portador de Hipertensão Arterial Sistêmica a 10 anos. Possui histórico de isquemia miocárdica direta. Arritmias cardíacas evidenciadas por eletrocardiograma – ECG. Seu dia inicia-se as 04h30min, faz desjejum tomando leite, pão e margarina, e vai para o campo, retorna ao meio dia e almoça arroz, feijão, carne vermelha, come rapadura e bebe água. Dorme após o almoço. Quando acorda faz um lanche e janta as 19h30min sopa de carne moída e assiste as novelas. Dorme às 22h. Avalia seu estado de saúde atual como grave, apresentando principalmente cansaço aos pequenos esforços, devido ao seu diagnóstico médico de Bloqueio atrioventricular total – BAVT, e por não conseguir conciliar sono e repouso. Faz uso de medicamento Captopril 25mg (1 comprimido pela manhã). Refere ser ex fumante e etilista. Apresenta peso: 65kg, PA: 140X60 mmHg, P: 35 bpm, R: 18rpm, Tax: 35.6 °C, FC: 35bpm. Processo cognitivo preservado, comunicação: entende e transmite mensagens verbais satisfatoriamente, acuidades auditiva e olfativa, tátil e visual preservadas. Cabeça e couro cabeludo limpos. Orelhas limpas e preservadas. Nariz limpo, não refere obstruções e corrimentos. Pele normocorada, sem alterações. Ao exame físico específico do sistema cardiovascular evidenciou-se tórax simétrico à

inspeção, observou-se movimento ventricular sistêmico e presença do ictus cordis à palpação. A ausculta cardíaca foi realizada nos quatro focos, no foco mitral e tricúspide ouve alterações quanto a sonoridade das bulhas cardíacas referentes a B1. Apresenta edema em membros inferiores. Refere tontura e cansaço aos esforços. Relatou 2 episódios de síncope (SIC). Refere se relacionar sexualmente com seu cônjuge. Eliminações urinárias e intestinais presentes e em aspecto normal.

3.2 Evolução de Enfermagem

Data: 08/05/2018 9h30min. 9º DIH (dias de internação) por diagnóstico de BAVT: bloqueio atrioventricular total de terceiro grau. Consciente, orientado, com processo cognitivo preservado, fásico, acuidades visuais e auditivas preservadas, respirando por ar ambiente. Pele normocorada, sem alterações. Normocefálico, ausência de nódulos, lesões ou hipersensibilidade. Face simétrica e sem movimentos involuntários. Pescoço livre em toda a amplitude de movimentação, sem dor, simétrico, ausência de massas, traqueia na linha média, tireoide não palpável. Mucosa e gengivas róseas, sem lesões. Faz uso de próteses. Língua sem lesões. Garganta com mucosas róseas, sem lesões ou exsudato, a úvula eleva-se na linha média da fonação. Reflexo de vômito presente. Nariz sem história de secreção, problemas nos seios paranasais, obstrução, epistaxe ou alergias. Simétricos, sem anormalidades. Sem desvio de septo ou perfuração. Boas condições de audição, sem dores, infecções e secreção. Palavras ouvidas bilateralmente. Tórax com presença de frêmitos, à palpação observou-se o ictus cordis. Venóclise em MSE sem sinais de hiperemia. Abdome globoso com presença de estrias. Fígado em tamanho normal. Apresenta edema em membros inferiores, deambula com auxílio. Sonolento por não ter dormindo e descansado bem a noite em função do déficit de conforto do seu leito. Apresenta fadiga, cansaço a pequenos esforços, tonturas e desmaios. Sinais vitais apresentando alterações características da doença. Apresentou piora do apetite com aceitação parcial do lanche da manhã e do almoço, referindo náuseas e inapetência. Eliminações intestinais e urinárias presentes e normais. SSVV: PA: 140X60 mmHg; P: 35 bpm; R: 18 rpm; T: 35,6°C; FC 35 bpm.

3.3 Exame Físico Sistema Cardiovascular

Ao exame físico específico do sistema cardiovascular evidenciou-se tórax simétrico à inspeção, observou-se movimento ventricular sistêmico e presença do ictus cordis à palpação. A ausculta cardíaca foi realizada nos quatro focos. No foco mitral e tricúspide ouve alterações quanto a sonoridade das bulhas cardíacas referentes a B1. Foram ouvidos sopros cardíacos nos focos mitral e tricúspide.

3.4 Diagnósticos, Intervenções e Resultados

Tendo em vista o processo saúde e doença do paciente perpassando pelas fases de diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de Enfermagem, os diagnósticos segundo NANDA, resultados segundo NOC, e intervenções segundo NIC

foram descritos.

Ao exame físico do paciente observou-se indisposição ao se colocar na posição ortostática, referiu cansaço ao realizar atividades cotidianas como ir ao banheiro ou vestir-se. Diante disso foi proposto ao mesmo um plano de cuidados afim de minimizar suas queixas. Observou-se ainda as queixas referidas quanto a fadiga generalizada decorrente principalmente pela falta de descanso no leito nos momentos de sono. Tendo em vista seu déficit cardiovascular que foi causa principal da internação hospitalar obteve-se o último diagnóstico.

Para os diagnósticos encontrados durante a coleta de dados, foram estabelecidos resultados esperados, e partindo dos resultados, intervenções para alcança-los (Tabela 1).

NANDA	Intolerância a atividade relacionado a fraqueza generalizada caracterizado por alterações eletrocardiográficas refletindo arritmias e relato de fadiga. Fadiga relacionado a privação de sono caracterizado por aumento da necessidade de repouso e relato de cansaço. Débito cardíaco diminuído relacionado a frequência cardíaca alterada evidenciado por bradicardia.
NOC	Tolerância a atividade. Nível de fadiga. Efetividade da bomba cardíaca.
NIC	Cuidados cardíacos: Reabilitação. Controle do ambiente. Cuidados cardíacos do controle do marca-passo definitivo.

Quadro 1: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Fonte: Próprios autores.

No dia 08/05/2018, ao primeiro contato com o paciente, na anamnese o mesmo referiu cansaço avaliado na escala de indicadores qualidade do sono e equilíbrio entre atividade, foi definido como moderadamente comprometido (3). Após as intervenções, no dia 15/05/2018 avaliou-se a assistência prestada na mesma escala tendo como resultado levemente comprometido (4), (Tabela 02).

DIAGNOSTICO: Fadiga relacionado a privação de sono caracterizado por aumento da necessidade de repouso e relato de cansaço.

RESULTADO: NÍVEL DE FADIGA 0007

Domínio - saúde funcional (1) Classe – Manutenção da Energia (A)

DEFINIÇÃO:	Gravidade de fadiga generalizada prolongada que foi reportada ou observada
ESCALA:	“Gravemente comprometido” a “Não comprometido”
INDICADORES:	000720 Qualidade do sono 000721 Equilíbrio entre atividade e repouso

INDICADORES	PERIODICIDADE	MANTER EM: 3	AUMENTAR PARA: 5	3	4
Qualidade do sono	7 dias	08/05	15/05	08/05	15/05
Equilíbrio entre atividade e repouso	7 dias	08/05	15/05	08/05	15/05

Quadro 2 indicadores e periodicidade da assistência – NOC.

Fonte: Próprios autores.

Nos dias 08 e 15 de maio foi avaliada a escala de tolerância à atividade que é definida como respostas fisiológicas a movimentos que consomem energia nas atividades da vida diária. Não houveram significativas mudanças nas condições fisiológicas devido ao auto grau de comprometimentos cardiovascular, podendo este ser corrigida somente com a intervenção cirúrgica. Aplica-se também a tabela 6 em que avalia o débito cardíaco (Tabela 3).

DIAGNOSTICO: Intolerância a atividade relacionado a fraqueza generalizada caracterizado por alterações eletrocardiográficas refletindo arritmias e relato de fadiga.

RESULTADO: TOLERÂNCIA A ATIVIDADE 0005

Domínio - saúde funcional (1) Classe – Manutenção da Energia (A)

Definição:	Respostas fisiológicas a movimentos que consomem energia nas atividades da vida diária.
Escala:	“Gravemente comprometido” a “Não comprometido”
Indicadores:	000506 Achados do eletrocardiograma 000502 Frequência cardíaca durante a atividade 000518 Facilidade de realizar as atividades da vida diária (AVD)

INDICADORES	PERIODICIDADE	MANTER EM: 3	AUMENTAR PARA: 5	1	2
Achados do eletrocardiograma	7 dias	08/05	15/05		08/05 15/05
Frequência cardíaca durante a atividade	7 dias	08/05	15/05		08/05 08/05
Facilidade de realizar as atividades da vida diária (AVD)	7 dias	08/05/2018	15/05/2018		08/05

Tabela 3 indicadores e periodicidade da assistência – NOC.

Fonte: Próprios autores.

O paciente no dia 08/05/2018, primeiro dia de assistência, ao exame físico apresentou bradicardia, com frequência cárdica de 35 bpm, o parâmetro foi registrado

e avaliado (Tabela 4).

DIAGNOSTICO: Débito cardíaco diminuído relacionado a frequência cardíaca alterada evidenciado por bradicardia.

RESULTADO: EFETIVIDADE DA BOMBA CARDÍACA 0400

Domínio - saúde fisiológica (II) Classe – Cardiopulmonar (E)

DEFINIÇÃO:	Adequação do volume de sangue ejetado do ventrículo esquerdo para manter a pressão de perfusão sistêmica.			
ESCALA:	“Desvio grave da variação normal” a “Sem desvio da variação normal”			
INDICADORES:	040006 Pulsos periféricos 040002 frequência cardíaca apical			
INDICADORES	PERIODICIDADE	MANTER EM: 3	AUMENTAR PARA: 5	1
Pulsos periféricos	7 dias	08/05	15/05	08/05
Frequência cardíaca apical	7 dias	08/05	15/05	08/05

Tabela 4 indicadores e periodicidade da assistência – NOC.

Fonte: Próprios autores.

Posteriormente analisaram-se os diagnósticos de acordo com CIPE, comparando ambos os resultados (Tabela 5).

DIAGNÓSTICOS	Paciente com sistema cardiovascular comprometido. Nível aumentado de fadiga em decorrência da hospitalização. Paciente possui alta intolerância a atividade.
INTERVENÇÕES	Estabilizar a frequência cardíaca por meio do aparelho cardíaco de implantação. Minimizar a fadiga do cliente através de terapia de relaxamento simples. Promover movimento passivo das articulações.
RESULTADOS	Paciente com sistema cardiovascular melhorado Nível diminuído de fadiga durante a hospitalização. Paciente com baixa intolerância a atividade.

Tabela 5 Diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem segundo CIPE.

Fonte: Próprios autores.

4 | DISCUSSÃO

O processo de enfermagem é um instrumento privativo do enfermeiro, no qual orienta e direciona de forma sistematizada o cuidado prestado. Deve ser fundamentado em teorias de enfermagem, para a melhoria da qualidade da assistência. Nessa perspectiva, NANDA-I, NOC, NIC e CIPE são utilizados para padronizar a linguagem,

permitindo assim ao enfermeiro identificar diagnósticos, resultados e intervenções que melhor se adequem ao paciente (GARCIA, 2016).

A taxonomia NANDA-I apresenta um sistema de classificação de diagnóstico de enfermagem em três níveis: domínios, classes e conceitos. Além disso, possui também os fatores relacionados e as características definidoras.

De acordo com cada diagnóstico foi possível identificar os resultados esperados através da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), para então definir as intervenções adequadas para melhorar os resultados do paciente por meio da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC). (NANDA, 2015-2017).

A classificação NOC designa medidas padronizadas que possibilita a avaliação dos cuidados de enfermagem. Essa mensuração permite ao enfermeiro determinar se o paciente está respondendo as intervenções de enfermagem, podendo estabelecer mudanças no cuidado. (SEGANFREDO, 2011). Na classificação NIC, as intervenções e atividades descritas demonstram a importância do enfermeiro na prestação do cuidado.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é formada por 7 eixos: foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente. É um sistema unificado que permite realizar os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Para a formulação dos diagnósticos e resultados é necessário a inserção de um eixo foco e outro julgamento e as intervenções devem incluir um eixo ação e outro que não seja o julgamento. (GARCIA, 2009).

4.1 Abordagem teórica

Virginia Henderson acreditava que os cuidados de enfermagem devem ser centrados nas necessidades básicas do indivíduo, sendo assim o princípio de sua teoria são os 14 componentes humanos básicos de cuidados da enfermagem. (ASCENÇÃO, 2010).

Dormir e repousar estão inseridos nas necessidades fundamentais da teórica, são essenciais para manutenção do cuidado. No caso relatado, o paciente se encontrava fadigado, devido à privação do sono. Alguns fatores ambientais como barulho, iluminação, falta de conforto, transitar de pessoas na enfermaria interferiam no descanso adequado do paciente (PHANEUF, 2001).

Outra necessidade fundamental abordada pela teórica, respiração e circulação definido por Phaneuf (2001) como lançamento para o exterior do dióxido de carbono e vapor foi evidenciado de forma deficitária no paciente assistido. Circulação é um tipo de função com as características específicas: movimento do sangue através do sistema cardiovascular como o coração e os vasos sanguíneos centrais e periféricos. (CIPE, 2015).

5 | CONCLUSÃO

No presente estudo, foi identificado as carências do paciente, constituindo diagnósticos que foram intervindos afim de suprir as necessidades do paciente tendo como base a teoria das Necessidades básicas de Virginia Herderson. Conclui-se dessa forma, que a padronização da assistência de enfermagem, seguindo uma sistematização e taxonomias próprias da ciência, contribui de forma positiva, subsidiando a prática, com conhecimento científico, além de facilitar a assistência, auxiliando na tomada de decisão.

A experiência relatada, foi essencial na aquisição de conhecimento sobre a prática do PE e autonomia da assistência prestada pelas acadêmicas. Por ser uma doença rara, o desenvolvimento do estudo exigiu conhecimento sobre o processo fisiopatológico desta que ainda é indefinido, contando com certas limitações. Ficando assim, a sugestão de mais estudos que demonstrem a aplicação funcional da Enfermagem, na prestação de serviços de saúde a paciente com BAVT.

REFERÊNCIAS

BARROS, A.L.B.L.; BISPO, G.S. **Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem**. São Paulo.

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. São Paulo, n.6, p. 16, 2016.

CIPE® Versão 2015. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**, 2015.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre, **Artmed**, 2010.

GARCIA, T.R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Esc Anna Nery**, v.1, p. 5-6, 2016.

GARCIA, T.R.; NOBREGA, M.M.L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. **Acta Paul Enferm**, João Pessoa, v. 22, n. 9, p. 875 – 879, 2009.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2010. Cap. 4, p. 25-43

GUTIÉRREZ, M.G.R.; MORAIS, S.C.R.V. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, p.455-60, 2017.

GRINDLER, J. et al. Bloqueio atrioventricular total e exercício físico. *Diagn e Tratamento*, p.131-134, 2010.

JATENE, I. B. Atualização em cardiopatias congênitas. **Revista da SOCESP**. v. 17, n. 2, p.162, 2007.

JOHNSON, M.; MASS, M.; MOORHEAD, S. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Porto Alegre, **Artmed** 2ª ed, 2004.

Ligações entre: NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Porto Alegre, **Artmed** 2ª ed, p. 704, 2009.

LIMA, G.G. et al. Bloqueio atrioventricular total congênito: uma revisão. **Revista Latino-Americana de Marcapasso e Arritmia**. v. 6, n. 1, p. 44-49, 1993.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre, **Artmed**, p. 606, 2009.

OLIVEIRA JUNIOR, R. M. et al. Capacidade funcional de portadores de marca-passo por bloqueio atrioventricular congênito isolado. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, p. 67-77, 2015.

PASTORE, C. A., et al. III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Análise e Emissão de Eletrocardiográficos. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. v. 106. n. 4. Supl. 1, 2016.

PHANEUF, M. Planificação de cuidados. (N. Salgueiro, & R. P. Salgueiro, Trads.) **Coimbra: Quarteto**, 2001,

SEGANFREDO, D.H.; ALMEIDA, M.A. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Porto Alegre, v. 1, 2011.

TENO, L. A. C. et al. Efeitos da mudança de modo de estimulação ventricular para atrioventricular sobre a qualidade de vida em pacientes com cardiopatia chagásica e bloqueio atrioventricular na troca eletiva do gerador de pulsos. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, p.23-32, 20.

PROCESSO DE ENFERMAGEM A PACIENTE IDOSO COM PNEUMONIA E SUAS COMPLICAÇÕES FUNDAMENTADO NA TEORIA DAS QUATORZE NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE VIRGÍNIA HENDERSON: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Geovana Larissa Alves Mendes

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Jéssica Anjos Ramos de Carvalho

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Lucas Sallatiel Alencar Lacerda

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Laryssa Lyssia Matildes Rodrigues

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Lannah Beatriz Pereira da Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí.

RESUMO: A pneumonia é a maior causa de morte por doenças infecciosas no mundo. Os pacientes idosos com pneumonia requerem cuidados de toda a equipe multiprofissional citando-se a atuação da enfermagem na assistência. Para que isso ocorra de forma organizada utiliza-se o Processo de Enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, tipo

estudo de caso, realizado por graduandos de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior Pública do Piauí, em um hospital de referência no interior do Estado. A amostra foi constituída por um paciente idoso internado na enfermaria do mesmo. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, com questões pertinentes às técnicas básicas do exame físico e anamnese, em maio de 2018. Como referencial teórico foi utilizada a Teoria das Quatorze Necessidades Humanas Básicas de Virgínia Henderson. A elaboração dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem se deu por meio da análise do histórico clínico do paciente e posteriormente utilizaram-se as taxonomias NANDA, NIC, NOC e CIPE. O processo de enfermagem é estruturado baseando-se em referenciais teóricos que determinam a conduta do enfermeiro. Nesse sentido, as taxonomias padronizam a linguagem, na qual cita-se NANDA-I, NIC, NOC e CIPE, que possibilitam ao enfermeiro classificar e definir diagnósticos, intervenções e resultados. As teorias de enfermagem são indispensáveis para a prática profissional, além do seu papel primordial de organizar e sistematizar o cuidado prestado ao paciente. A teoria de Virgínia Henderson utilizada neste estudo de caso apresentou-se de grande aplicabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Pneumonia. Idoso.

ABSTRACT: Pneumonia is the leading cause of death from infectious diseases in the world. Elderly patients with pneumonia require care from the entire multiprofessional team, citing the nursing role in care. For this to occur in an organized way the Nursing Process is used. This is a descriptive study, with a qualitative approach, like a case study, carried out by Nursing undergraduates of a Public Higher Education Institution of Piauí, in a reference hospital in the interior of the State. The sample consisted of an elderly patient hospitalized in the same ward. Data collection was done through a semistructured interview with questions pertinent to the basic techniques of physical examination and anamnesis, in May 2018. As a theoretical reference was used The Theory of the Basic Human Needs of Virginia Henderson. The nursing diagnoses, interventions and results were elaborated through the analysis of the patient's clinical history and later the NANDA, NIC, NOC and CIPE taxonomies were used. The nursing process is structured based on theoretical references that determine the nurse's behavior. In this sense, taxonomies standardize language, in which NANDA-I, NIC, NOC and CIPE are cited, which enable nurses to classify and define diagnoses, interventions and results. Nursing theories are indispensable for professional practice, in addition to their primary role in organizing and systematizing the care provided to the patient. The Virginia Henderson theory used in this case study was of great applicability.

KEYWORDS: Pneumonia. Aged. Nursing Process.

1 | INTRODUÇÃO

A pneumonia continua sendo a maior causa de morte por doenças infecciosas no mundo, apesar de todo o avanço na área médica e social no decorrer do século e da disponibilidade de novos antibióticos vários fatores, dentre eles idade avançada e presença de algumas doenças crônicas, como doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus e insuficiência cardíaca, estão associados à sua maior gravidade e mortalidade (ALMEIDA & FILHO, 2004).

O aumento na expectativa de vida, em consequência da melhoria da qualidade da assistência médica e do saneamento básico, e a redução da fecundidade são fatores responsáveis pela modificação da pirâmide etária no sentido de um grande aumento da população idosa, a qual é mais vulnerável ao desenvolvimento de pneumonias, devido às alterações provocadas pela própria senescência (ALMEIDA & FILHO, 2004).

Os pacientes idosos vítimas de pneumonia requerem cuidados de toda a equipe multiprofissional, assim cita-se a atuação da enfermagem durante a assistência. Para que isso ocorra de forma organizada utiliza-se o Processo de Enfermagem, na qual necessita ser fundamentado em um referencial teórico que direcione as práticas de enfermagem. Segundo a Resolução COFEN-358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a implementação do Processo de Enfermagem (PE) organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas

e interdependentes. São elas: Histórico; Diagnósticos; Intervenções; Resultados e Avaliação de Enfermagem (ROCHA et al, 2017).

Para padronizar a linguagem de enfermagem, direcionar as intervenções, bem como mensurar os resultados esperados, os enfermeiros devem fazer uso de taxonomias que os auxiliem durante as etapas do Processo de Enfermagem. Nesse sentido, cita-se a North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), Nursing Intervention Classification (NIC), Nursing Outcomes Classifications (NOC) e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ROCHA et al, 2017).

Assim, a teórica utilizada para nortear a experiência foi a de Virginia Henderson, na qual centra-se na linha das necessidades humanas básicas, cujo foco principal é o cuidado para com o indivíduo baseado nos quatorze componentes de cuidados básicos de enfermagem, os quais dão uma visão totalitária sobre o indivíduo, ou seja, Henderson utiliza-se da abordagem holística para estabelecer um plano assistencial globalizado. Para Henderson, citada por Furukawa e Howe (1993), mente e corpo são inseparáveis estando estes em pleno inter-relacionamento para o desenvolvimento das funções do ser humano e que o enfermeiro convive num ambiente de sociedade (NETO & NÓBREGA, 1999).

A elaboração dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem se deu por meio da análise do histórico clínico do paciente e posteriormente utilizaram-se as taxonomias NANDA, NIC, NOC e CIPE. Como referencial teórico foi utilizada a Teoria de Virginia Henderson, na qual se buscou relacionar as ideias elucidadas pela teórica aos componentes do estudo.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, tipo estudo de caso, realizado por graduandos de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior Pública do Piauí, em um hospital de referência no interior do Estado. A amostra foi constituída por um paciente idoso que estava internado na enfermaria do mesmo. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, utilizando um roteiro fundamentado nas questões pertinentes relacionadas às técnicas básicas do exame físico e anamnese, no decorrer de maio de 2018.

A elaboração dos diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem se deu analisando o histórico clínico e usando as taxonomias NANDA Internacional (2012-2014), NIC, NOC e CIPE versão 2.0 a partir da catalogação dos termos do eixo foco, acrescidos do eixo julgamento e adicionando os demais termos dos outros eixos conforme necessidade de uso.

Como referencial teórico foi utilizada a Teoria das Quatorze Necessidades Humanas Básicas proposta por Virgínia Henderson, na qual buscou-se relacionar as ideias elucidadas pela teórica aos componentes do estudo. Através dos dados

colhidos, foi possível estabelecer o processo de raciocínio de diagnóstico, a partir dos fenômenos de Enfermagem baseados nas necessidades afetadas propostas por Henderson.

3 | RESULTADOS

3.1 Histórico de Enfermagem

J. M. B., 84 anos, sexo masculino, viúvo, aposentado, 6º Dia de Internação Hospitalar, internado devido a complicações respiratórias envolvendo pneumonia, apresentando sintomas de dispneia, tosse produtiva e disfagia. Quanto aos antecedentes familiares, não existe histórico de doenças crônicas. Relatou não ter utilizado medicações anteriores ao diagnóstico, assim como nenhum procedimento cirúrgico anterior. Sobre as condições de moradia, reside em área urbana, com saneamento básico. Encontrava-se asseado, costuma tomar banho no período matutino e não realiza exercícios físicos.

Quanto aos hábitos alimentares, o mesmo encontrava-se utilizando sonda nasogástrica (SNG). Encontrava-se com ausência de eliminações intestinais há alguns dias, com períodos anteriores de obstipação. Eliminação urinária normal. Hábitos de sono e repouso desregulados. Na avaliação do seu estado emocional, notou-se um grau relevante de dependência do mesmo aos cuidados hospitalares ou por parte do acompanhante, acarretando em debilidade do seu estado mental.

3.2 Exame Físico

Paciente atendido na enfermaria apresentando estado geral regular, consciente, desorientado, obnubilado, afásico, pele e mucosas normocoradas com presença de cianose nos locais de extravasamento após inserção de cateteres. Observou-se quadro nutricional de baixo peso corporal. Ao exame físico, foi possível observar os seguintes aspectos por divisão corporal. Encontrava-se acamado, com movimentação restrita ao leito e diminuição da atividade motora dos membros inferiores. Cabeça e pescoço: cabeça normocefálica arredondada e simétrica, sem lesões, face normocorada. Olhos simétricos, atividade visual diminuída com pupilas fotorreativas e acuidade auditiva diminuída. Nariz com presença de lesões provenientes do uso de sonda, cavidade bucal com presença de lesões. Pescoço sem anormalidades. Tórax anterior: sem alterações anatômicas. Eupneico, com frequência respiratória de 18 mrm. Utilizava oxigenoterapia e máscara de venturi. Coração: normocárdio, sem alterações precordiais. Abdome: indolor e plano. MMSS: pulsos periféricos palpáveis. Presença de edema. MMII: presença de edema. Sinais Vitais: P.A. 110x70 mmHg, Pulso 70 bpm, F.C. 70 bpm, T.A. 36,2°C, F.R. 18 mrm, Saturação de O₂ 96%.

3.3 Evolução de Enfermagem

Paciente no 6º DIH para tratamento de pneumonia. Consciente, desorientado, afásico, obnubilado. Pele e mucosas hipocoradas. Acamado, deambula com auxílio. Gânglios cervicais não palpáveis. Afebril, hipotenso, eupneico, bradicárdico. À ausculta pulmonar: MV+ com presença de ruídos adventícios, respirando espontaneamente, com ar ambiente. À ausculta cardíaca: BNF em 2T. Abdome plano, com RHA+, indolor à palpação. AVP em MSD sob hidratação venosa. Alimentação por SNG, dieta aceita líquida. Notou-se perda de massa corporal. Diurese com auxílio de SVD e evacuações espontâneas. Higiene corporal com necessidade de acompanhamento. Edema nos MMSS e MMII. Sono e repouso prejudicado. Apresentou queixa de dor nas articulações e acuidade visual diminuída. Segue sobre os cuidados de Enfermagem.

3.4 Diagnósticos, intervenções e resultados

De acordo com a análise das informações obtidas do Histórico e Evolução de enfermagem do paciente, foram estabelecidos parâmetros norteadores que embasassem o uso das taxonomias NANDA, NIC, NOC e CIPE. Os padrões utilizados foram: a partir dos quais elaborou-se os diagnósticos, intervenções e resultados para cada achado, como mostram os quadros 1 e 2.

TAXONOMIAS UTILIZADAS: NANDA, NIC, NOC				
PARÂMETRO				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Deglutição prejudicada relacionada à história de alimentação por sonda, distúrbios respiratórios, evidenciado por ausência de mastigação.	Eliminação urinária prejudicada relacionado à múltiplas causas, evidenciado por incontinência urinária.	Mobilidade física prejudicada relacionada à rigidez articular evidenciado por amplitude limitado de movimento.	Padrão respiratório ineficaz relacionado à infecção bacteriana evidenciado por dispneia.
RESULTADO DE ENFERMAGEM	Estado normal de deglutição.	Controle dos sintomas.	Movimento articular eficaz.	Resposta ao desmame da ventilação mecânica. Permeabilidade das vias aéreas.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM SUGERIDA PARA RESOLUÇÃO DO PROBLEMA	Terapia para deglutição. Manutenção da saúde oral. Supervisão da equipe de Enfermagem	Controle da eliminação da urina. Proteção contra infecção. Exercício para musculatura pélvica.	Terapia com exercícios voltados à mobilidade articular. Administração de analgésicos.	Monitoração respiratória. Aspiração das vias aéreas. Monitoração periódica dos sinais vitais.
--	---	---	--	---

Quadro 1. Diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com as taxonomias NANDA, NIC e NOC. Picos, PI, 2018.

Fonte: Próprios autores.

TAXONOMIA UTILIZADA: CIPE				
PARÂMETRO	Pele comprometida	Dor	Apoio da família	Autocuidado
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	Pele comprometida atual do idoso.	Dor atual no sacro e pé do idoso.	Apoio da família comprometido no presente.	Autocuidado comprometido no presente do idoso.
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	Restabelecer integridade da pele do idoso.	Promover controle da dor através de medicamentos.	Solicitar atitude da família.	Dar banho com frequência.
RESULTADO DE ENFERMAGEM	Integridade da pele melhorada.	Dor diminuída.	Apoio da família elevado.	Cheiro fétido diminuído.
TAXONOMIA UTILIZADA: CIPE				
PARÂMETRO	Afasia	Autoestima	Deglutição	Eliminação
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	Afasia atual presente no idoso.	Autoestima comprometida no presente no idoso.	Capacidade de deglutir comprometida.	Eliminação urinária diminuída.
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	Estimular a comunicação	Conversar com o idoso frequentemente.	Monitorar sonda gastrointestinal com frequência.	Monitorar o balanço hídrico.
RESULTADO DE ENFERMAGEM	Afasia diminuída.	Autoestima melhorada.	Risco de infecção diminuído.	Continência urinária normal.
TAXONOMIA UTILIZADA: CIPE				
PARÂMETRO	Imobilidade		Respiração	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	Deambular interrompido.		Perfusão dos tecidos diminuída.	
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	Contratar papel do fisioterapeuta.		Aspirar secreção do idoso com aparelho de aspiração.	
RESULTADO DE ENFERMAGEM	Rigidez muscular diminuída.		Sem sinais de dispneia atual.	

Quadro 2. Diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com a taxonomia NANDA, CIPE. Picos, PI, 2018.

4 | DISCUSSÃO

O processo de enfermagem deve ser estruturado baseando-se em referenciais teóricos que determinam a conduta que o enfermeiro deve adotar para propiciar uma assistência adequada. Nesse sentido, também são utilizadas taxonomias que padronizam a linguagem durante a aplicação do PE, na qual se cita NANDA-I, NIC, NOC e CIPE, que possibilitam ao enfermeiro classificar e definir diagnósticos, intervenções e resultados (GARCIA et al, 2016).

De acordo com o livro Diagnósticos de Enfermagem da Nanda, os diagnósticos são dados a partir de um domínio, que possui classes com títulos e conceitos de um termo. Aliado a isso, existem os fatores relacionados e características definidoras. Para cada diagnóstico foram eleitas intervenções com base na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), em que são dispostas intervenções e uma relação de atividades para sua concretização. Além disso, para cada problema encontrado estabeleceu-se resultados de enfermagem a ser mensurados NOC.

Segundo a Classificação das Intervenções em Enfermagem (NIC), as intervenções são descritas como qualquer tratamento que inclui a assistência direta e indireta ao indivíduo; e as atividades, são as concretas ações voltadas para o comportamento da enfermagem. Importantes utilizações desta são a demonstração de impacto que os enfermeiros têm no sistema de prescrição de cuidados de saúde e no facilitar da comunicação dos tratamentos de enfermagem entre todos os profissionais.

Tratando-se do livro Classificações dos Resultados de Enfermagem (NOC), o mesmo oferece resultados que representam uma compreensão mensurável em decorrência do estabelecimento do diagnóstico e aplicação das intervenções de enfermagem.

A CIPE traz em seu conteúdo um sistema unificado da linguagem de enfermagem, na qual é possível estabelecer os diagnósticos, intervenções e resultados com base no modelo de sete eixos. São eles: foco, o centro da prática de enfermagem; julgamento representa uma opinião clínica; meios, que são a forma ou método de concretizar uma intervenção; ação, representa o processo intencional aplicado a um cliente; tempo, momento de uma ocorrência; localização, orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenção; e, por último, cliente, configura o sujeito beneficiário da intervenção, a quem o diagnóstico se refere (ROCHA et al, 2017).

Para utilizar esse modelo são recomendados que a organização seja feita de modo que os diagnósticos e os resultados tenham a inclusão de um termo do eixo foco e outro do eixo julgamento. As intervenções devem englobar um termo do eixo ação e outro que não seja do eixo julgamento, sendo também possível incluir termos adicionais (ROCHA et al 2017).

4.1 Abordagem teórica

A Teoria de Virginia Henderson insere-se na linha das necessidades humanas básicas, cujo foco principal é o cuidado para como o indivíduo baseado nos Quatorze Componentes de Cuidados Básicos de Enfermagem, os quais abordam uma visão totalitária sobre o indivíduo. Ou seja, Henderson utilizava-se da abordagem holística para estabelecer um plano assistencial globalizado.

Segundo Henderson, o momento básico do Cuidado de Enfermagem pode ser derivado das necessidades humanas assim como de todos os serviços de saúde prestados ao cliente. A visão holística está bem definida nesta teoria, onde a mesma cria um ambiente harmonioso e interativo entre profissionais, clientes e sociedade. Descreve perfeitamente a abordagem holística, por considerar o hemisfério direito do ser humano.

Nesse contexto, analisando-se a condição do indivíduo idoso acometido com quadro clínico de pneumonia e demais situações adversas, notou-se que o mesmo apresentava falhas no desenvolver de suas necessidades mais básicas, como hábitos de higiene, alimentação, conforto, autocuidado dentre outras.

5 | CONCLUSÃO

As taxonomias são extremamente relevantes quando o objetivo principal é a padronização da linguagem profissional na enfermagem. Sendo assim, as condutas e decisões no ambiente hospitalar tornam-se mais simples e rápidas, promovendo assim a eficácia da assistência.

Nessa perspectiva, as teorias de enfermagem são excepcionalmente indispensáveis para uma prática profissional fundamentada no teor científico, além do seu papel primordial de organizar e sistematizar o cuidado prestado ao paciente. A teoria de Virgínia Henderson utilizada neste estudo de caso apresentou-se de grande aplicabilidade, devido a sua simplicidade, autoexplicativa e baixo custo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. R. et al. Pneumonias adquiridas na comunidade em pacientes idosos: aderência ao Consenso Brasileiro sobre Pneumonias. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 30(3) - Mai/Jun de 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n3/v30n3a08.pdf>>. Acesso em: 10/06/2018.

CIPE Versão 1: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem; São Paulo: Algor Editora; 2007.

Classificação das intervenções em enfermagem (NIC). 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

Classificações dos resultados de enfermagem (NOC): mensuração dos resultados em saúde. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

GARCIA, T. R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática

profissional. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 16]; 20(1): 5-6. Available from: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127744318001>>.

NANDA. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2015-2017/NANDA International. 10 ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

NETO, D. L.; NÓBREGA, M. M. L. HOLISMO NOS MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMAGEM. R. Bras. Enferm., Brasília. v. 52, n. 2, p. 233-242, abr-jun, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n2/v52n2a10.pdf>. Acesso em: 10/06/2018.

PREVEDELLO, B. P. et al. A influência do ambiente em instituições de saúde. In: 2º Jornada Internacional de Enfermagem UNIFRA; 2012 [cited 2017 Oct 04]; 29-31; Santa Maria. Anais. Santa Maria (RS): Available from <http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/Trabalhos/4011.pdf>.

ROCHA, G. A. et al. Teoria ambientalista e o processo de enfermagem no trauma agudo do abdome: relato de experiência. ReonFacema, 2017 Out-Dez; 3(4):780-784. Disponível em: <[file:///C:/Users/lenovo/Downloads/artigo-relato%20de%20experiencia%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/lenovo/Downloads/artigo-relato%20de%20experiencia%20(1).pdf)>. Acesso em: 10/06/2018.

TAXONOMIAS DE ENFERMAGEM E A CIPE PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM À LUZ DA TEORIA DE VIRGÍNIA HENDERSON: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francisco João de Carvalho Neto

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Maria Mileny Alves da Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Camila Karennine Leal Nascimento

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

RESUMO: Na prática da Enfermagem, existem vários sistemas de classificação, fornecendo uma linguagem padronizada entre os profissionais, viabilizando o crescimento de conhecimentos e fornecendo indicadores da qualidade dos cuidados ofertados. Para tal, utiliza-se o Processo de Enfermagem, que corrobora a utilização, pelos profissionais de Enfermagem de sistemas de classificações de diagnósticos, intervenções e resultados ancorados num aporte teórico, a exemplo da Teoria de Virgínia Henderson. Objetivou-se relatar a experiência com o Processo de Enfermagem aplicando as principais taxonomias de Enfermagem NANDA, NIC e NOC e a CIPE, utilizando o modelo teórico metodológico de Virginia Henderson

para avaliar as necessidades fundamentais do paciente. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato experiência realizado pelos alunos do quarto período do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí elaborado no contexto da disciplina Metodologia da Assistência de Enfermagem. Foi realizado em um paciente clínico internado em um hospital de referência do interior do Piauí por meio da aplicação do Processo de Enfermagem e avaliação das quatorze Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Virgínia Henderson. Os quadros construídos a partir dos dados obtidos durante o PE permitiram identificar, planejar e avaliar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, respectivamente, de acordo com as Taxonomias de Enfermagem NANDA, NIC e NOC e a CIPE. Além de avaliar as necessidades do paciente de acordo com as 14 necessidades fundamentais de Virgínia Henderson, proporcionou maior entendimento com as reais necessidades do paciente e suscitou maior qualidade e efetividade na assistência de enfermagem realizada.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Teoria de Enfermagem; Terminologia CIPE; Processo de Enfermagem.

ABSTRACT: In Nursing practice, there are several classification systems, providing a standardized language among professionals,

enabling the growth of knowledge and providing indicators of the quality of care offered. To do so, the Nursing Process is used, which corroborates the use by nursing professionals of diagnostic classification systems, interventions and results anchored in a theoretical contribution, such as the Henderson Theory. The objective was to report the experience with the Nursing Process applying the main taxonomies of Nursing NANDA, NIC and NOC and the CIPE, using the Virginia Henderson methodological theoretical model to evaluate the patient's fundamental needs. This is a descriptive study, report of the experience carried out by the students of the fourth period of the Nursing course of the Federal University of Piauí elaborated in the context of the discipline Nursing Assistance Methodology. It was performed in a clinical patient hospitalized in a reference hospital in the interior of Piauí through the application of the Nursing Process and evaluation of the fourteen Basic Human Needs (NHB) of Virginia Henderson. the tables constructed from the data obtained during the EP allowed to identify, plan and evaluate nursing diagnoses, interventions and results, respectively, according to the NANDA, NIC and NOC Nursing Taxonomies and the CIPE. In addition to assessing the patient's needs according to the key needs of Virginia Henderson. provided greater understanding with the real needs of the patient and raised higher quality and effectiveness in nursing care.

KEYWORDS: Nursing; Nursing Theory; CIPE terminology; Nursing Process.

1 | INTRODUÇÃO

Na assistência de Enfermagem existem vários sistemas de classificação. No contexto nacional, os mais conhecidos e utilizados são: classificação diagnóstica da NANDA-I (North American Nursing Diagnoses Association), classificação das intervenções de enfermagem NIC (Nursing Intervention Classification), classificação dos resultados de enfermagem NOC (Nursing Outcome Classification), e a CIPE 1 (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (MARIN, 2009).

Entre as vantagens da utilização das Taxonomias NANDA, NIC e NOC pode-se destacar o fornecimento de um sistema padrão entre os profissionais da Enfermagem, viabilizando o crescimento de conhecimentos e fornecendo indicadores da qualidade dos cuidados ofertados. Além disso, melhora o registro dos dados possibilitando avaliar os resultados de enfermagem e escolher as melhores intervenções, o que implica diretamente no aperfeiçoamento do cuidado de enfermagem prestado (CHIANCA, 2007).

Nessa perspectiva, o método utilizado para sistematizar a assistência de enfermagem é o Processo de Enfermagem (PE), forma de tomada de decisões que se apoia nos passos do método científico, permitindo a prestação dos cuidados de forma sistematizada e organizada (BARROS; LOPES, 2010). Entre as vantagens da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) destaca-se a elevação da qualidade da assistência de enfermagem, beneficiando tanto o paciente, por meio de um atendimento individualizado, quanto o enfermeiro, mostrando a

importância do processo de enfermagem (CUNHA; BARROS, 2005).

Em 2009, foi publicada a resolução do COFEN nº 358 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes, públicos ou privado, revogando a Resolução COFEN nº272/2002. Estabeleceu-se que o PE se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados, Diagnóstico de enfermagem, Planejamento de enfermagem, Implementação e Avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

Para isso, utilizou-se como referencial teórico/metodológico/prático a Teoria de Virginia Henderson, que definiu a enfermagem “(...) a única função da enfermeira é a de assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria auxílio caso tivesse a força, à vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível.” (TOMEY, 2002, p. 114).

Diante do exposto, o presente estudo buscou responder à seguinte pergunta: de que forma as taxonomias empregadas na assistência de Enfermagem e a CIPE contribuem para a aplicação do processo de enfermagem à luz da teoria de Virgínia Henderson?

Justifica-se pela importância de conhecer a aplicabilidade dos principais sistemas de classificação utilizados na assistência de Enfermagem diante do Processo de Enfermagem ancorado na teoria das 14 Necessidades Humanas Básicas de Virgínia Henderson. Assim, objetivou-se relatar a experiência com o PE aplicando as principais taxonomias de Enfermagem NANDA, NIC e NOC e a CIPE, utilizando o modelo teórico metodológico de Virgínia Henderson para avaliar as necessidades fundamentais do paciente.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência. Tal abordagem teórico-prática é uma ferramenta da pesquisa que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

A elaboração ocorreu no contexto da disciplina Metodologia da Assistência de Enfermagem, ministrada no quarto período do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – CSHNB.

Foi realizado em paciente clínico com suspeita de pancreatite e colangite, internado na ala B, em um hospital de referência no interior do Piauí, por meio da aplicação do Processo de Enfermagem e avaliação das quatorze Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Virgínia Henderson, no qual utilizou-se como instrumento

de coleta, o Anexo A, elaborado pelo Grupo de Estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo (UNIFESP/EPM). Além disso, para a produção do plano terapêutico dos dados obtidos, foram produzidos quadros com as Taxonomias de Enfermagem NANDA, NIC e NOC, e a CIPE, bem como um para avaliar as necessidades básicas do paciente.

3 | RESULTADOS

3.1 Histórico de Enfermagem

J.J.S, 78 anos, sexo masculino, casado, agricultor, no 17º dia de internação com suspeita de colangite e pancreatite, portador de hipertensão arterial, fazia uso de captopril e não há antecedentes familiares. Mora na zona rural da cidade de Picos, mantinha hábitos higiênicos como tomar banho diariamente pela manhã e usar roupas limpas, passava a maior parte do tempo em seu trabalho de pé. Não praticava exercício físico programado e tinha como momentos de lazer, o hábito de conversar com os amigos. Costumava comer com frequência verduras, carne vermelhas e ingerir bastante água e café. Queixava-se de dificuldade para dormir e acordava várias vezes à noite.

3.2 Evolução de Enfermagem

15/04/18 – 14:30: Paciente em estado geral regular. Mantinha-se consciente e orientado, fásico, fazia uso de oxigenoterapia, não deambulava, apresentava dificuldade de mobilidade física, presença de febre, sono e repouso insatisfatório. Era perceptível a presença de anasarca e lesão por pressão. Crânio sem anormalidades, visão normal, acuidade auditiva diminuída, nariz, boca e pescoço sem anormalidades, tórax sem alterações anatômicas, abdômen globoso, assimétrico, flácido à palpação, usava sonda vesical de demora, evacuações presentes, venóclise no MSD, queixava-se de dor no ombro e no joelho esquerdo. Foram encontrados os seguintes dados: Pressão Arterial: 140x80 mmHg; Pulso: 50 bpm; Temperatura: 37,9 °C; Frequência Respiratória: 40 rpm.

3.3 Diagnósticos, intervenções e resultados

A seguir, os resultados são apresentados a partir das fases do Processo de Enfermagem, distribuídos no quadro de taxonomia NANDA, NIC e NOC (quadro 1). Os parâmetros utilizados foram: Volume de líquidos excessivo, Integridade da pele prejudicada, Mobilidade física prejudicada e Padrão de sono prejudicado. Além disso, utilizou-se para a construção dos diagnósticos, intervenções e resultados a análise do histórico e evolução do paciente em questão.

TAXONOMIAS UTILIZADAS: NANDA, NIC E NOC				
PARÂMETRO	Volume de líquidos excessivo	Integridade da pele prejudicada	Mobilidade física prejudicada	Padrão de sono prejudicado
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Volume de líquido excessivo relacionado à mecanismo regulador comprometido evidenciado por anasarca, alteração no padrão respiratório e dispneia.	Integridade da pele prejudicada relacionada a conteúdo hídrico, fator mecânico e alteração no volume de líquidos evidenciada por alteração na integridade da pele.	Mobilidade física prejudicada relacionada a dor, evidenciado por desconforto, dificuldade para virar-se	Padrão de sono prejudicado relacionado à imobilização evidenciado por alteração no padrão de sono e insatisfação com o sono.
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM SUGERIDA PARA RESOLUÇÃO DO PROBLEMA	Controle hídrico; Monitoração hídrica	Controle hidroeletrólítico; Cuidados com a tração/ imobilização; Cuidados com úlceras por pressão	Controle da dor; Cuidados com a tração/ imobilização; Prevenção contra quedas; Massagem	Posicionamento; Controle da dor; Administração de medicamentos
RESULTADO DE ENFERMAGEM	Equilíbrio eletrolítico; Estado respiratório; Equilíbrio hídrico	Cicatrização de feridas: 2ª intenção; Autocuidado: higiene; Equilíbrio hídrico	Nível de dor; Movimento articular; Desempenho da mecânica corporal	Estado de conforto: ambiente; Desempenho de papel

Quadro 1 – Diagnósticos, intervenções e resultados utilizando NANDA, NIC E NOC. Picos, PI, 2018.

Fonte: Próprios autores.

Para a construção do quadro 3 utilizou-se como suporte o quadro 2, que possui o modelo de 7 eixos da CIPE, possibilitando criar diagnósticos, intervenções e resultados:

EIXOS	Foco	Julgamento	Ação	Cliente	Local	Meio	Tempo
Diagnóstico	Edema	Nível aumentado		Idoso	Corpo		
	Úlcera de pressão	Atual		Idoso	Região corporal do sacro		
	Mobilidade	Comprometida		Idoso			
	Padrão de sono	Interrompido		Idoso			

Intervenção	Ingestão de alimentos e líquidos Edemas		Monitorar Observar	Idoso	Corpo		Frequentemente
	Ferida Integridade da pele		Tratar Avaliar	Idoso		Medicação	
	Mobilidade Dor		Estimular Aliviar	Idoso		Técnicas Medicação	
	Conforto Meditação Padrão de sono		Promover Ensinar Monitorar	Idoso Idoso Idoso	Posição corporal	Técnica	À noite
Resultado	Edema	Nível relativo		Idoso	Corpo		
	Cura de ferida	Nível esperado		Idoso	Região corporal do sacro		
	Padrão de mobilidade	Melhorado		Idoso			
	Padrão de sono	Melhorado		Idoso			

Quadro 2 – Modelo dos 7 eixos apresentado na CIPE. Picos, PI, 2018.

Fonte: Próprios autores.

Abaixo, os resultados são apresentados a partir das fases do Processo de Enfermagem, distribuídos no quadro da CIPE:

TAXONOMIA UTILIZADA: CIPE				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Edema em nível aumentado no corpo do idoso	Úlcera de pressão atual na região do sacro do idoso	Mobilidade comprometida no idoso	Padrão de sono interrompido no idoso
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	Monitorar a ingestão de alimentos e líquidos na hospitalização; Observar edema no corpo do idoso com frequência	Tratar a ferida com curativo de gaze e medicação	Estimular o idoso por técnicas de mobilidade; Aliviar a dor por medicação	Promover posição de conforto ao idoso Ensinar técnica de meditação ao idoso; Monitorar o padrão de sono do idoso à noite; Aliviar a dor por medicação
RESULTADO DE ENFERMAGEM	Nível relativo de edema no corpo do idoso	Cura da ferida em nível esperado na região corporal do sacro do idoso	Padrão de mobilidade melhorado no idoso	Padrão de sono melhorado no idoso

Quadro 3 – Diagnósticos, intervenções e resultados utilizando a CIPE. Picos, PI, 2018.

Fonte: Próprios autores.

4 | DISCUSSÃO

De acordo com a resolução do COFEN nº 358/2009, artigos 3º e 4º enfatiza que o PE “deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados”. Tal assertiva corrobora a utilização, pelos profissionais de Enfermagem de sistemas de classificações de diagnósticos, intervenções e resultados ancorados num aporte teórico (COFEN, 2009).

Nesse contexto, cita-se a NANDA Internacional, que oferece uma terminologia padronizada de diagnósticos de enfermagem e apresenta todos em um esquema classificatório, mais especificamente, uma taxonomia (NANDA, 2013). Já a NIC inclui todas as intervenções que os enfermeiros realizam para os pacientes, sejam elas independentes ou colaborativas, de cuidado direto e indireto dos pacientes (DOCHETERMAN, 2008). Ainda, na escolha da NOC o enfermeiro faz uma descrição do resultado atual e escolha do resultado desejado (estado final). Assim, o estado atual pode ser comparado ao final, após uma intervenção de enfermagem para determinar a eficácia desta no resultado desejado (MOORHEAD; JOHNSON; MASS, 2016).

Com relação à CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) serve como um instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem e prover dados que deveriam representar a prática de enfermagem nos abrangentes sistemas de informação em saúde. Deve ser usada para descrever e integrar a enfermagem na pesquisa, ensino, administração e gerenciamento e no desenvolvimento de políticas em saúde. A *Versão 1* da CIPE permite aos enfermeiros do mundo todo documentar sistematicamente seus trabalhos realizados com clientes, família e comunidades usando diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados (CIPE, 2007).

4.1 Abordagem teórica

A enfermagem tem buscado pautar sua prática profissional em conhecimentos fundamentais teóricos por reconhecer a importância desta fundamentação enquanto ciência, organização e qualidade da assistência. A utilização de um modelo teórico de enfermagem ao realizar os cuidados é um instrumento essencial para a tomada de decisão e raciocínio crítico ao subsidiar os enfermeiros na organização das informações coletadas e planejamento das atividades a fim de atender adequadamente às necessidades de cada usuário de forma única e individual (SILVA et al., 2011; PINO, 2012).

A Teoria dos 14 componentes básicos tem grande importância sobre a prática, investigação e ensino da enfermagem, principalmente em âmbito internacional. O enfermeiro utiliza os 14 componentes para o atendimento de enfermagem básico na manutenção da saúde, recuperação e morte pacífica, dos quais se dividem em

fisiológico, psicológico, da comunicação e aprendizagem, espiritual, ocupação e recreação (DIJKSTRA et al., 2012)

Ao estudar as necessidades humanas nos diferentes contextos de atuação do enfermeiro enquanto teoria proposta por Henderson, estas estruturam-se como um direcionamento para a atuação da enfermagem ao atender o indivíduo, família e coletividade, esta busca deve estar associada à pesquisa para transformá-la em ciência (MASSO BETANCOURT et al., 2008).

A seguir, o quadro apresenta as 14 necessidades básicas do doente da teoria de Virgínia Henderson, que ajuda a subsidiar o plano terapêutico para o paciente individualmente.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS
Respirar normalmente
Comer e beber adequadamente
Eliminar resíduos corporais
Mover e manter a postura correta
Dormir e repousar
Vestir-se e despir-se
Manter a temperatura dentro dos limites normais
Evitar perigos ambientais
Comunicar-se com seu semelhante
Agir segundo suas crenças e valores
Trabalhar de forma satisfatória
Necessidade de estar limpo, cuidado e de proteger os tegumentos
Necessidade de recreação
Necessidade de aprender

Quadro 4 – 14 necessidades básicas do doente propostas por Virgínia Henderson. Picos, PI, 2018.

Fonte: Próprios autores.

Dessa forma, enfermeiro utiliza os 14 componentes para o atendimento de enfermagem básico na manutenção da saúde, recuperação e morte pacífica, dos quais se dividem em fisiológico, psicológico, da comunicação e aprendizagem, espiritual, ocupação e recreação (GEORGE et al., 2000).

O quadro a seguir apresenta as Necessidades Fundamentais propostas na Teoria de Virgínia Henderson relacionadas às necessidades do paciente em questão.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	CONDIÇÃO	MOTIVO
Respirar normalmente	Insatisfeita	Oxigenoterapia
Eliminar resíduos corporais	Insatisfeita	Confinado a cama Sonda Vesical de Demora
Mover e manter a postura correta	Insatisfeita	Paciente acamado, com mobilidade física e no leito prejudicada Dor aguda
Dormir e repousar	Insatisfeita	Padrão do sono prejudicado
Vestir-se e despir-se	Insatisfeita	Paciente acamado, com mobilidade física e no leito prejudicada Dor aguda
Manter a temperatura dentro dos limites normais	Insatisfeita	Paciente febril 37,9 °C
Trabalhar de forma satisfatória	Insatisfeito	Mobilidade física prejudicada
Necessidade de estar limpo, cuidado e de proteger os tegumentos	Insatisfeita	Acamado, imobilidade física, e integridade da pele prejudicada
Necessidade de aprender	Insatisfeita	Está confinado à cama

Quadro 5 - Avaliação das 14 Necessidades Fundamentais do paciente, que são convenientes as necessidades do paciente estudado de acordo com o modelo teórico de Virginia Henderson. Picos, PI, 2018.

Fonte: Próprios autores.

Ao aplicar as 14 necessidades Humanas Básicas correlacionadas às necessidades individuais do paciente nota-se que 9 são insatisfatórias e seus respectivos motivos como o quadro acima apresenta e 5 apresentam-se satisfatórias, sendo elas: comer e beber adequadamente, evitar perigos ambientais, comunicar-se com seu semelhante, agir segundo suas crenças e valores e necessidade de recreação.

A usabilidade da teoria de Virginia Henderson na prática permitiu avaliar criteriosamente cada item de forma específica e estabelecer um plano terapêutico que abordasse e contribuísse para a melhoria daqueles que se mostram insatisfatórios, bem como o favorecimento da autonomia do paciente ao delimitar aqueles que julga ser satisfatório.

5 | CONCLUSÃO

A utilização das Taxonomias NANDA, NIC, NOC e CIPE foram imprescindíveis na construção de diagnósticos, intervenções e resultados acurados diante das informações obtidas durante a coleta de dados. Observou-se, durante a aplicação das mesmas, que apresentam algumas divergências quanto à terminologia, pois as Taxonomias de Enfermagem apresentavam parâmetros prontos, enquanto a CIPE permite a formação de diagnósticos, intervenções e resultados, por meio de 7 eixos

que dispõem de palavras para a formação dos mesmos.

Além disso, o modelo teórico metodológico de Virginia Henderson para avaliar as necessidades fundamentais do paciente em questão, permitindo assim a elaboração de um plano terapêutico.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 2, p. 63-65, 2010.

CAVALCANTE, B.L.L.; LIMA, U.T.S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **J Nurs Health**, Pelotas (RS), v. 1, n. 2, p. 94-103, 2012.

CHIANCA T. C. M et al. Reconhecimento dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: uma contribuição. **REME Rev Min Enferm**, v. 2 n. 3, p. 233-233. 2007.

Conselho Internacional de Enfermeiros. Cipe Versão 1 - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** Versão 1.0. São Paulo: Argol Editora; 2007.

Conselho federal de enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html> Acesso em: 14 de dez. 2018.

CUNHA S. M. B; BARROS A. L. B. L. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 5. p. 568-572, 2005

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2013.

DIJKSTRA, A. et al. The care dependency scale for measuring basic human needs: an international comparison. **Journal of advanced nursing black**, 2012.

Docheterman, J. M. & Bulechek, G. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed. (2008).

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

MARIN, H. F. Terminologia de referência em enfermagem: a norma ISO 18104. **Acta Paul Enferm**. v. 22, n. 4. p. 445-448, 2009.

MASSO BETANCOURT, E. et al. Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica cubana Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica cubana. **Rev Cubana Enfermer**. Ciudad de la Habana, v. 24, n. 3-4, dic. 2008.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MASS, M. L. et. al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 5 ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier Editora Ltda., 2016.

PINO, P. **Henderson's theory and its application in advanced nursing care in a pediatric ward**. Medwave, v.12, n.10, p. 15548, Oct. 2012.

SILVA, E. G. C. et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem: da teoria à prática. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011.

TOMEY, A. M. Virginia Henderson – Definição de enfermagem. In A. M. TOMEY, & M. R. ALLIGOOD, **Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)**. 5^a ed. Loures: Lusociência. 2002. p. 111-126.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

Doutora em Enfermagem – UFPI

Zaira Arthemisa Mesquita Araújo

Mestre em Ciências da Saúde – UFPI

Especialista em Psicologia Hospitalar – USP

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-630-0



9 788572 476300