

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM BASEADA NA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM: UM RELATO DE CASO

THAÍZA TAYNARA PINTO DO NASCIMENTO¹; DANIELA SANTOS BEZERRA VICENTE²; MAYARA PEREIRA DE SOUZA³; NATACHA PEIXOTO ARAUJO⁴; SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ⁵.

¹Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy _ UNIGRANRIO. E-mail: thaiza_tainarafj@hotmail.com

²Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy_ UNIGRANRIO. E-mail: mayarasouza@unigranrio.br

³Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy _ UNIGRANRIO. E-mail: danielavicente@unigranrio.br

⁴Enfermeira. Especialista em Estomaterapia. Coordenadora da Unidade de Pronto Atendimento de Nova Iguaçu. Preceptora do Curso de Enfermagem da UNIGRANRIO.

⁵Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências (PPGEnfBio) / Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Enfermeira Intensivista do HUCFF/UFRJ. Professora Assistente da Escola de Ciências da Saúde da UNIGRANRIO. E-mail: rmos_sam@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica na qual os profissionais de enfermagem podem aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência aos clientes. A SAE viabiliza uma assistência segura e direciona os enfermeiros durante suas atividades, contribuindo para maior credibilidade, competência e visibilidade da enfermagem, tendo como consequência maior autonomia e satisfação profissional (CHAVES; SOLAI, 2013). O processo de enfermagem é um método utilizado para se implantar dentro da prática profissional uma teoria de enfermagem, fornecendo uma estrutura para tomada de decisões durante a assistência, tornando a mesma mais científica que intuitiva. Segundo a Resolução COFEN 358/2009, o processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: 1) Coleta de dados de enfermagem; 2) Diagnóstico de enfermagem; 3) Planejamento de enfermagem; 4) Implementação e 5) Avaliação de enfermagem. Na fase de coleta de dados são coletadas informações referente ao estado de saúde do cliente, da família ou da comunidade, tendo como propósito a identificação das necessidades, dos problemas, as preocupações e as reações humanas. O diagnóstico é a fase no qual o enfermeiro deve analisar e interpretar os dados coletados na fase anterior, devendo basear-se tanto nos problemas reais (presente) quanto nos problemas potenciais (futuro). O planejamento de enfermagem é um plano de ações que visa alcançar resultados em relação a um diagnóstico de enfermagem e nessa fase se tem o estabelecimento das prioridades para os problemas diagnósticos e fixação de resultados com o paciente, a fim de corrigir,

minimizar ou evitar os problemas. A Implementação consiste por em pratica o que foi proposto na etapa anterior. Na Avaliação de enfermagem ocorre a verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado. No presente estudo, o processo de enfermagem foi aplicado em um cliente admitido em uma Unidade de Pronto-Atendimento com diagnóstico clínico de Ataque Isquêmico Transitório (AIT) e Hipertensão. Os ataques isquêmicos transitórios são crises repentinas breves de comprometimento neurológico causadas por uma interrupção temporária do fluxo sanguíneo cerebral (TIMBY; SMITY, 2005). A Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (>140X90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL,2013). **OBJETIVOS:** Relatar o caso clínico de um cliente na Unidade Pronto atendimento e a assistência de enfermagem prestada utilizando o processo de enfermagem como instrumento metodológico para o cuidado. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva do tipo relato de caso. O relato tem como direcionamento a aplicação de etapas do processo de Enfermagem em um cliente assistido em uma Unidade de Pronto Atendimento durante as atividades práticas em campo da disciplina Prática Curricular na Média e Alta Complexidade II. O estágio ocorreu em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada na região metropolitana do Rio de Janeiro no período de 15 de Março a 7 de Junho de 2016. A coleta de dados foi realizada no dia 26 de Abril de 2016 e seguiu as seguintes etapas 1) Coleta de dados, utilizando anamnese, exame físico e dados do prontuário do paciente; 2) Diagnóstico de Enfermagem segundo NANDA; 3) Intervenções de Enfermagem buscando alcançar resultados esperados. Na aplicação processo de enfermagem adotou-se o modelo teórico de Dorothea Orem que visa à melhoria de vida, saúde e bem estar do indivíduo através do auto cuidado. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A apresentação do resultado dar-se-á na sequência de aplicação do processo de enfermagem. Coleta de dados: Paciente de 70 anos, pardo, casado, natural de Pernambuco, pedreiro, sem religião, residindo em moradia própria de alvenaria, com saneamento básico e coleta de lixo 2x por semana. Nega tabagismo, etilismo, doença na infância, procedimentos cirúrgicos. Desconhece doenças atuais. Não faz uso de nenhum medicamento. Irmã diabética. Sedentário, alimentação irregular com predileção por carne suína, entretanto, relata desejo em melhorar. Deu entrada na UPA há duas semanas queixando-se de paralisia em MMII, sendo medicado e liberado em seguida. No dia 25/04/2016 retornou a unidade com dor, perda suspeita da força no MIE, dislalia e hipertensão arterial. Diagnóstico médico: hipertensão e Ataque Isquêmico Transitório. No dia da coleta de dados: Paciente acordado, orientado e cooperativo dentro das limitações. Pele e mucosas atípicas. Afebril (36.5°C), normocárdico (63bpm), eupneico (18irpm), hipertenso (140x90mmHg).

Pupilas isocóricas e fotorreagentes, narinas e cavidade oral sem alterações. Exame pulmonar e cardíaco normais. MMSS com força e mobilidade preservadas. Acesso venoso periférico salinizado em MSD (jelco 20). Eliminações vesicais e intestinais presentes. MMII edemaciados (++/4+). MIE: diminuição da força e sensibilidade dolorosa. O caso apresentado acima permite traçar os seguintes diagnósticos de enfermagem, segundo NANDA (2015-2017): Conhecimento deficiente relacionado a falta de familiaridade com os recursos de informação caracterizado por verbalização do problema (desconhece a hipertensão); Estilo de vida sedentário relacionado por conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde caracterizado por escolher uma rotina diária sem exercícios físicos; Mobilidade física prejudicada relacionado a força muscular diminuída caracterizado por mudanças na marcha; Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz relacionado a hipertensão; Disposição para nutrição melhorada caracterizado por expressar desejo de melhorar a nutrição. A partir dos diagnósticos traçados os resultados esperados são: o paciente iniciará mudanças no estilo de vida e participará do esquema terapêutico; demonstrará participação nas atividades e verbalizará melhora na nutrição. As ações/intervenções de enfermagem prescritas são: Determinar o nível de conhecimento do usuário sobre a doença e a sua capacidade de aprendizado; avaliar a motivação; fornecer informações relevantes sobre hipertensão (o que é, quais são os fatores de risco, complicações, mudanças no estilo de vida, importância da adesão ao tratamento); Orientar ao paciente a procurar imediatamente uma unidade de saúde caso ocorra sinais e sintomas como: sangramentos nasais, cefaléia (dor de cabeça), dor no peito, falta de ar, alterações na visão; Estabelecer metas mútuas; Envolver o cliente e a família nas estratégias traçadas; Fornecer informações por escrito ao cliente que possam ser consultadas quando necessário; Determinar o grau de limitação e a capacidade de seguir instruções; Realizar atividades físicas de intensidade leve por 10 minutos durante 30 dias, aumentando gradativamente conforme tolerância; Realizar tais atividades com algum acompanhante, afim de prevenir possíveis quedas até o mesmo conseguir realizar suas atividades físicas sozinho; Avaliar o conhecimento do cliente sobre as necessidades nutricionais; avaliar os padrões alimentares; avaliar a influência de fatores culturais e familiares na alimentação; estimular padrões/hábitos alimentares saudáveis demonstrando através da pirâmide alimentar (controlar a quantidade das porções, fazer refeições em intervalos regulares, reduzir a ingestão de gorduras e alimentos gordurosos, beber água e outros líquidos saudáveis, inserir a família no programa nutricional. A avaliação de enfermagem não foi possível, pois as autoras não tiveram mais contato com o paciente, devido ao pouco tempo de permanência do paciente na unidade de saúde, porém o mesmo ao receber as orientações se comprometeu em realizá-las. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Processo de Enfermagem é um método que permite sistematizar a assistência prestada com conhecimento técnico científico e garante uma prática de enfermagem mais autônoma. Entretanto, no cotidiano assistencial, o cuidado ainda encontra-se direcionado para o cumprimento de tarefas e burocracias.

A utilização do processo de enfermagem como instrumento metodológico para a assistência de enfermagem ao paciente deste estudo reforçou a idéia de que, quando existe uma mudança no modo de pensar e fazer do enfermeiro, este se torna menos dependente da ordem de outros profissionais. O processo permite uma prática de enfermagem mais autônoma e ativa, garantindo assim um cuidado individualizando e fortalecendo a enfermagem como ciência em construção.

DESCRITORES: Processos de enfermagem; cuidado de enfermagem; hipertensão, estudantes de enfermagem.

REFERÊNCIAS

CHAVES, Lucimara Duarte; SOLAI, Cibele Andrés. **Sistematização da Assistência de Enfermagem:** considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2013.

Conselho Federal de Enfermagem. 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. Resolução n. 358, de 15 de Outubro de 2009.

TIMBY, Barbara K; SMITY, Nancy E. **Enfermagem Médico- Cirúrgica.** 8ªed. São Paulo: Manoele, 2005.

BRASIL, **Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da Pessoa com Doença Crônica:** Hipertensão Arterial Sistêmica 37ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Diagnósticos de NANDA: definições e classificação 2012-2014 [NANDA Internacional]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros. Porto alegre: Artmed, 2015.