

PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Danubia Amaral de Barros¹; Deise Campos de Jesus²; Samanta Oliveira da Silva Diniz³

1 Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy – UNIGRANRIO – e-mail: danubia.amarall@gmail.com

2 Acadêmica do curso de Enfermagem da UNIGRANRIO.

3 Enfermeira. 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 UNIGRANRIO.

Introdução: A enfermagem vivencia o desafio de construir e organizar o conhecimento sobre o qual se fundamenta sua prática, ou seja, o desenvolvimento de um processo de trabalho, um instrumento metodológico e sistemático de orientação da assistência. (MENDES E BASTOS, 2003). O ambiente da unidade de terapia intensiva possui com características próprias e destina-se ao tratamento de pacientes em estado crítico, utilizando recursos materiais específicos e recursos humanos especializados que, por meio de uma prática assistencial segura e contínua, busca o restabelecimento no processo saúde/doença. Entende-se que, para que se tenha uma assistência de enfermagem holística e individualizada, é necessária a aplicação de uma ferramenta assistencial denominada processo de Enfermagem (PE) (SOARES et al, 2013) . O PE é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação de sua prática. Sua operacionalização e documentação evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional. O PE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, são elas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento de enfermagem, implementação e avaliação (COFEN, 2009). **Objetivos:** Identificar os DE em um cliente na Unidade de Terapia Intensiva e elaborar intervenções de enfermagem. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência que tem como foco a aplicação do PE em um cliente internado na Unidade de Terapia Intensiva durante as atividades práticas em campo da disciplina Programa Curricular de Integração: Ensino, pesquisa, extensão VII. O estágio foi realizado em um Hospital público no estado do Rio de Janeiro no período de 01 de setembro a 30 de novembro de 2013. Na Unidade de Saúde estudada a aplicação do PE ainda não existe. Como instrumento metodológico para orientação

do cuidado foi aplicado o Processo de Enfermagem. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento padronizado pela Universidade a qual as autoras fazem parte e como fonte de dados o prontuário e avaliação física do cliente. Concluída a coleta dos dados, foram elaborados os Diagnósticos de Enfermagem (DE) segundo NANDA. Os DE são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família e da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, e proporcionam as bases para a seleção de intervenções de enfermagem e para o alcance de resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis (NANDA, 2010). Na aplicação do PE adotou-se o modelo teórico de Wanda Horta que contempla a identificação das necessidades humanas básicas afetadas pelo processo saúde-doença. **Resultados e discussão:** Coleta de Dados: Cliente de 79 anos, casado, residente em Duque de Caxias (RJ), foi trazido pela ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência à emergência da Instituição de Saúde já intubado com quadro de Edema Agudo de Pulmão, foram realizados os cuidados de emergência pela equipe multiprofissional. Na coleta de dados com os familiares no momento da admissão, identificou-se que o cliente era portador de hipertensão arterial sem adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso. Encaminhado posteriormente ao CTI. No dia da coleta de dados: Cliente acordado, orientado, acamado, no 83º dia de internação hospitalar, normotenso (133 x 73 mmHg), afebril (36,2° C), normocárdico (67 bpm) e taquipneico (25 irpm). Ao exame físico: couro cabeludo íntegro, fície atípica, mucosas conjuntivais normocoradas e úmidas, escleróticas anictéricas, pupilas isocóricas e fotorreagentes, cavidade nasal íntegra, cateter nasoentérico em narina E, dieta fluindo a 50 ml/h, cavidade oral íntegra, edentado. Pavilhão auricular íntegro, sem sujidades. Linfonodos impalpáveis. Traqueostomia acoplada ao ventilador mecânico, presença de secreção sanguinolenta. PEEP 8cmH₂O; FiO₂ 43 %; Modo: PA/CPAP. MMSS edemaciados e perfundidos. Tórax atípico. AP: estertores crepitantes em base. AC: RCR 2T BNF. Abdome globoso, peristalse presente, timpânico, indolor à palpação superficial e profunda. Diurese por cateter vesical de demora, coloração amarelada, sem grumos. Bolsa escrotal edemaciada. Eliminações intestinais presentes em fralda. Úlcera por pressão em região sacra estágio II, exsudato amarelado, sem odor, bordos regulares, leito com tecido de granulação. Acesso venoso profundo em femoral direita duplo lumen fluindo SF 0,9% a 42 ml/h. MMII edemaciados, panturrilhas livres. Diagnósticos de Enfermagem (DE), Planejamento (P) e prescrição/implementação (P/I): 1)DE: Integridade da pele prejudicada relacionada à imobilidade no leito caracterizado por destruição das camadas da pele. P: Terá a cicatrização das lesões cutâneas no tempo esperado e sem complicações. P/I: Avaliar a pele quanto a

coloração, textura, turgor, hidratação e temperatura a cada 12h; Avaliar e registrar a úlcera e determinar o tamanho, formato, profundidade, exsudato, tecidos adjacentes, bordas e leito; Realizar curativo com SF0,9%, iniciando do meio menos contaminado para o mais contaminado, utilizando técnica asséptica a cada 12h; Aplicar curativos/coberturas que ajudem no desbridamento autolítico; Hidratar a pele adjacente com AGE; Avaliar a irrigação sanguínea e a sensibilidade da área afetada, determinado eritema, endurecimento ou maceração e outras complicações; Substituir imediatamente as roupas de cama úmidas; Realizar mudança de decúbito de 2/2h; Determinar o estado nutricional e as áreas sob risco de outras lesões; Avaliar os resultados dos exames laboratoriais pertinentes (p.exemplo: hemoglobina, hematócrito, glicemia, albumina).

2) DE: Desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionada à presença de via aérea artificial caracterizado por ruídos adventícios respiratórios. P: Manterá as vias respiratórias desobstruídas. P/I: Realizar ausculta pulmonar e verificar a existência/ características dos sons respiratórios e a presença de secreções; Aspirar TQT e vias aéreas quando necessário; Verificar e anotar frequência, a profundidade e o padrão respiratório; Sinalizar ao enfermeiro caso haja mudança no padrão respiratório do cliente; Observar e registrar aspecto de secreção traqueal; Rever os resultados dos exames laboratoriais e de imagem, como por exemplo a gasometria arterial; Manter cabeceira do leito elevada (30° a 45°) para ampliar a capacidade fisiológica; Realizar mudança de decúbito a cada 2h.

3) DE: Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos. PE: O cliente apresentará riscos diminuídos de infecção no período de internação. P/I: Identificar todos os fatores de risco para infecção; Detectar sinais de infecção no local de punção venosa e na úlcera por pressão; Avaliar e registrar as condições da pele ao redor a área de inserção da punção e da úlcera; Detectar sinais e sintomas de infecção: febre, calafrios, sudorese, alteração do nível de consciência, hemoculturas, etc; Enfatizar as técnicas apropriadas de higienização das mãos; Realizar curativos com técnica asséptica; Promover a higiene oral frequentemente; Elevar cabeceira do leito a 30° nas 24 horas.

4) DE: Risco de síndrome do desuso relacionado a imobilização no leito. P: Manterá a integridade da pele/tecidos e manterá/recuperará o nível ideal das funções cognitivas, neurossensoriais e musculoesqueléticas. P/I: Realizar/estimular a movimentação e exercícios no leito; sentar-se fora do leito após avaliação da equipe multiprofissional; os cuidados com a pele foram apresentados no DE 1. As prescrições foram implementadas obedecendo aos horários, previamente acordados e discutidos com a enfermeira responsável por cada plantão. Respeitava-se, ainda, a dinâmica e rotinas do serviço. A avaliação das intervenções foi realizada a cada 24 horas pelas enfermeiras do

plantão. No entanto, os diagnósticos eram confirmados ou não, diariamente, pela enfermeira da unidade, bem como outros poderiam ser identificados. **Conclusão:** A aplicação do Processo de Enfermagem encontra muitas dificuldades no cotidiano da prática de cuidar e gerenciar, prevalecendo na prática assistencial um cuidado centrado nas tarefas e burocracias, resultando em um fazer automatizado e por diversas vezes determinado por outra categoria profissional. Quando a prioridade do serviço é o cumprimento de tarefas, a enfermagem torna-se uma categoria profissional de apoio às demais, trazendo implicações negativas na construção e no fortalecimento da enfermagem como ciência em construção. O Processo de Enfermagem é uma estratégia e um instrumento de trabalho do enfermeiro, que subsidia um fazer de enfermagem mais direcionado as necessidades do cliente e com a fundamentação e organização necessárias para uma prática com mais qualidade.

Descritores: Enfermagem, Cuidado de enfermagem, Processos de Enfermagem.

Referências

1. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 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. Brasília-DF, 15 de outubro de 2009.
2. MENDES, Maria Angélica; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. **Processo de enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 56, n. 3, June 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 nov 2014.
3. NANDA Internacional. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
4. SOARES, Mirelle Inácio; TERRA, Fábio de Souza; OLIVEIRA, Lucas Silva; RESCK, Zélia Marilda Rodrigues; ESTEVES, Andreia Majella da Silva Duarte; MOURA, Caroline de Castro. Nursing process and its application in an intensive care unit: Integrative review. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, vol. 7(esp), n.5, p. 4183-91, maio, 2013.