

Relato de caso

Implementação do processo de enfermagem: estudo de caso numa Unidade de Terapia Intensiva

Wesley Gondim Barros*, Oleci Pereira Frota*, Adriano Menis Ferreira, D.Sc.**

**Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campos de Três Lagoas/MS,*

***Enfermeiro, Professor Adjunto da disciplina de Enfermagem na Assistência de Alta Complexidade do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Pós-Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP*

Resumo

Estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, objetivando implementar o processo de enfermagem para uma cliente em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), baseado na teoria de Wanda Horta. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento previamente validado na literatura, específico para pacientes hospitalizados em UTI. Os diagnósticos de enfermagem foram identificados segundo a taxonomia II da NANDA, foram traçadas metas e objetivos, bem como elaboradas as intervenções de enfermagem segundo a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem - NIC. Os principais diagnósticos identificados foram: desobstrução ineficaz de vias aéreas, perfusão tissular ineficaz (periférica), integridade da pele prejudicada, volume excessivo de líquido, risco de desequilíbrio na temperatura corporal, risco de infecção e integridade tissular prejudicada. Os resultados evidenciaram a importância do Processo de Enfermagem como mola mestra na prestação de cuidados frente ao cliente de alta complexidade.

Palavras-chave: enfermagem, unidades de terapia intensiva, cuidados de enfermagem.

Abstract

Implementation of the nursing process: case study in an Intensive Care Unit

This descriptive case study, with qualitative design, aimed to implement the nursing process to a client in an Intensive Care Unit (ICU), based on Wanda Horta's theory. An ICU-specific instrument, previously validated in the literature, was used for data collection. Nursing diagnoses were identified according to NANDA II taxonomy. The Nursing Interventions Classification (NIC) was used to outline the targets and aims of the study, as well as to develop the nursing interventions. The main diagnoses identified were: ineffective airway clearance, ineffective peripheral tissue perfusion, impaired skin integrity, excess fluid volume, risk for imbalanced body temperature, risk for infection and impaired tissue integrity. Results evidenced the importance of the nursing process as the driving force in the delivery of care to high complexity clients.

Key-words: nursing, intensive care units, nursing care.

Artigo recebido em 13 de maio de 2009; aceito em 20 de julho de 2009.

Endereço para correspondência: Adriano Menis Ferreira, Av. Ranulpho Marques Leal, 3220 Distrito Industrial 79610-100 Três Lagoas MS, Tel: (67) 3509-3772, E-mail: adriano@ceul.ufms.br

Resumen

Implementación del proceso de enfermería: estudio de caso en una Unidad de Terapia Intensiva

Este estudio de caso descriptivo de carácter cualitativo, tuvo como objetivo implementar el proceso de enfermería para una cliente en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI), basado en la teoría de Wanda Horta. Un instrumento previamente validado en la literatura, específico para pacientes hospitalizados en UTI, fue utilizado para recolectar los datos. Los diagnósticos de enfermería fueron identificados según la taxonomía II de la NANDA. La Clasificación de Intervenciones en Enfermería (NIC) fue utilizada para delinear las metas y objetivos, así como para elaborar las intervenciones de enfermería. Los principales diagnósticos identificados fueron: limpieza ineficaz de vías aéreas, perfusión tisular periférica ineficaz, alteración de la integridad cutánea, exceso de volumen de líquidos, riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, riesgo de infección y deterioro de la integridad tisular. Los resultados evidenciaron la importancia del proceso de enfermería como la fuerza guía en la prestación de cuidados al cliente de alta complejidad.

Palabras-clave: Enfermería, unidades de terapia intensiva, atención de enfermería.

Introdução

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são as unidades mais complexas e mecanizadas dentro de um arsenal hospitalar. Apresentam características intrínsecas próprias, como: a convivência diária dos profissionais e dos sujeitos doentes com as situações de risco, a priorização dos aspectos técnico-biológicos na manutenção da vida, a constante presença de morte, o enfrentamento emocional não só dos anseios do enfermo e sua família, como também da equipe multiprofissional, a rapidez, eficiência e habilidade na triagem e no atendimento as situações adversas, dentre outras [1-3]. Tais características tornam a UTI totalmente diferente das outras unidades de internação e, sobretudo, do ambiente domiciliar do sujeito e seus familiares [3].

A enfermagem se desenvolve nesse conturbado cenário de diversos equipamentos, desconforto, impessoalidade, dependência de tecnologia e isolamento social. Além disso, a assistência ainda é centrada na doença, nos sinais e sintomas e nos procedimentos, seguindo o padrão biomédico, isto é, o cliente é visto como o “hipertenso do leito seis” [3,4]. Dessa forma, observa-se um abismo holístico e humanístico entre o profissional e seu cliente, levando a crer que este não passa de uma máquina biológica que precisa apenas de reparos orgânicos.

Contudo, o cuidado de enfermagem deve-se basear nos modelos humanísticos, holísticos e relacionais, não se restringindo apenas na ação da técnica no sentido de fazer, de executar um procedimento. Sendo assim, se o enfermeiro, durante a sua assistência não valorizar, ou até mesmo, desconsiderar esses modelos, predominará a tecnologia e o

tecnicismo, desprovido, na maioria das vezes, dos sentimentos dos doentes e de seus familiares [3].

A ciência e a arte da Enfermagem estão amparadas numa ampla estrutura teórica. O Processo de Enfermagem (PE) é uma metodologia que tem por finalidade coordenar, planejar, direcionar e sistematizar as atividades de enfermagem, bem como aplicar essa estrutura à prática profissional. A pioneira deste no Brasil foi a Dr^a. Wanda de Aguiar Horta, propondo uma metodologia assistencial baseada no método científico, como estrutura de organização e sistematização da assistência, ao publicar em 1979 o livro intitulado “*O Processo de Enfermagem*”, modelo fundamentado na teoria de Maslow das Necessidades Humanas Básicas (NHB) [2,4,5].

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um modelo metodológico de fundamental importância para a prática científica da profissão [6]. Através de suas etapas (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) o enfermeiro tem a oportunidade de elevar sua função, mediante uma atenção centrada no cliente e nas suas necessidades vigentes.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi implementar a metodologia da SAE em uma cliente hospitalizada numa UTI, baseada na Teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta, para a operacionalização do Processo de Enfermagem.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, realizado numa Unidade de Terapia Intensiva Geral, de um Hospital Filantrópico do interior sul mato-

grossense, que dispunha de 9 leitos. A cliente foi escolhida de forma aleatória, apresentando os diagnósticos médicos de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Pneumonia e Diabetes *Mellitus*. Utilizou-se o processo de enfermagem norteado e adaptado à teoria das NHB de Wanda Horta.

Os dados foram coletados detalhadamente durante a hospitalização, através de um instrumento de coleta de dados específico para UTI, semi-estruturado, previamente validado na literatura [7], que cotinha dados de identificação, exames laboratoriais, hábitos de vida, história da admissão, exame físico dentre outros, além dos mais diversos questionamentos acerca das Necessidades Humanas Básicas. Ainda, para subsidiar a pesquisa, foram utilizadas informações contidas no prontuário da cliente, corroboradas por exames laboratoriais complementares e intercorrências durante o período de internação.

Na fase posterior da pesquisa foram analisadas as informações coletadas. Os diagnósticos de enfermagem (DE) foram nomeados, utilizando-se as etapas do processo de raciocínio diagnóstico de Risner [8] tais como: categorização dos dados, identificação das lacunas, agrupamento dos dados relevantes afins, comparação dos agrupamentos com conceitos, padrões e/ou normas, inferência, relação de fatores etiológicos e identificação dos principais DE, propriamente ditos, segundo a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* NANDA [9] de 2007/2008, como também a experiência e o conhecimento dos autores pertinentes a SAE. Após o reconhecimento dos principais diagnósticos de enfermagem, foram elaboradas as respectivas intervenções, utilizando como base a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem – NIC [10].

Resultados

Histórico de enfermagem: Mulher, 76 anos, brasileira, mulata, viúva, católica, natural de Três Lagoas, aposentada, 94 kg, 1,66 m de altura, IMC 34, com diagnóstico médico de DPOC, pneumonia, diabetes *mellitus* tipo 2 e suspeita de doença renal aguda. Oriunda da clínica médica feminina e admitida no serviço em 10/11/2008 por conta de choque circulatório, sendo infundido nesta intercorrência volume excessivo de líquidos, o que levou a um ganho hídrico de 5179 ml e perda de 500 ml nas últimas 24 horas. Encontra-se entubada, sedada, inconsciente, não respondendo aos

estímulos verbais e dolorosos, com escalas de coma de Glasgow 3 e de sedação de Ramsay 6. Não foi possível coletar informações mais aprofundadas por conta da sedação.

Exame físico: Bom estado de higiene geral, cianose de extremidades, estado febril, anasarca, hipocorada e pupilas isocóricas. Em ventilação mecânica assistida controlada, expansibilidade torácica simétrica, saturação de O₂ 98%, som claro pulmonar à percussão, murmúrios vesiculares diminuídos bilateralmente na região de base pulmonar, presença de sibilos e estertores crepitantes. Normotensa, taquicárdica (102 bpm), mantém monitorização eletrocardiográfica, ausculta revela bulhas cardíacas normofonéticas 2 tempos sem sopro e perfusão tissular maior que 2 segundos. Apresenta abdome globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hiperativos do tipo gargarejo, principalmente, na alça descendente do cólon e vísceras não palpáveis. Mantém acesso venoso periférico em MSE, com sinais flogísticos de infecção, recebendo medicação sedativa (Dormonid e Fentanil) e alimentação parenteral, ambos em bomba de infusão, além de solução fisiológica de Ringer lactato; SNE e SV de demora em sistema fechado, apresentando oligúria. Presença de flebotomia em MSE. Dados laboratoriais: uréia 6,8 mg/dl, sódio 149 meq/dl, potássio 22 meq/dl, magnésio 2,6 meq/dl, hematócrito 26,8%, hemoglobina 7,4 g/dl, eritrócito 3,75 milhões/mm³, leucograma de linfócito em 3%, albumina 2,6 g/dl e glicemia capilar de 219 mg/dl. Dados gasométricos arteriais: pH = 7,572; PCO₂ = 36,8 mmHg; HCO₃ = 33,2 mmHg; BE 10,4 mMol/l; saturação de O₂ = 98%. SSVV: T:37,3°C, P:102 bpm, FR:14 mrpm, PA: 110x80mmHg, dor não pôde ser avaliada.

Diagnósticos de enfermagem: Após avaliação criteriosa dos dados, foram seguidos os passos do raciocínio diagnóstico de Risner e identificado 7 diagnósticos de enfermagem (DE) principais, bem como suas respectivas metas, objetivos e atividades de enfermagem.

DE: *Desobstrução ineficaz de vias aéreas, relacionada à presença de via aérea artificial e secreções retidas, evidenciada por ruídos adventícios respiratórios.*

Meta: Melhorar a permeabilidade das vias aéreas.

Objetivo: O cliente deverá apresentar melhora na permeabilidade das vias aéreas em 2 horas.

Atividades: Oferecer umidificação a 100% do gás/ar inspirado; aspirar à orofaringe e as secreções da parte superior do balonete do tubo antes de desinsuflá-lo

e depois de aspirar a traquéia; auscultar a presença de sons pulmonares bilateralmente após a troca da fixação do tubo endotraqueal.

DE: *Perfusão tissular ineficaz (periférica), relacionada a transporte prejudicado de O₂ (diminuição de hemoglobina e eritrócitos), evidenciada por tempo de reenchimento capilar maior que 3 segundos.*

Meta: Melhorar a oxigenação tissular.

Objetivo: O cliente deverá melhorar a oxigenação tissular.

Atividades: Manter desobstruídas as vias aéreas; monitorar o fluxo de litros de oxigênio; monitorar a eficácia de terapia com oxigênio (oximetria de pulso, gasometria artéria); monitorar os sinais vitais.

DE: *Integridade da pele prejudicada, relacionada à circulação alterada, excesso de líquidos, obesidade e mobilidade física prejudicada, evidenciada por tecido lesado (pele e tecido subcutâneo da região sacral).*

Meta: Restabelecer a integridade da pele.

Objetivo: O cliente deverá apresentar melhora da lesão cutânea.

Atividades: Monitorar o estado da pele diariamente; remover a umidade excessiva da pele resultante da transpiração e excesso de fezes; alterar a posição do paciente a cada 1 ou 2 horas; mudar a posição do paciente com cuidado (p.ex. evitar atrito), para prevenir lesões à pele fragilizada; manter os lençóis limpos, secos e livres de rugas; examinar diariamente a pele sobre as saliências ósseas e outros pontos de pressão ao reposicionar o paciente.

DE: *Volume excessivo de líquido, relacionado a os mecanismos reguladores comprometidos (renal), evidenciados por anasarca, azotemia (uréia 6,8 mg/dl), eletrólitos alterados (sódio 149 meq/dl, potássio 22 meq/dl, magnésio 2,6 meq/dl) e oligúria.*

Meta: Controlar a hipervolemia.

Objetivo: O cliente deverá apresentar melhora da volemia.

Atividades: Monitorar a função renal (níveis de uréia e creatinina); monitorar cor, quantidade, gravidade específica da diurese; monitorar a ingestão e eliminação; monitorar os sinais vitais; monitorar alterações no edema periférico; monitorar os resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos (aumento ou redução dos níveis de hematócrito e aumento de níveis de osmolaridade urinária); monitorar os níveis de potássio após diurese.

DE: *Risco de desequilíbrio na temperatura corporal, relacionado à sedação.*

Meta: Manter o equilíbrio da temperatura corporal.

Objetivo: O cliente deverá permanecer dentro dos parâmetros normotérmicos.

Atividades: Determinar a condição da pele e identificar quaisquer alterações que requeiram uma mudança no procedimento ou constituam contra-indicações à estimulação; verificar a temperatura da aplicação, especialmente quando utilizar calor; cronometrar com cuidado todas as aplicações; avaliar a condição geral, a segurança e o conforto durante o tratamento; avaliar e documentar a resposta à aplicação de calor/frio.

DE: *Risco de infecção, relacionado a procedimentos invasivos (AVP, SVD, TOT), destruição de tecidos (flebotomia) e defesas secundárias inadequadas (leucopenia linfocitária).*

Meta: Ausência de infecções.

Objetivo: O cliente deverá se expor o mínimo quanto ao risco de infecção.

Atividades: Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção; examinar todos os visitantes quanto à presença de doença transmissível; manter assepsia; providenciar cuidado adequado à pele em áreas edemaciadas; examinar as condições da flebotomia; comunicar infecções suspeitas à equipe do controle de infecções; comunicar culturas positivas à equipe de controle de infecção.

DE: *Integridade tissular prejudicada, relacionada a fatores mecânicos (forças abrasivas do tubo orotraqueal), evidenciada por destruição de camadas da pele e mucosa oral.*

Meta: Cessar a tração abrasiva do tubo orotraqueal.

Objetivo: O cliente deverá apresentar melhora na lesão oral em 3 dias.

Atividades: Evitar aplicar pressão na lesão oral durante manipulação; monitorar possível contato entre o tubo, mucosa e pele oral e trocar fixação diariamente ou quando apresentar sujidade.

Conclusão

Acreditamos que essa pesquisa foi de grande relevância para relembrar os conhecimentos pertinentes ao Processo de Enfermagem adquiridos durante a graduação. É importante ressaltar que

as atividades de enfermagem citadas nesse estudo não devem ser entendidas como assistência única desta questão, mas sim uma possibilidade em ser empregada nos mais diversos clientes internados em UTIs.

O referido estudo evidenciou a importância do Processo de Enfermagem como norteador para assistir o cliente na sua totalidade, porém, em virtude da sedação não foi possível obter maiores informações acerca dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Conseqüentemente, os problemas concernentes a esses aspectos não foram elucidados, logo, os diagnósticos de enfermagem, bem como suas respectivas intervenções foram relativamente direcionados para a assistência no âmbito biológico.

Dessa forma, diante dos dados obtidos nesse estudo de caso, os autores chamam a atenção das equipes multidisciplinares das Unidades de Terapia Intensiva, no que diz respeito à importância de se anotar nos registros informações relevantes aos mais diversos aspectos referentes ao cliente, a fim de proporcionar melhores condições de trabalho para Enfermagem e demais profissões.

Referências

1. Martins JJ, Nascimento ERP. A tecnologia e a organização do trabalho da Enfermagem em UTI. Arquivos Catarinenses de Medicina 2005;34(4):23-7.
2. Salomé GM, Espósito VHC, Silva GTR. The nursing professional in an Intensive Therapy Unit. Acta Paul Enferm 2008;21(2):294-9.
3. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(2):250-7.
4. Silva TG, Madureira VSF, Trentini M. Processo de ensino-aprendizagem para implementação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Cogitare Enferm 2007;12(3):279-86.
5. Wysochi AD, Freschi MS, Cesarino CB. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: estudo de caso de acordo com a teoria de Autocuidado de Orem. Arq Ciênc Saúde 2008;15(1):38-42.
6. Brandão VZ, Soler ZASG. Implementação do processo de enfermagem para um cliente com fixador externo Ilizarov: estudo de caso. Arq Ciênc Saúde 2006;13(3):61-4.
7. Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao cliente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto Contexto Enfermagem 2006;15(4):617-28.
8. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Griffith K, Cristensen PJ. Nursing Process: application of theories frameworks and models. 2nd ed. Saint Louis: Mosby; 1986.
9. North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2008-2009. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.
10. McCloskey JC, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2008.