

O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE PACIENTE INTERNADA EM AMBIENTE HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE NURSING PROCESS IN THE CARE OF PATIENTS ADMITTED TO A HOSPITAL ENVIRONMENT: EXPERIENCE REPORT

Caroline Severo de Jesus¹
Mairy Ferreira Melo Rezende²
Reobbe Aguiar Pereira³
Adriana Keila Dias⁴

Resumo: O propósito deste relato de experiência é descrever as experiências de dois enfermeiros na implementação do Processo de Enfermagem (PE) no cuidado direto a paciente internado em ambiente hospitalar, baseado na vivência de duas enfermeiras enquanto ainda eram estudantes do curso de Bacharelado de Enfermagem. Realizou-se a coleta de dados ou Histórico de Enfermagem através da anamnese e exame físico, o banho no leito e limpeza do local da jejunostomia. O PE foi importante nas condutas a serem tomadas diante dos problemas que surgiram em função da patologia primária, proporcionando um cuidado voltado as necessidades reais e imediatas da paciente, promovendo assim um atendimento cada vez mais próximo do conceito ampliado de saúde.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Diagnóstico. Assistência. Estenose Esofágica.

Abstract: The purpose of this experience report is to describe the experiences of two nurses in implementing the Nursing Process (NP) in direct care for patients hospitalized in a hospital environment, based on the experiences of two nurses while they were still students on the Bachelor of Nursing course. Data collection or Nursing History was carried out through anamnesis and physical examination, bed bath and cleaning of the jejunostomy site. The NP was important in the conduct to be taken in the face of problems that arose due to the primary pathology, providing care focused on the patient's real and immediate needs, thus promoting care increasingly closer to the expanded concept of health.

Keywords: Systematization of Nursing Care. Diagnosis. Assistance. Esophageal Stenosis.

1 Enfermeira. Pós graduada em Saúde Pública e Estratégia Saúde da Família para Enfermeiros. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1831509940491279> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4870-4181> E-mail: carolinesevero2017@gmail.com

2 Enfermeira. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8921268577910096> Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0167-8230> E-mail: mairy-mello26@gmail.com

3 Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais. Doutorando em Engenharia Biomédica. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7447115724350334> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2578-2611> E-mail: enfereobbe@gmail.com

4 Enfermeira. Mestre em Ciências Ambientais. Doutoranda em Engenharia Biomédica. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2128882976477548> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1291-5593> E-mail: adrianakeiladidas@hotmail.com

Introdução

A Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) trata sobre a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, este apresenta-se em cinco etapas: I-coleta de dados ou histórico de enfermagem, II-diagnóstico de enfermagem, III-planejamento de enfermagem, IV-implementação e V-avaliação de enfermagem.

Tal processo trata-se de um método dinâmico, adaptável e organizado utilizado para nortear o enfermeiro em suas atribuições, possibilitando a identificação das necessidades de cuidado de cada paciente (BRESSAN, et al., 2023).

A implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que é a consolidação do PE favorece a organização do trabalho executado frente às necessidades de sua clientela, tais como; a otimização do tempo, otimizando a qualidade na assistência, fortalecendo o elo entre o profissional de enfermagem e a pessoa assistida (LIMA; NERI; NERI, 2023).

Para Dorneles, et al., (2021), o PE favorece a autonomia profissional além de intervir de maneira positiva no cuidado, no entanto, ainda possui algumas fragilidades na sua correta aplicação, onde por vezes é visto como algo burocrático e sem a devida importância.

Nesse contexto o presente relato justifica-se dada a necessidade de demonstrar como a prática da implementação do processo de enfermagem por meio da SAE interfere na assistência dos pacientes no dia a dia da equipe de enfermagem.

O presente relato, teve como objetivo descrever as experiências de dois enfermeiros na implementação do PE no cuidado direto a paciente internado em ambiente hospitalar.

Atividades realizadas

O presente relato foi baseado na vivência de duas enfermeiras enquanto ainda eram estudantes do curso de Bacharelado de Enfermagem durante estágio em unidade hospitalar em um município do interior do Tocantins, este descreve o atendimento de uma paciente internada para o acompanhamento de sequelas de uma Estenose Esofágica causada pela ingestão de soda caustica.

Visando a assistência integral da paciente, seu atendimento baseou-se no Processo de Enfermagem. Utilizando como instrumento a SAE, elaborada pelas autoras do presente relato, inicialmente realizou-se a coleta de dados ou Histórico de Enfermagem através da anamnese e exame físico, onde obteve-se as seguintes informações:

Paciente de 50 anos, sexo feminino, do lar, sem acompanhante. Reside sozinha, nega alergias, refere diagnóstico anterior de Transtorno Depressivo. Apresenta quadro de baixo peso devido a Estenose Esofágica em decorrência de tentativa de suicídio por ingestão de soda caustica. Ao exame físico: paciente se encontrava consciente e orientada em tempo e espaço, couro cabeludo limpo e íntegro com presença

de cabelos brancos, pele íntegra, todavia se encontrava com xerodermia, pupilas isocóricas e fotorrea-
gentes, acuidade auditiva normal, cavidade bucal com boa condição higiênica, com uso de aparelho orto-
dôntico, sem presença de lesões na mucosa, pescoço sem presença de gânglios visíveis ou palpáveis, uso
de traqueostomia. Normocárdica, eupneica, normotensa. Ao sistema cardiorrespiratório: Ausculta com
som claro pulmonar, boa expansibilidade, bulhas normofonéticas em dois tempos, ausência de sopros.
Pulso cheio e rítmico. Ausência de estase jugular a 45°. Abdômen flácido, indolor com jejunostomia. Ex-
tremidades: Membros superiores e inferiores sem presença de edemas, deambulação prejudicada devido
falta de força muscular. Sem sinais flogísticos ou deformidades articulares. Eliminações: Diurese regular,
evacuações presentes em fralda. O exame do estado mental foi realizado no momento da entrevista pos-
suindo como critérios para avaliação, orientação, aparência física, discurso verbal, informações, memória
e consciência.

A realização da anamnese e o exame físico representam um instrumento de grande valia para a
assistência, uma vez que permite ao enfermeiro realizar o diagnóstico e planejar as ações de enfermagem,
acompanhar e avaliar a evolução do paciente.

A anamnese e o exame físico talvez representem os momentos de maior interação enfermeiro-
-paciente. É o momento em que o enfermeiro inicia o processo de um cuidado individualizado, holístico,
humanizado, com embasamento científico e centrado no paciente, portanto, negligenciar essa etapa do
cuidado, tanto do ponto de vista comunicacional quanto técnico-científico, pode impactar negativamente
na assistência de enfermagem (PONTES, et al., 2020).

O exame físico foi realizado de maneira sistematizada, no sentido céfalo-caudal, através de uma
avaliação minuciosa de todos os segmentos do corpo utilizando as técnicas propedêuticas: inspeção, pal-
pação, percussão e ausculta. Durante o exame físico pode-se procurar por anormalidades que poderiam
sugerir problemas no processo de saúde e doença, assim verificou-se que a paciente apresentava baixo
peso, xerodermia que consiste na pele seca comum e deambulação prejudicada. De acordo com os da-
dos obtidos por meio da anamnese e do exame físico foi possível, identificar problemas e realizar os Diag-
nósticos de Enfermagem e o Planejamento de Enfermagem que consistem na segunda e terceira etapa do
PE respectivamente.

A tabela 1 abaixo, demonstra os diagnósticos e as prescrições de enfermagem o planejamento das
ações destinados ao cuidado da paciente.

Tabela 1. Principais diagnósticos e prescrições de enfermagem

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM
Risco de infecção, relacionado a procedi- mento invasivo.	Monitorar sinais e sintomas de infecção; Realizar curativo com técnicas antissépticas.
Risco de lesão por pressão, relacionada a situação de acamado.	Avaliar perfusão tissular; Manter a pele hidratada; Realizar mudança de decúbito.
Risco de quedas, relacionado a redução de força em extremidade inferior.	Orientar paciente quanto aos riscos de queda; Travar as rodas da maca; Manter a cama em altura adequada para evitar quedas.
Risco de suicídio, relacionado a história de tentativa de suicídio.	Promover escuta ativa e acompanhamento psicológico; Atentar-se para repentinas mudanças de humor.

Manutenção ineficaz da saúde, relacionado a sofrimento espiritual, caracterizado por apoio social insuficiente.	Auxiliar nos cuidados; Manter acompanhamento do serviço social e psicológico.
Integridade da pele prejudicada, relacionada a nutrição, caracterizada por alteração na integridade da pele.	Realizar hidratação da pele com ácidos graxos essenciais e cremes.
Deambulação prejudicada, relacionada a força muscular insuficiente, caracterizada pela incapacidade de andar as distâncias necessárias.	Auxiliar a paciente a sentar-se à beira da cama, para facilitar os ajustes de postura; Acompanhamento da fisioterapia.
Comunicação verbal prejudicada, relacionada a barreira física (traqueostomia), caracterizada pela fala com dificuldade.	Manter a capacidade de comunicação do paciente de maneira escrita e não verbal; Explicar que quando a abertura externa é tapada, o ar pode passar pelas cordas vocais permitindo que a voz saia.
Déficit para autocuidado para o banho, relacionado a fraqueza, caracterizado pela incapacidade de acessar o banheiro.	Manter os cuidados com a higiene do paciente, proporcionar assistência durante o banho, cuidado com as unhas, cabelos, perineo, pés e promover saúde oral.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Definidos os diagnósticos e o planejamento de enfermagem, o cuidado propriamente dito destinado ao paciente foi realizado na etapa chamada de Implementação, sendo feito tanto pela equipe de enfermagem como pela equipe multiprofissional de acordo com a necessidade do paciente.

No dia do atendimento foi realizado além da anamnese e exame físico, o banho no leito e limpeza do local da jejunostomia. O banho do leito foi realizado com compressas estéreis, sabonete líquido e água morna. A escolha do tipo de banho se deu pela dificuldade de locomoção da paciente.

Na prática clínica, os profissionais de Enfermagem devem ser capacitados para realizar intervenções direcionadas à manutenção da higiene corporal dos pacientes nas diversas situações, definindo a forma mais adequada de acordo com o grau de dependência e deficiência para o autocuidado (TOLEDO, et al., 2021).

É importante entender que o pode expor o paciente a riscos, tais como, quedas, deslocamento de dispositivos invasivos, infecções e alterações em parâmetros fisiológicos, assim os enfermeiros, ao assistirem os pacientes com “déficit no autocuidado para banho”, devem intervir de forma eficaz e segura para a manutenção da sua higiene corporal (TOLEDO, et al., 2021).

A higiene do local da jejunostomia também é de suma importância, a mesma foi realizada com gases, soro fisiológico 9%, micropore e luvas de procedimento, durante o procedimento verificou-se ausência de fluidos ou secreções no local.

A última etapa do PE que consiste na Avaliação de Enfermagem foi realizada de forma contínua ao passo em que a cada cuidado prestado a paciente se observa a eficácia do atendimento prestado e a evolução do mesmo diante das condutas tomadas.

Com tudo isso, percebe-se que o PE é fundamental no atendimento de qualidade do paciente, deve-se observar que inicialmente o diagnóstico da paciente foi de Estenose Esofágica que trata-se do estreitamento do esôfago, dificultando ou impedindo que a saliva e os alimentos progridam até o estômago, as estenoses de esôfago podem ter várias causas, onde no caso da paciente em questão foi provocada pela ingestão de produtos tóxicos.

Ainda assim, os diagnósticos e planejamento de enfermagem não foram voltados ao problema original, uma vez, que já haviam sido tomadas condutas para isto, como o procedimento da jejunostomia que trata-se de uma abertura no intestino, realizada pelo médico no centro cirúrgico, quando o paciente apresenta alguma dificuldade no estômago impossibilitando a alimentação via oral e pela gastrostomia que já havia sido usada sem sucesso para esse fim.

Nesse contexto, o PE foi importante nas condutas a serem tomadas diante dos problemas que surgiram em função da patologia primária, proporcionando um cuidado voltado as necessidades reais e imediatas da paciente, promovendo um atendimento integral de forma sistemática e holística, levando em consideração suas necessidades físicas, sociais e psicológicas.

Assim a assistência pautada no uso da SAE demonstrou benefícios tanto para a paciente quanto para os envolvidos na assistência, se consolidando como uma ferramenta de suma importância para a prática profissional do enfermeiro.

Considerações finais

A partir do relato infere-se que o PE quando aplicado de maneira correta, embasado em conhecimentos técnicos e científicos favorece muito além do que a autonomia do enfermeiro. A assistência prestada pelo enfermeiro utilizando como instrumento a SAE promove um atendimento individualizado que visa além de um cuidado voltado para a doenças, mas sim, levando em consideração todas as necessidades básicas do ser humano.

Assim o relato demonstra que a o PE deve ser visto como muito mais que uma papelada burocrática, e sim como um instrumento capaz de contribuir positivamente para a assistência do paciente, promovendo assim um atendimento cada vez mais próximo do conceito ampliado de saúde.

Referências

ARTMED. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL (NANDA-I). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2018-2020**. Porto alegre. 11ªEd. Artmed, 2018.

BRESSAN, Flávia et al. **Potencialidades e fragilidades do processo de enfermagem no Brasil: Revisão Integrativa da literatura**. In: Congresso Internacional em Saúde. 2023.

DORNELES, F. C. et al. Processo de enfermagem e suas implicações na prática profissional do enfermeiro: revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6028, 12 fev. 2021. Disponível: <https://doi.org/10.25248/reas.e6028.2021> Acesso em: 21 jan. 2024.

LIMA, U. T. S. de; NERI, M. C. C.; NERI, G. S. Oficinas pedagógicas e elaboração de um roteiro roteador para aplicabilidade do Processo de Enfermagem (PE) em unidades de internação adulto de um hospital público: Relato de experiência. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 1534-1545, 2023. DOI: 10.55892/jrg.v6i13.738.

PONTES, A. E. L. et al. Comunicação interpessoal do enfermeiro durante o exame físico: fatores que interferem nesta competência. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 10, n. 6, maio 2020. ISSN 2357-707X.

TOLEDO, L. V. et al. Diferentes tipos de banho em pacientes críticos e fatores associados ao banho no leito. **REME - Rev Min Enferm.** 2021.

Recebido em 13 de março de 2024.

Aceito em 04 de abril de 2024.