

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Mestrado
PPgenf
Doutorado

Programa de
Pós-graduação
em Enfermagem
UNIRIO

Revista de Pesquisa:
CUIDADO É FUNDAMENTAL Online

ISSN 2175-5361

ESCOLA DE ENFERMAGEM
ALFREDO PINTO
E E A P
UNIRIO

Ministério da Educação

PESQUISA

IMPLEMENTED NURSING PROCESS TO THE PATIENT WITH HYPERTENSION, DIABETES MELLITUS, HEPATITIS TYPE C: CASE STUDY

PROCESSO DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADO AO CLIENTE COM HIPERTENSÃO, DIABETES MELLITUS, HEPATITE C: ESTUDO DE CASO

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO AL CLIENTE CON HIPERTENSIÓN, DIABETES MELLITUS, HEPATITIS C: ESTUDIO DE CASO

Débora de Souza Barbosa da Silva¹, Gabriela Moraes Bueno de Oliveira², Langs de Arantes Ferreira de Mello³, Luanny Regina de Oliveira Santos⁴, Renata Evangelista Tavares⁵, Vivian Schutz⁶

ABSTRACT

Objective: Was to apply the nursing process based on NANDA's proposition as an element of practical learning for nursing students in the fourth semester. **Method:** Qualitative review type case study. **Results:** We have noted that the nursing care to this type of patient has been favorable to the prognosis, and furthermore has enabled the development of every stage of the nursing process, also contributing to the academic formation. **Conclusion:** The nursing care then ends showing how complex this science is, proving it doesn't require only scientific knowing, but the sensitivity and ability when dealing with people that don't need only physical assistance, but those that go beyond this barrier. **Descriptors:** Nursing Process, Nursing Care, Chronic Disease.

RESUMO

Objetivo: Aplicar o processo de enfermagem baseado na proposta da NANDA como elemento de aprendizagem prática para os graduandos de enfermagem do quarto período. **Método:** Estudo qualitativo do tipo estudo de caso. **Resultados:** Observamos que o cuidado de enfermagem a este tipo de cliente favoreceu o prognóstico do mesmo e atrelado a isto permitiu o desenvolvimento de todas as etapas do processo de enfermagem contribuindo para a formação acadêmica. **Conclusão:** O cuidar em enfermagem mostra o quão complexa é esta ciência que exige não só conhecimentos científicos, mas sensibilidade e habilidade ao lidar com pessoas que não necessitam apenas de cuidados físicos, mas sim, de cuidados que transcendam esta barreira. **Descritores:** Processos de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Doença Crônica.

RESUMEN

Objetivo: Aplicar el proceso de enfermería basado en la propuesta de la NANDA como un elemento de aprendizaje práctico para los estudiantes de enfermería en el cuarto semestre. **Método:** Estudio cualitativo de tipo estudio de caso. **Resultados:** Observamos que los cuidados de enfermería a este tipo de clientes ayudó lo pronóstico de lo mismo y atado a esto permitió el desarrollo de todas las fases del proceso de enfermería, contribuyendo para la formación académica. **Conclusión:** El cuidado de enfermería muestra la complejidad que esta ciencia es y que no sólo requiere el conocimiento científico, pero la sensibilidad y la habilidad para tratar con personas que no sólo necesitan cuidados físicos, sino más bien de superar esta barrera. **Descriptor:** Procesos de Enfermería, Atención de Enfermería, Enfermedad Crónica.

¹ Acadêmico de enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO. E-mail: debora.enf09@yahoo.com.br. ² Acadêmico de enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO. E-mail: gabrielambo@gmail.com. ³ Acadêmico de enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO. E-mail: langsmello@live.com. ⁴ Acadêmico de enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO. E-mail: luanny.enf09@yahoo.com.br. ⁵ Acadêmico de enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO. E-mail: renataunirio@yahoo.com.br. ⁶ Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery; Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO. E-mail: vschutz@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso foi desenvolvido por acadêmicos da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) durante o ensino prático da disciplina de Semiotécnica II e tem como objeto o Processo de Enfermagem implementado ao cliente com hipertensão arterial, diabetes *Mellitus* e hepatite C. Tem por fundamento a ideia de que se faz necessário focar o indivíduo como um todo e não apenas sua doença, o que possibilita uma abordagem ampla.¹ Tendo em vista essa perspectiva, o objetivo foi aplicar o Processo de Enfermagem (PE) para a sistematização da assistência, junto a um cliente com hipertensão arterial (HAS), diabetes *Mellitus* (DM) e hepatite C.

A relevância deste estudo está no fato do cliente possuir dois dos maiores problemas de saúde pública, que são o diabetes *Mellitus* e a hipertensão arterial; e possuir duas complicações severas destes, a retinopatia e a insuficiência renal; como também hepatite C, fundamentando a importância de aplicar a sistematização do cuidar junto ao sujeito com doenças crônicas.²

O diabetes é uma doença comum e de incidência crescente. Estimou-se, em 1995, que a doença atingia 4% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos. No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas [...]. Hoje estima-se 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores.^{3:9}

De acordo com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%.^{4:9} Sendo que a prevalência de hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral.^{4:34}

Em referência ao diabetes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave.^{3:9} Já em referência à necessidade de terapia renal substitutiva (diálise ou transplante renal) cerca de 80% a 90% dos pacientes apresentavam hipertensão arterial.⁴

Na hepatite C, estima-se que cerca de 3% da população mundial, 170 milhões de pessoas, sejam portadores de hepatite C crônica. É atualmente a principal causa de transplante hepático em países desenvolvidos e responsável por 60% das hepatopatias crônicas. No Brasil, em doadores de sangue, a incidência da hepatite C é cerca de 1,2%, com diferenças regionais.⁵

A justificativa para realização deste estudo se deu pelo fato de permitir que os acadêmicos de enfermagem possam colocar em prática os conteúdos apreendidos durante a fase teórica da disciplina de Semiotécnica II. Além disso, iniciar uma aproximação com o ambiente hospitalar, contribuindo especialmente, no aprendizado dos mesmos durante a trajetória de formulação de um estudo de caso.

O estudo de caso contribui de modo importante para termos a oportunidade - tal qual previsto nas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem - de sermos capazes de utilizar o processo de enfermagem para a garantia da qualidade do cuidado e da assistência à saúde, e para aprendermos a nos reconhecer como futuros coordenadores da equipe de trabalho de enfermagem.⁶

Silva DSB, Oliveira GMB, Mello LAF et al.

METODOLOGIA

O método utilizado foi o qualitativo, do tipo estudo de caso. Para selecionar um sujeito, tendo em vista o desenvolvimento do estudo proposto, foi inicialmente lida a ficha de admissão de todos os clientes internados na enfermaria, e foi selecionado um deles, admitido havia pouco tempo e que apresentava patologias crônicas. A partir disto, foi lido o prontuário na íntegra.

Este trabalho está vinculado ao projeto de pesquisa “Gerência e Cuidado de Enfermagem: custo, preço e resultados das ações”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUGG, sob o nº. de protocolo 64/2010 e CAE 0059.0.328.313-10. Assim sendo, o cliente foi orientado quanto ao trabalho e sobre a confidencialidade das informações, aceitando participar. Assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que se refere aos aspectos éticos para pesquisas que envolvem seres humanos.⁷

O cenário da pesquisa foi a enfermaria cardiovascular de um Hospital Universitário, com 22 leitos, localizado no Município do Rio de Janeiro, no período de maio a junho de 2011. O sujeito foi um cliente do sexo masculino, 47 anos, branco, casado, brasileiro, natural e residente no Rio de Janeiro.

Na fase exploratória do estudo de caso foi realizada revisão bibliográfica sobre as patologias que o cliente apresentava, assim como sobre a farmacologia da terapêutica prescrita, que foi conseguida através da análise de todas as prescrições médicas feitas desde o primeiro dia de internação, com a finalidade de saber quais os medicamentos que ele mais utilizava.

As técnicas utilizadas foram a observação direta e a entrevista semiestruturada com o auxílio de um instrumento para desenvolver o

Implemented nursing process...

Processo de Enfermagem (PE) que foi a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), possibilitando a utilização de terminologias e diagnósticos de enfermagem padronizados internacionalmente, proporcionando aos enfermeiros uma linguagem comum.⁸ Aplicou-se o PE, nas seguintes etapas: coleta de dados (que inclui o histórico de enfermagem e exame físico); diagnóstico de enfermagem; plano assistencial; plano de cuidados; e alguns possíveis resultados esperados (prognóstico) para o cliente.

A coleta de dados foi realizada mediante a análise do prontuário, para se ter acesso ao diagnóstico, evolução médica e de enfermagem, exames laboratoriais e complementares, assim como para conhecer o que ocorreu antes do início da realização do estudo. Na ausência de informações no prontuário, algumas informações foram coletadas diretamente com o cliente. Foi realizado o histórico de enfermagem e o exame físico, sendo este feito semanalmente com o objetivo de obter subsídios para as demais etapas do PE.

Em seguida, foram identificados os diagnósticos de enfermagem, e construídos o plano assistencial e plano de cuidados, e o prognóstico de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Foi elaborado o processo de enfermagem individualizado, visando o cuidado ao ser humano e tendo como finalidade a recuperação de sua saúde. Através de uma relação dinâmica enfermeiro-cliente e de intervenções sistematizadas, as etapas do processo de enfermagem foram respeitadas e implementadas de forma a se inter-relacionarem e se mostrarem de igual importância para a assistência à saúde desse cliente.

O processo de enfermagem propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem, sendo a essência, o

Silva DSB, Oliveira GMB, Mello LAF et al.

instrumento e a metodologia da prática de enfermagem, ajudando o profissional enfermeiro a tomar decisões e a prever e avaliar as consequências.⁸

O cliente chegou ao hospital universitário apresentando como queixa principal “falta de ar e inchaço”. De acordo com a história da doença atual, relatou estar a dois dias em casa com sintoma de dispnéia progressiva, a qual diminuía na posição de decúbito dorsal, e edema generalizado. Relata primeiro atendimento em outro hospital da rede federal, onde foi diagnosticado derrame pleural (SIC). Após exames laboratoriais obteve diagnóstico de insuficiência renal, sendo prescrita terapia renal substitutiva de urgência. Durante o período de internação (4 a 5 dias) foi submetido a quatro sessões de hemodiálise, e se encontrava com edema generalizado, dispnéia progressiva, fraqueza em membros inferiores, náuseas/vômitos e tonteira. Foi transferido a este hospital universitário para continuidade do tratamento. Persistiram então a tonteira, edema generalizado, fraqueza em membros inferiores e náuseas, tendo melhora apenas no quadro de dispnéia. Doenças preexistentes e medicamentos em uso - Diabetes *Mellitus* tipo II (há 15 anos, insulínica), hipertensão arterial (há 15 anos, com uso de Enalapril 20mg/dia) e hepatite C (há 10 anos, sem tratamento específico). Retinopatia diabética (com consequente redução da acuidade visual). Uso regular de Pantoprazol. Uso de AAS (parou há 3 meses). Antecedentes pessoais e familiares - Mãe viva com hipertensão arterial; avô paterno diabético; esposa portadora de hepatite C. Hábitos de vida, condições socioeconômicas e culturais, e condições ambientais - Eliminações

Implemented nursing process...

(urina várias vezes ao dia, em baixa quantidade, apresentando coloração amarelo claro, possui noctúria. Possui constipação, fezes com aspecto endurecido, porém sempre toma alguma medida para este problema através da alimentação, com isso consegue evacuar uma vez ao dia). Sono e repouso (relata dormir diariamente às 22 horas, apresenta quadro de insônia devido à noctúria, utiliza travesseiro, costuma repousar à tarde quando pode). Não pratica atividade física. Tabagista desde os 35 anos de idade (1 a 2 maços/dia). Etilista social - fermentado e destilado - desde “pequeno” (podendo beber de três copos até mais, o que vai depender da ocasião). Bom relacionamento no local de trabalho, porém sempre se encontrava ansioso devido às metas que tinha que alcançar no decorrer dos anos. Tem como lazer os *happy hour* que frequenta toda semana e a ida à praia regularmente. Relatou realização de exames médicos periódicos para controle das doenças crônicas (DM e HAS). Não realiza exame dentário periódico.

A elaboração da lista de diagnósticos de enfermagem foi realizada com base na coleta de dados (leitura de prontuário, histórico de enfermagem: anamnese e exame físico). Através da detecção desses problemas, foi possível então, traçar as respectivas ações/intervenções de enfermagem propostas pela NANDA. Foi estabelecido inicialmente o plano assistencial, conforme mostra o quadro 1, que é definido como a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.^{9:65}

Quadro 1: Diagnóstico de enfermagem segundo NANDA e plano assistencial relacionado

<u>Diagnóstico de enfermagem</u>	<u>Plano assistencial</u>
Relacionado a alimentos/líquidos:	Relacionado a alimentos/líquidos:
Náusea - Sensação ondulatória subjetiva	• Determinar os fatores

desagradável da parte posterior da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode provocar desejo ou vontade de vomitar.	<p>causadores/contribuintes</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover o conforto e aumentar a ingestão
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos - Risco de redução, aumento ou alteração rápida do volume de líquidos intravasculares, intersticiais e/ou intracelular. Isso se traduz por perda ou acúmulo de líquidos corporais, ou ambos.	<ul style="list-style-type: none"> Determinar os fatores causadores/contribuintes Evitar flutuações/desequilíbrios dos níveis de líquidos
Relacionado a atividade/repouso:	Relacionado a atividade/repouso:
Capacidade de transferência prejudicada - Limitação da mobilidade independente entre duas superfícies próximas.	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar os fatores causadores/contribuintes Avaliar a capacidade funcional Promover o nível ideal de mobilidade
Deambulação prejudicada - limitação dos movimentos independentes de andar a pé em seu ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar os fatores causadores/contribuintes Avaliar a capacidade funcional Promover um nível ideal e seguro de independência para andar
Fadiga - Sensação persistente e intolerável de exaustão e redução da capacidade de realizar trabalhos físicos e mentais no nível habitual.	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar os fatores causadores/contribuintes Detectar a gravidade da fadiga/impacto na vida do cliente Ajudar o cliente a lidar com a fadiga e a adaptar-se dentro dos seus limites funcionais
Mobilidade no leito prejudicada - Limitação dos movimentos independentes de uma posição no leito para outra.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os fatores causadores/contribuintes Avaliar a capacidade funcional Promover o nível funcional ideal e evitar complicações
Padrão de sono perturbado - Alterações quantitativas e qualitativas transitórias do sono (suspensão transitória natural da consciência).	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os fatores causadores/contribuintes Avaliar o padrão e a disfunção do sono
Risco de síndrome do desuso - Risco de deterioração dos sistemas corporais em consequência de inatividade musculoesquelética temporária irreversível ou inevitável.	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a probabilidade de desenvolver complicações Identificar as intervenções preventivas/corretivas apropriadas ao caso
Relacionado a eliminação:	Relacionado a eliminação:
Eliminação urinária prejudicada - Distúrbio da eliminação urinária.	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar os fatores causadores/contribuintes

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o grau de interferência/limitação física • Ajudar a tratar/evitar os distúrbios urinários
Relacionado a higiene:	Relacionado a higiene:
Déficit de autocuidado: banho/higiene, vestir-se/arrumar-se, alimentar-se, higiene íntima - Redução da capacidade (de caráter temporário, permanente ou progressivo) de realizar independentemente as atividades de alimentar-se, tomar banho/limpar-se, vestir-se e arrumar-se ou higiene íntima.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o grau de incapacidade • Ajudar a corrigir/lidar com a situação
Relacionado a neurosensorial:	Relacionado a neurosensorial:
Percepção sensorial perturbada (visual e tátil) - Alteração quantitativa ou qualitativa dos estímulos recebidos, acompanhada de respostas atenuadas, exageradas, distorcidas ou prejudicadas a esses estímulos.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os fatores causadores/contribuintes e o grau de limitação • Estimular a normalização da resposta aos estímulos
Relacionado a segurança:	Relacionado a segurança:
Risco de quedas - Susceptibilidade aumentada a quedas, que podem causar lesões físicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a fonte/grau de risco • Ajudar o cliente a reduzir ou eliminar os fatores de risco pessoal

Fonte: Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Diagnóstico de enfermagem: intervenções, prioridades, fundamentos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Logo em seguida foi estabelecido o plano de cuidados, como apresentado no quadro 2, que é o roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades

básicas e específicas do ser humano.^{9:67} Este plano de cuidados foi baseado no plano assistencial apresentado anteriormente, segundo os diagnósticos de enfermagem identificados.

Quadro 2: Cuidados de enfermagem baseado no plano assistencial

<u>Diagnóstico de enfermagem</u>	<u>Cuidados de enfermagem</u>	<u>Aprazamento</u>
Náusea	Administrar fármaco prescrito profilaticamente (e monitorar reações adversas ou colaterais). Verificar e registrar sinais vitais (T, P, R e PA) 5x/dia. Ajudar/realizar a higiene oral frequente.	Atenção 06 10 14 18 22 Ao acordar, após as refeições e antes de dormir

Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	Instalar balanço hídrico (medir e registrar a ingestão/perdas).	Atenção
	Monitorar as respostas da PA, frequências cardíaca e respiratória às atividades. (Comunicar caso PA esteja abaixo de 100x70 mmHg e maior que 140x90 mmHg).	Atenção
	Pesar o cliente diariamente (e avaliar as alterações).	Antes do desjejum
	Avaliar sinais clínicos de desidratação ou excesso de líquidos (e comunicar caso diurese esteja abaixo de 500 ml/dia).	Atenção
	Manter as restrições de líquidos, caso necessário.	Até 2000 ml/dia
	Administrar diuréticos e antieméticos, conforme a prescrição.	Atenção
Capacidade de transferência prejudicada	Auxiliar na transferência do cliente e selecionar dispositivos auxiliares apropriados que facilitem a mobilidade do cliente.	Atenção
Deambulação prejudicada	Incluir fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na elaboração de um programa de mobilidade/deambulação.	Atenção
	Auxiliar o cliente na sua locomoção.	Nas 24h
Fadiga	Encaminhar para fisioterapia com a finalidade de realizar exercícios para manter/aumentar a força e o tônus muscular e melhorar a sensação de bem-estar.	15h
Mobilidade no leito prejudicada	Mudar o decúbito a cada 2 horas.	Atenção
	Examinar a pele para detectar sinais indicativos de úlcera de pressão.	Ao exame físico
	Fornecer e realizar a proteção, principalmente nos locais de proeminência óssea (uso de acolchoamento).	Ao deitar

Padrão de sono perturbado	<p>Relatar circunstâncias que interrompem o sono e a frequência com que ocorrem.</p> <p>Observar/relatar sinais físicos de fadiga.</p> <p>Implementar medidas de conforto (limpar e esticar os lençóis, diminuir ruído do setor, diminuir a iluminação) antes de dormir.</p> <p>Administrar/monitorar fármaco prescrito para dormir (e monitorar reações adversas ou colaterais).</p>	<p>Atenção</p> <p>Atenção</p> <p>À noite</p> <p>Atenção</p>
Risco de síndrome do desuso	<p>Conversar com o cliente a respeito do enfrentamento e adaptação das novas necessidades.</p> <p>Aplicar loção com massagens suaves para estimular a circulação.</p> <p>Realizar exame físico 1x/dia.</p>	<p>Sempre que possível</p> <p>Após o banho</p> <p>09h</p>
Eliminação urinária prejudicada	<p>Monitorar o débito urinário (descrever o volume, a coloração, os horários e a diurese).</p> <p>Palpar a bexiga para verificar se há retenção (e avaliar dor).</p>	<p>Atenção</p> <p>Atenção</p>
Déficit de autocuidado: banho/higiene, vestir-se/arrumar-se, alimentar-se, higiene íntima	<p>Encaminhar ao banheiro e realizar banho de aspersão com auxílio da cadeira higiênica.</p> <p>Auxiliar o cliente a se vestir.</p> <p>Realizar arrumação do leito.</p> <p>Auxiliar/monitorar a ingestão alimentar.</p> <p>Realizar troca de fralda higiênica.</p> <p>Administrar os fármacos prescritos, atentar/monitorar/registrar a possibilidade/presença de efeitos adversos ou colaterais.</p>	<p>08h 18h</p> <p>Após o banho</p> <p>Após o banho da manhã</p> <p>Nas refeições</p> <p>Após as eliminações</p> <p>Atenção</p>
Percepção sensorial perturbada (visual e tátil)	<p>Avaliar a percepção sensorial (estímulos como frio/quente e rombo/pontiagudo) e determinar a resposta a estímulos dolorosos diariamente.</p>	<p>09h</p>

Risco de quedas	Avaliar a força muscular.	09h
	Envolver o cliente nos exercícios ativos com o fisioterapeuta, para aumentar a força e a mobilidade, melhorar/recuperar a capacidade de andar.	15h
	Manter grades do leito levantadas.	
	Orientar para sempre chamar a equipe ao necessitar algo.	Ao deitar
	Conversar com o cliente sobre a importância de monitorar as condições que contribuem para a ocorrência de acidentes.	Nas 24h
		Sempre que possível

A partir do PE implementado e das intervenções de enfermagem provenientes do mesmo, foi possível fazer o registro diário dos dados relacionados com a evolução da situação clínica do cliente em estudo, procurando avaliar as respostas do mesmo frente à assistência implementada. Com os registros foi possível também assegurar a continuidade da assistência, facilitando a comunicação do que estava acontecendo com o cliente durante sua internação.

Em relação ao prognóstico de enfermagem espera-se do cliente um significativo domínio sobre si, através da estimulação do autocuidado e uma independência de enfermagem. Através do prognóstico, também podemos avaliar o PE implementado a esse cliente e chegarmos a uma conclusão.

Dessa forma, foi possível aos acadêmicos de enfermagem vivenciar todo o processo de enfermagem e a sua implementação ao cliente na prática hospitalar. A partir dessa experiência, pudemos observar a real importância de uma equipe de enfermagem em seu âmbito profissional, focada não na prática da assistência

baseada somente na frieza da técnica, mas sim em observar, planejar, avaliar. Enfim, determinar o cuidado e verificar a obtenção de resultados, que finalmente consigam reestabelecer tanto emocionalmente quanto fisicamente a saúde deste cliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante o quadro clínico do cliente em questão, com patologias de alta prevalência no Brasil e no mundo (DM e HA), com complicações clássicas (retinopatia e insuficiência renal), foi possível a correlação entre tais patologias e a articulação de todo o conteúdo ministrado até então, e sua aplicabilidade nas intervenções e cuidados de enfermagem prestada ao cliente, assim, estimulando o pensamento crítico fundamental para o Profissional Enfermeiro.

O estudo propiciou aos acadêmicos, uma visão ampliada do processo de cuidar em enfermagem, mostrando o quão complexa é esta

Silva DSB, Oliveira GMB, Mello LAF et al.

ciência, que exige não só conhecimentos científicos, mas sensibilidade e habilidade ao lidar com pessoas que não necessitam apenas de cuidados físicos, mas sim, de cuidados que transcendam esta barreira, respeitando a afetividade e subjetividade inerentes ao ser humano.

REFERÊNCIAS

1. Pellison F, Nagumo MM, Cunha ES, Melo LL. Aplicação prática do processo de enfermagem a uma adolescente portadora de doença crônica. Rev Esc de Enfermagem da USP. [on line] 2007 sept; [citado 22 jul 2011]; 41(3): [aprox. 8 telas]. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300024&tlng=pt.
2. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Ciênc saúde coletiva. [on line] 2004 out/dez; [citado 22 jul 2011]; 9(4): [aprox. 22 telas]. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Jorge SG. Hepatite C. São Paulo (SP): Hepcentro; 2007. [citado 09 jun 2011]. Disponível em: URL: http://www.hepcentro.com.br/hepatite_c.htm
6. Conselho Nacional de Educação (BR). Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem: Resolução nº 3, de 07 nov 2001. Diário Oficial da República Federativa da União, Brasília (DF) 2001 nov; seção 1; p. 37. [citado em 16 jun 2011]. Disponível em: URL: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96. Brasília (DF); 1996. [citado em 16 jun 2011]. Disponível em: URL: <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>
8. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Diagnóstico de enfermagem: intervenções, prioridades, fundamentos. Tradução de Carlos Henrique Cosendey. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.
9. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.

Recebido em: 18/02/2012

Aprovado em: 05/11/2012