Trabalho apresentado no 26º CBCENF

Título: PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DA AMAZÔNIA OCIDENTAL

Relatoria: Amanda Michele Pimentel Morais
Maria Cauana Conceição Silveira
Livia Thainá Souza da Silva

Autores: Giovanna Oliveira de Araújo
Lucas Moura da Costa
Aline Fernanda Silva Sampaio

Modalidade: Pôster

Área: Eixo 1: Assistência, gestão, ensino e pesquisa em Enfermagem

Tipo: Relato de experiência

Resumo:

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico que direciona o pensamento crítico e o julgamento clínico do enfermeiro e sua equipe, regido pela Resolução nº 736 de 17 de janeiro de 2024. Atualmente o PE é constituído por cinco etapas: avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e evolução de enfermagem. Objetivo: Descrever os principais diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes acompanhados por acadêmicos de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Amazônia Ocidental. Método: Estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, vivenciado por acadêmicos do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Acre (UFAC), campus Cruzeiro do Sul, durante o estágio de Atenção ao Adulto e Idoso, em um hospital público do município de Cruzeiro do Sul, Acre. A etapa de avaliação (entrevista e exame físico) foi realizada no período de 01 a 07 de setembro de 2023. Posteriormente a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem ocorreu com auxílio bibliográfico da taxonomia NANDA-I (2018-2020). Resultados: Os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram: Risco de queda no adulto; Débito cardíaco diminuído; Padrão respiratório ineficaz; Ventilação espontânea prejudicada; Ansiedade; Comunicação verbal prejudicada; Confusão aguda; Risco de sangramento; Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz; Risco de glicemia instável; Integridade da pele prejudicada; Mobilidade no leito prejudicada; Fadiga; Síndrome do idoso frágil; Risco de infecção; Volume de líquidos excessivo; Perfusão tissular periférica ineficaz; Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais; Risco de hipotermia; Risco de desequilíbrio hidroeletrolítico; Padrão de sono prejudicado; Conhecimento deficiente; Conforto prejudicado; Constipação; Motilidade gastrointestinal disfuncional e Comportamento de saúde propenso a risco. Conclusão: O processo de enfermagem é fundamental no cuidado holístico do paciente internado em UTI, pois possibilita a definição de diagnósticos prioritários e o planejamento de intervenções eficazes. Por ser um processo cíclico, permite a constante revisão da assistência, favorecendo ajustes das ações conforme a necessidade. Essa abordagem dinâmica e personalizada melhora significativamente o aprendizado do acadêmico e aumenta qualidade do atendimento, promovendo uma recuperação mais eficiente e integral do paciente.