ANAIS DO EVENTO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Diretor-Presidente
Professor BRASIL SILVA NETO

Diretor Médico
Professor LUIS EDUARDO PAIM ROHDE

Diretora Administrativa
ANA PAULA COUTINHO

Diretora de Enfermagem
Professora ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA

Diretora de Pesquisa
Professora URSULA DA SILVEIRA MATTE

Diretora de Ensino
Professora LUCIANA PAULA CADORE STEFANI

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Reitora
Professora MARCIA CRISTINA BERNARDES BARBOSA

ESCOLA DE ENFERMAGEM E DE SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Diretora
Professora VIRGINIA LEISMANN MORETTO

PROJETO GRÁFICO, ILUSTRAÇÃO E DIAGRAMAÇÃO
Técnica em Secretariado GLECI BEATRIZ LUZ TOLEDO
Professora Ninon Girardon da Rosa
Professora Taline Bavaresco

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S612a Simpósio Internacional Internacional do Processo de Enfermagem (4 : 2025 : Porto Alegre, RS).
Simpósio do Processo de Enfermagem do HCPA (11 : 2025 : Porto Alegre, RS).

Anais do evento 4. Simpósio Internacional Internacional do Processo de Enfermagem 11. Simpósio do Processo de Enfermagem do HCPA. Transformação digital em saúde e a contribuição do Processo de Enfermagem. [livro eletrônico] / promoção [e realização] Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Comissão do Processo de Enfermagem; coordenação geral Ninon Girardon da Rosa; coordenação adjunta Taline Bavaresco; organização dos anais Taline Bavaresco, Ninon Girardon da Rosa, Larissa Gomes de Mattos. -- 1. ed. Porto Alegre, RS : Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, 2025.

PDF

Vários autores.

Evento realizado de 24 a 25 de abril de 2025.

1. Enfermagem - Congressos. I. Bavaresco, Taline. II. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. III. Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. IV. Título.

CDU 614

CATALOGAÇÃO NA FONTE: ALEX MIRANDA SANTANA - CRB10/247
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM E DE SAÚDE COLETIVA / UFRGS

PROMOÇÃO

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Comissão do Processo de Enfermagem

APOIO

Conselho Regional de Enfermagem - RS
Fundação Médica do Rio Grande do Sul
Moriá Editora
Bete Livros
Adriana Jung - representante Natura

PATROCÍNIO

Medicalway
Saavedra
Secad artmed

COMISSÃO ORGANIZADORA

COORDENAÇÃO GERAL
Ninon Girardon da Rosa

COORDENAÇÃO ADJUNTA
Taline Bavaresco

COMISSÃO CIENTÍFICA
Amália de Fátima Lucena
Betina Franco
Cássia Teixeira dos Santos
Eneida Rejane Rabelo
Graziella Badin Aliti
Juciane Furlan Inchauspe
Larissa Gomes de Mattos
Luciana Bjorklund de Lima
Luiza Bohnen Souza
Marcos Barragan da Silva
Michelli Cristina Silva De Assis
Miriam de Abreu Almeida
Ninon Girardon da Rosa
Paula Steger
Priscila de Oliveira da Silva
Rejane Reich
Taline Bavaresco
Thiane Mergen

COMISSÃO DE TEMAS LIVRES
Graziella Badin Aliti
Juciane Furlan Inchauspe
Larissa Gomes de Mattos
Luciana Bjorklund de Lima
Luiza Bohnen Souza
Marcos Barragan da Silva
Michelli Cristina Silva De Assis
Miriam de Abreu Almeida
Paula Steger
Priscila de Oliveira da Silva
Rejane Reich
Taline Bavaresco

COMISSÃO SOCIAL E DE DIVULGAÇÃO
Ana Cristina Pereira Machado
Ariane Naidon Cattani
Bianca Vitória Medeiros Lima
Bruna Beutler
Bruna Boniatti
Carolina Caon Oliveira
Clariana Casagrande da Silva
Debora Ribas Leal
Fernanda Niemeyer
Fernanda Pinto Cauduro
Graciane Jacinta Schmitt
João Augusto Duarte Moreira
Juliana Marcolin
Kelly Cristina Milioni Telles
Leticia Pereira de Souza
Mariana Mattia Correa Bagatini
Nathalli Cristina Paim Alves
Sabrina Binkowski
Suélen Heningues Leiman
Taciana de Castilhos Cavalcanti
Tuane Machado Chaves

COMISSÃO DE CURSO
Cássia Teixeira dos Santos
Eneida Rejane Rabelo da Silva
Luciana Bjorklund de Lima
Luiza Bohnen Souza
Marcos Barragan da Silva

ORGANIZAÇÃO DOS ANAIS
Taline Bavaresco
Ninon Girardon da Rosa
Larissa Gomes de Mattos

PROGRAMAÇÃO

24 de abril de 2025 - Manhã

8h **Credenciamento -** Anfiteatro Carlos César de Albuquerque

8h30 **Curso Pré-Simpósio: Processo de Enfermagem na prática clínica do HCPA**
Ministrantes:
Eneida Rejane Rabelo da Silva (UFRGS/HCPA)
Cássia Teixeira dos Santos (UFRGS/HCPA)
Marcos Barragan da Silva (HCPA)
Luiza Bohnen Souza (HCPA)
Luciana Bjorklund de Lima (HCPA)
** Inclui visita guiada a uma das áreas do HCPA, com objetivo de conhecer a aplicação do Processo de Enfermagem na prática clínica*

11h **Visita guiada**

24 de abril de 2025 - Tarde

13h **Credenciamento -** Anfiteatro Carlos César de Albuquerque

13h30 **Sessão Solene de Abertura e Saudação Musical**

14h **Conferência de Abertura: Transformação digital em saúde e a contribuição do Processo de Enfermagem**
Conferencista: Graciele Fernanda da Costa Linch (UFCSPA)
Moderadora: Ninon Girardon da Rosa (UFRGS/HCPA)

14h50 **Mesa redonda**
- Resolução COFEN 736/2024 que dispõe sobre o Processo de Enfermagem: necessidade, contribuições para a mudança e sua implementação
- Um ano da Resolução: o que mudou? O que foi implementado na experiência do COREN RJ?
Palestrante: Rosimere Ferreira Santana (COREN/RJ)
- Estratégias para a implementação e avaliação no Estado/RS da Resolução do Processo de Enfermagem
Palestrante: Ana Amélia Antunes Lima (COREN/RS)
- Estratégias de apoio para operacionalização da Resolução do Processo de Enfermagem
Palestrante: Marcos Barragan da Silva (COMSISTE / Aben-RS)
Moderadora: Miriam de Abreu Almeida (PPGENF/UFRGS)

16h **Intervalo**

16h30 **Palestra**
ISO 18.104 e SNOMED e a qualificação das práticas de Enfermagem
Palestrante: Márcia Regina Cubas (PUCPR)
Moderadora: Melina Loreto (HCPA)

17h **Painel: Respostas curtas para questões relevantes sobre o Processo de Enfermagem (PE)**

Como você ensina o PE na graduação?
Palestrante: Karina Azzolin (UFRGS/HCPA)
Como você gerencia seu tempo para executar o PE?
Palestrante: Paula Steger (HCPA)
Como o interfaceamento de parâmetros clínicos impactou na etapa de implementação do PE?
Palestrante: Renan Souza Machado (HCPA)
Como a tecnologia à beira do leito contribui para o preparo e administração de medicamentos?
Palestrante: Nelise Machado Fagundes (HCPA)
Como é realizado o PE em uma unidade de diagnóstico por imagem?
Palestrante: Luciana Nabinger Menna Barreto (HCPA)
Como você avalia as necessidades individuais de um neonato ao planejar a inserção de um acesso venoso?
Palestrante: Carolina Geske Salini (HCPA)
Moderadora: Graziella Badin Aliti (UFRGS/HCPA)

17h30 **Exposição e avaliação de trabalhos sob forma de pôsteres**

25 de abril de 2025 - Manhã

09h00 **Palestra - A ciência da implementação na Enfermagem**
Palestrante: Cândida Caniçali Primo (UFES)
Moderadora: Taline Bavaresco (UFRGS/HCPA)

10h **Mesa Redonda**
Tecnologias no Ensino e Aplicação do Processo de Enfermagem
- Possibilidades Tecnológicas no Ensino
Palestrante: Michele Antunes (HCPA)
- Teleconsulta de Enfermagem
Palestrante: Laura Ferraz dos Santos (TelessaúdeRS/ UFRGS)
- Uso da ultrassonografia como técnica avançada e coadjuvante na avaliação clínica de enfermagem
Palestrante: Leandro Hansel (HCPA)
- Procedimento à beira leito, descrição e raciocínio clínico para intervenções de cuidado de pacientes com cateter central de inserção periférica (PICC)
Palestrante: Marina Junges (HCPA)
Moderadora: Eneida Rejane Rabelo da Silva (UFRGS/HCPA)

11h45 **Exposição e avaliação de trabalhos sob forma de pôsteres**

12h30 **Intervalo**

25 de abril de 2025 - Tarde

14h **Palestra - O Processo de Enfermagem na prática clínica, ensino e pesquisa no Equador**
Palestrante: Angela Cristina Yánez Corrales (PUC/Equador)
Moderador: Wiliam Wegner (UFRGS/HCPA)

15h **Painel**
- Experiências de Pesquisa no Processo de Enfermagem na voz e perspectiva de um professor e estudantes de doutorado
- Pesquisas sobre o Processo de Enfermagem no Brasil na atualidade
Palestrante: Marcos Antônio Gomes Brandão (UFRJ)
- **Subconjunto Terminológico para a CIPE em Diabetes**

Palestrante: Fernanda Azeredo Chaves (UFMG)
- Diagnósticos de enfermagem como fatores prognósticos de readmissão hospitalar de pessoas com insuficiência cardíaca
Palestrante: Larissa Souza (UNIFESP)
- Autogestão ineficaz do linfedema em mulheres mastectomizadas
Palestrante: Juliana Maria Barbosa Bertho de Oliveira (UFG)
- Validação do diagnóstico de enfermagem Carga excessiva de prestação de cuidados em cuidadores de pacientes com condições crônicas
Palestrante: Bárbara Ebilizarda Coutinho Borges (UFRN)
- Efeito de intervenção educativa na capacidade de cuidar de cuidadores informais de idosos com sequelas após acidente vascular cerebral
Palestrante: Debora Canto (UFRGS/HCPA)
Moderadora: Amália de Fátima Lucena (UFRGS/HCPA)

16h30 **Prêmio Maria da Graça Oliveira Crossetti**
Moderadora: Marta G. O. Goes e Amália de Fátima Lucena

16h45 **Premiação dos melhores trabalhos**
Moderadora: Taline Bavaresco

17h **Encerramento**

APRESENTAÇÃO

A Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), composta por enfermeiras do hospital e docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tem a satisfação de promover o 11º Simpósio do Processo de Enfermagem e o 4º Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem, espaço consagrado à divulgação científica, reflexão e discussão da prática da enfermagem, na busca das melhores evidências do cuidado.

Evento de dimensão internacional tem como temática este ano “Transformação digital em saúde e a contribuição do Processo de Enfermagem”, com os subtemas Ciência da implementação na enfermagem e Tecnologias inovadoras no cuidado de enfermagem. Para isso contamos com a presença de especialistas locais, nacionais e internacionais para compartilhar o conhecimento produzido na academia e na prática clínica dos enfermeiros, aos quais expressamos o nosso sincero agradecimento.

Também agradecemos aos profissionais, professores, residentes e estudantes de enfermagem que enviaram trabalhos científicos e colaboraram para o enriquecimento do programa do evento, apresentando resultados de seus estudos e de sua prática profissional; além da presença de todos os ouvintes que poderão discutir os diferentes temas apresentados.

Sejam todos muito bem-vindos à Porto Alegre!

Profª Drª Ninon Girardon da Rosa
Coordenadora do 4º Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem do HCPA e 11º Simpósio do Processo de Enfermagem – Transformação digital em saúde e a contribuição do Processo de Enfermagem

Profª Drª Taline Bavaresco
Coordenadora da Comissão Científica do 4º Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem do HCPA e 11º Simpósio do Processo de Enfermagem – Transformação digital em saúde e a contribuição do Processo de Enfermagem

SUMÁRIO

RESUMOS

- ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE OS PARÂMETROS DA SÍNDROME DA FRAGILIDADE E DA DERMATOGLIFIA EM PESSOAS IDOSAS: INOVAÇÕES NO PROCESSO DE ENFERMAGEM **12**
- APLICABILIDADE DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE NO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM AMBIENTE HOSPITALAR: PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO **13**
- APLICABILIDADE DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE ® PARA PESSOAS COM ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS **15**
- APLICAÇÃO DA ESCALA RODRIGUEZ-ALMEIDA-CANÕN (RAC) PARA PREDIÇÃO DO RISCO DE INFECÇÃO EM ADULTOS CRÍTICOS: ESTUDO MULTICÊNTRICO **17**
- APLICAÇÃO DE PACIENTE VIRTUAL COM INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM **16**
- APLICAÇÃO DE UM CHECKLIST À BEIRA-LEITO FOCADO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS **17**
- ARTICULAÇÃO ENTRE AÇÕES DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ENSINO SUPERIOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA **18**
- ATIVIDADES LÚDICAS COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA NA PREVENÇÃO DE ISTS EM ADOLESCENTES **19**
- ATUAÇÃO NA QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA **20**
- ATUALIZAÇÃO DO DOCUMENTO NORTEADOR DE DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA **21**
- AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA: ANÁLISE DE 2024 **22**
- CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS NA UTILIZAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA À BEIRA LEITO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO SUL DO PAÍS **23**
- CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE MODELO CLASSIFICADOR **24**
- CHECAGEM ELETRÔNICA À BEIRA DO LEITO - EXPERIÊNCIA EM UM SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA **25**
- COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE SANGRAMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA **26**
- CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE CRÍTICO EM TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE DISCENTES **27**
- CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL EM TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO DECORRENTE DE INTERNAÇÃO PROLONGADA: RELATO DE CASO **28**
- CONSULTA DE ENFERMAGEM APLICADA NO CUIDADO DE FERIDA APÓS EXÉRESE DE CARCINOMA BASOCELULAR: ESTUDO DE CASO **29**
- CONSULTORIA DE ENFERMAGEM A NEONATOS COM DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL **30**
- CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO COM GRANULOMA EM GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA **31**
- CUIDADOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES NO CONTEXTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA **32**

- DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM “565 – ULTRASSONOGRAFIA: BEXIGA” DA NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION **33**
- DESENVOLVIMENTO DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA PESSOAS COM DOR CRÔNICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE **34**
- DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA” DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA **35**
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES E FAMILIARES NO CONTEXTO DA TERAPIA HEMODIALÍTICA **36**
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA TORÁCICA: REVISÃO INTEGRATIVA **37**
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA PARA NEONATOS COM ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA **38**
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES EM PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO **39**
- DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA ADMITIDOS EM TERAPIA INTENSIVA **40**
- ESTUDO DE REVISÃO: ACURÁCIA DIAGNÓSTICA EM PACIENTES CRÍTICOS **41**
- EXPERIÊNCIA DE UMA ESTUDANTE DE ENFERMAGEM DURANTE A PRÁTICA DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO **42**
- EXPERIÊNCIA NA AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA **43**
- IMPACTO DO ENSINO BASEADO NO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA QUALIDADE DO APRENDIZADO: REVISÃO SISTEMÁTICA **44**
- IMPLEMENTAÇÃO DE UMA FERRAMENTA DIGITAL E A CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM **45**
- IMPLEMENTAÇÃO DE UMA FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO-HEMATOPOIÉTICAS **46**
- INDICADOR RISCO DE SANGRAMENTO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE **47**
- INFORMATIZAÇÃO DA PASSAGEM DE PLANTÃO: ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM **48**
- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM UM PROGRAMA DE NAVEGAÇÃO ONCOLÓGICA: PERSPECTIVAS PARA A QUALIFICAÇÃO E INDIVIDUALIZAÇÃO DO CUIDADO **49**
- INTERVENÇÕES EDUCATIVAS SOBRE PROCESSO DE ENFERMAGEM COM PROFISSIONAIS DO ÂMBITO HOSPITALAR: RESULTADOS PRÉVIOS **50**
- MAPEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA A PACIENTES QUEIMADOS **51**
- MAPEAMENTO DE LIGAS ACADÊMICAS SOBRE PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BRASIL **52**
- MODELO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DA DIMENSÃO EXISTENCIAL DO SER-NO-MUNDO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA **53**
- MÓDULO EDUCACIONAL PARA ENFERMEIROS NA FORMAÇÃO DE PACIENTE EXPERTO COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA **54**
- O LÚDICO NO PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE) DURANTE A INFUSÃO AMBULATORIAL DE MEDICAMENTOS EM CRIANÇAS **55**
- O PROCESSO DE ENFERMAGEM PRÉ TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS ATRAVÉS DO TELEATENDIMENTO **56**

- PERCEPÇÕES DA ENFERMEIRA REFERENTE A POSSÍVEIS VANTAGENS E DESVANTAGENS QUANTO AO USO DO PALMWEB NO COTIDIANO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM **57**
- PERFIL EM REDE SOCIAL PARA DIVULGAÇÃO DO PROJETO DE EXTENSÃO “RACIOCÍNIO CLÍNICO DE ENFERMAGEM”: RELATO DE EXPERIÊNCIA **58**
- PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E BUNDLE DE PREVENÇÃO: PROCESSOS COLABORATIVOS NO COMBATE À PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA **59**
- PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA NA ADMISSÃO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS NA UTI NEONATAL **60**
- PRINCIPAIS DIFICULDADES NA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM POR ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM UNIDADE CIRÚRGICA **61**
- PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO DURANTE CONSULTAS DE ENFERMAGEM: RELATO DE CASO **62**
- PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE UM PACIENTE COM LESÃO POR PRESSÃO DURANTE AS CONSULTAS DE ENFERMAGEM: RELATO DE CASO **63**
- PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE): O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO AMBIENTE HOSPITALAR **64**
- PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO A UM PACIENTE COM LESÃO POR PRESSÃO: ESTUDO DE CASO **65**
- PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM EM ESTÁGIO CURRICULAR NA ATENÇÃO BÁSICA **66**
- PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO COM BRONQUIOLITE **67**
- RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O FUNCIONAMENTO DE UMA COMISSÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM **68**
- RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ESPAÇO PARA APRIMORAMENTO DO CUIDADO E DO PROCESSO DE ENFERMAGEM **69**
- RESULTADO DO USO DA TERAPIA A LASER DE BAIXA POTÊNCIA NO TRATAMENTO ADJUVANTE DE LESÃO PSEUDOVERRUCOSA PERIESTOMAL: RELATO DE CASO **70**
- REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PESSOAS QUE REALIZAM HEMODIÁLISE **71**
- ROUND MULTIDISCIPLINAR E PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA EMERGÊNCIA ADULTA DE UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL **72**
- TECNOLOGIA EM SAÚDE COMO ALIADA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL **73**
- TELECONSULTORIA COMO ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE **74**
- TRATAMENTO AMBULATORIAL DE DERMATITE REFRATÁRIA EM LACTENTE **75**
- TRATAMENTO DE ÚLCERA VENOSA EM CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL: 40 ANOS EM DOIS MESES **76**
- USO DAS TERMINOLOGIAS PADRONIZADAS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM ESTOMIAS DE ELIMINAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA **77**
- USO DE DASHBOARD PARA O GERENCIAMENTO DE QUEDAS DE PACIENTES: INTERFACE COM O PROCESSO DE ENFERMAGEM **78**
- USO DE FEEDBACK NAS AVALIAÇÕES QUALITATIVAS DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA **79**
- UTILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE A INTERNAÇÃO E SEGUIMENTO APÓS ALTA HOSPITALAR **80**

RESUMOS

ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE OS PARÂMETROS DA SÍNDROME DA FRAGILIDADE E DA DERMATOGLIFIA EM PESSOAS IDOSAS: INOVAÇÕES NO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Ígor de Oliveira Lopes, Larissa Bornholdt, Graciela de Brum Palmeiras, Maristela Cassia de Oliveira Peixoto, Geraldine Alves dos Santos

Introdução: A Síndrome da Fragilidade (SF) é resultado da diminuição da reserva fisiológica e da capacidade de homeostase. Caracteriza-se como pessoa idosa frágil aquela que apresenta maior vulnerabilidade ao estresse ambiental e maior risco de desfechos adversos. O Método Dermatoglífico (MD) é um recurso tecnológico de identificação das capacidades físicas e potencialidades genéticas através da leitura digital, utilizado como delineador e preditor de um perfil, agregando características oriundas das marcas fetais/digitais. Diante deste cenário, o MD surge como uma tecnologia inovadora para o cuidado de enfermagem e promoção da saúde. **Objetivo:** Avaliar a correlação dos parâmetros da SF desenvolvida pelo Cardiovascular Health Study (CHS), com a análise do MD. **Método:** O delineamento foi quantitativo, correlacional e transversal. A amostra foi constituída por 68 indivíduos, com idade entre 60 e 79 anos, participantes do Centro Interdisciplinar de Pesquisas em Gerontologia da Universidade Feevale. Para a coleta de dados foi utilizado os instrumentos: Fenótipo da Fragilidade do CHS e o MD. A análise dos resultados foi realizada por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 29.0 e utilizado o teste de correlação de Spearman e a regressão linear pelo método de stepwise ($p \leq 0,05$). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e aprovada sob parecer n° 5.845.47. **Resultados:** Da amostra, 76,5 % foram classificados como robustos, por não apresentar nenhum critério de fragilidade. Já, 23,5 % da amostra apresentou de 1 a 2 critérios, classificados como pré-frágeis. Foi identificado pela regressão linear a relação entre a variável número de critérios de fragilidade diretamente relacionada com a variável somatório da quantidade de linhas do dedo Anular da Mão Esquerda e indireta com o somatório da quantidade de linhas do dedo Polegar da Mão Direita ($R2 = 0,143$). **Considerações finais:** O diagnóstico precoce poderá corroborar para a longevidade e promoção da qualidade de vida, sendo a tecnologia um exponencial para fidedignidade e confiabilidade dos instrumentos. Sendo fundamental o desenvolvimento de ações de prevenção e recuperação direcionadas aos indivíduos idosos, cabendo ao enfermeiro identificar, articular e desenvolver o cuidado de forma efetiva por meio de instrumentos fidedignos, diminuindo morbimortalidade e institucionalizações desta população.
Descritores: Pessoa Idosa; Síndrome da Fragilidade; Dermatoglifia.

APLICABILIDADE DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE NO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM AMBIENTE HOSPITALAR: PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO

Elisana Agatha Iakmiu Camargo Cabulon, Isabela Rodrigues da Silva, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad

Introdução: Em recente atualização, a Resolução Cofen nº 736/2024 determinou a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em todo contexto socioambiental no qual ocorram cuidados de enfermagem. Sem os registros do PE, não é possível resgatar de forma sistemática o que é feito pela enfermagem, sendo de extrema relevância adotar estratégias para melhorar a qualidade da documentação nos serviços de saúde. O prontuário eletrônico do paciente (PEP) tem sido amplamente utilizado como ferramenta tecnológica para automatizar e organizar as informações da assistência prestada. **Objetivo:** Identificar as evidências científicas da aplicabilidade do prontuário eletrônico do paciente no Processo de Enfermagem em ambiente hospitalar. **Método:** Trata-se um protocolo de revisão de escopo conforme as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), desenvolvido entre janeiro e março de 2024, a fim de responder à pergunta de pesquisa: Quais as evidências científicas da aplicabilidade do PEP no PE em ambiente hospitalar? Aplicou-se a estratégia PICO - Problema (P): Levantamento de evidências científicas nacionais e internacionais sobre a aplicabilidade do PEP no desenvolvimento do PE. Conceito (C): PE e sua aplicabilidade no PEP. Contexto (C): Ambiente hospitalar. As buscas serão realizadas nas bases de dados eletrônicas: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE via PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Web of Science (WOS), Embase, Elsivier (Scopus) e Cinahl nos idiomas português, espanhol e inglês. A literatura cinzenta não será incluída. A estratégia será composta por Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Informática em Enfermagem e Registros Eletrônicos de Saúde. **Resultados:** As pesquisas serão agrupadas no software Rayyan® e as duplicatas removidas. A seleção dos artigos será realizada em duas etapas com a leitura de títulos e resumos, seguida da avaliação dos textos nas íntegra por dois revisores independentes, sendo acionado um terceiro em situações de divergência. Os dados extraídos serão sintetizados de forma descritiva e tabelados, juntamente com o resumo narrativo. **Considerações finais:** Este protocolo solidificou estrategicamente a revisão de escopo a ser desenvolvida. Fundamentar as evidências sobre o tema proposto certamente contribuirá para a valorização da enfermagem enquanto profissão e dará visibilidade científica à prática profissional.

Descritores: Processo de Enfermagem; Informática em Enfermagem; Registros Eletrônicos de Saúde.

APLICABILIDADE DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE ® PARA PESSOAS COM ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS

Sandra Maria Bastos Oires, Ana Luzia Rodrigues, Paola Heil Plem

Introdução: As úlceras vasculogênicas, de origem arterial, venosa ou mistas são as mais prevalentes entre as úlceras da perna, e com alto índice de recidiva se não forem resolvidos os fatores causais. O enfermeiro possui papel fundamental no cuidado a essas pessoas, tornando-se responsável pela elaboração de um plano de cuidado cujas intervenções devem ser pautadas no julgamento clínico. **Objetivo:** validar os diagnósticos e intervenções de enfermagem presentes no subconjunto terminológico CIPE ® para pessoas com úlceras vasculogênicas. **Método:** estudo de caso descritivo, realizado no ambulatório de angiologia de um Hospital Universitário no interior do Paraná, a partir de um projeto de extensão intitulado “Ensinando e Aprendendo com as Feridas”. A coleta de dados ocorreu nos meses de março a junho de 2023, tendo como critérios de inclusão pessoas com idade igual ou superior a 18 anos com diagnóstico de úlceras vasculogênicas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob número 70316123.3.0000.0105. **Resultados:** A amostra foi composta por 4 pessoas sendo 3 com úlcera venosa e 1 com úlcera mista, que frequentam o referido ambulatório.Foram encontrados 41 diagnósticos distintos, divididos nos diferentes modos, sendo a maior parte dos diagnósticos do modo fisiológico. **Conclusão:** a utilização da CIPE ® como taxonomia no processo de enfermagem permite uma assistência qualificada e holística às pessoas com úlceras vasculogênicas, atendendo às suas necessidades biopsicossociais. A realização deste estudo possibilitou validar grande parte dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem existentes no Subconjunto Terminológico CIPE ® para pessoas com úlceras vasculogênicas.

Descritores: Terminologia Padronizada em Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Úlcera da perna.

APLICAÇÃO DA ESCALA RODRIGUEZ-ALMEIDA-CANÕN (RAC) PARA PREDIÇÃO DO RISCO DE INFECÇÃO EM ADULTOS CRÍTICOS: ESTUDO MULTICÊNTRICO

Rosana Pinheiro Lunelli, Murilo dos Santos Graeff, Miriam de Abreu Almeida

Introdução: pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são altamente vulneráveis a infecções devido ao tempo prolongado de internação e à necessidade de procedimentos invasivos frequentes. O processo de enfermagem desempenha um papel essencial na UTI, fornecendo suporte científico baseado no julgamento clínico para garantir um cuidado mais seguro e individualizado. Considerando a importância de identificar precocemente o risco de infecção nesses pacientes, a Escala Rodriguez-Almeida-Cañon (RAC) foi desenvolvida e validada como uma ferramenta para auxiliar nessa predição, permitindo uma abordagem mais direcionada na assistência intensiva. **Objetivo:** avaliar a predição de risco de infecção em pacientes críticos hospitalizados utilizando a Escala RAC. **Método:** estudo de coorte retrospectivo, multicêntrico, realizado em UTIs adultas de dois hospitais do Rio Grande do Sul em 2020. A amostra incluiu 753 prontuários, sendo 422 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e 331 do Hospital Pompéia. A RAC classifica o risco de infecção em baixo (4-11 pontos), médio (12-21 pontos) e alto (≥22 pontos). Foram incluídos pacientes clínicos e cirúrgicos, de ambos os sexos, com idade ≥18 anos, internados em UTI e sem infecção nas primeiras 72 horas. Foram excluídos prontuários incompletos, gestantes, pacientes transferidos já infectados e prontuários sem autorização. Os dados foram coletados e armazenados no Research Electronic Data Capture (REDcap). O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CAAE 53039421.4.1001.5327 e CAAE 53039421.4.2001.5331). **Resultados:** a Escala RAC evidenciou uma predição de risco de infecção de 17%. A média de idade foi 59,9±15,38 anos, e 61,0% eram do sexo masculino. Todos apresentavam diagnóstico de risco de infecção na admissão à UTI. A classificação pela RAC indicou 1,2% dos pacientes com baixo risco, 66,5% com risco médio e 32,2% com alto risco. A análise da associação entre a aplicação da RAC e o desfecho infecção mostrou significância estatística (p=0,004). **Conclusões:** a RAC demonstrou ser útil para estratificação do risco de infecção em pacientes críticos, auxiliando na tomada de decisões e na implementação de cuidados direcionados. Seu uso pode contribuir para a personalização da assistência com intervenções mais assertivas. Os achados contribuem para o ensino e a pesquisa, incentivando novas pesquisas que aprimorem a prática clínica na enfermagem.

Descritores: Infecção; Unidades de Terapia Intensiva; Medição de risco.

APLICAÇÃO DE PACIENTE VIRTUAL COM INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Amanda Pereira Mendes, Cecília Duarte Fontes dos Santos, Teresa Cristina de Carvalho Piva, Thiago Thielmann de Araújo, Karina de Alcantara Siqueira, Silvio Cesar da Conceição

Introdução: a utilização de novas tecnologias de ensino revolucionou o papel do professor, transformando-o de mero transmissor de conhecimento em mediador do processo de aprendizagem, conforme apontam recentes referenciais; **Objetivo:** descrever a aplicação de uma paciente virtual com IA generativa, programada para responder a perguntas relacionadas aos três grupos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, no ensino de enfermagem; Método: relato de experiência realizado em uma turma de graduação em enfermagem na Universidade Santa Úrsula, Rio de Janeiro, em setembro de 2024, por meio de simulação clínica estruturada em três fases (briefing, execução e debriefing), sem caracterização de coleta formal de dados, visto que os relatos de impressão foram prestados pelos próprios autores; **Relato da experiência:** durante o briefing, os estudantes foram orientados quanto aos objetivos da atividade, à funcionalidade da paciente virtual e ao contexto clínico da anamnese; na fase de execução, uma aluna voluntária conduziu a anamnese com a paciente virtual, enquanto os demais atuaram como observadores; no debriefing, os estudantes compartilharam suas impressões, destacando a redução da ansiedade e o aprimoramento da compreensão do processo de anamnese; **Considerações:** a experiência evidenciou que a simulação com paciente virtual potencializa o desenvolvimento de habilidades essenciais, como a escuta ativa e a empatia, reforçando o potencial das tecnologias educacionais para aprimorar o ensino do processo de enfermagem.

Descritores: Inteligência Artificial; Simulação; Processo de Enfermagem.

APLICAÇÃO DE UM CHECKLIST À BEIRA-LEITO FOCADO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Isis Marques Severo, Mariane Dresch, Luciana Ramos Correa Pinto, Graziela Lenz Viegas, Carla Walburga da Silva Braga

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) sustenta a assistência de saúde de forma integral e segura, embasado em um referencial teórico. Dentro das etapas do PE, a coleta de dados engloba a fase de busca de informações relevantes, auxiliando o profissional no estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem acurado, a fim de oferecer um cuidado de maior qualidade. **Objetivo:** Relatar a experiência da aplicação de um checklist à beira-leito focado na prevenção de quedas. **Método:** Relato de experiência de integrantes da Comissão de Prevenção de Quedas na aplicação de um checklist à beira-leito de prevenção de quedas, em um hospital universitário do Sul do Brasil. O checklist foi desenvolvido e aplicado por integrantes da Comissão em três unidades assistenciais em 2024, sendo selecionadas as unidades de internação onde ocorreram eventos com danos graves. Para aplicação do checklist foi realizada coleta de dados com os pacientes, perguntando questões relacionadas à prevenção de quedas. **Relato de experiência:** A experiência iniciou pela divisão do grupo em duplas ou trios para executar a coleta de dados à beira leito, com observação direta de aspectos preventivos de quedas, além de uma entrevista com o paciente sobre seu conhecimento acerca do assunto. Na observação foram estabelecidos indicadores de segurança para o paciente, como por exemplo, uso de calçado adequado, leito no nível mais baixo e campainha ao alcance do paciente, sendo que na etapa de entrevista foi questionado ao paciente e/ou acompanhante o quanto estes conheciam sobre aspectos de segurança durante a internação. A coleta foi feita com uso de checklist, com marcações dos itens com conformidade ou não, ou quando o indicador não se aplicava ao paciente. Foram realizadas duas coletas com intervalo de um mês, as quais tiveram seus resultados compilados em planilhas, sendo analisados e multiplicados para as áreas selecionadas. **Considerações Finais:** A experiência de aplicação do checklist com coleta de dados propiciou ao grupo a construção do perfil de quedas de pacientes da unidade, trazendo conhecimento sobre os pontos fortes e com potencial de melhoria na segurança. Esta ação possibilitou a criação e implementação de educação permanente com a equipe e reforços educativos com pacientes e acompanhantes direcionados às necessidades singulares de cada área pesquisada, reforçando os propósitos do PE.
Descritores: Pesquisa multidisciplinar; Acidentes por quedas; Prevenção de acidentes.

ARTICULAÇÃO ENTRE AÇÕES DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ENSINO SUPERIOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Eliane Raquel Rieth Benetti, Bruno Leonardo Winter, Eduarda de Oliveira Sela, Luisa Fontella Barroso, Natalia Montiel Sponchiado, Roberto Cigainski Lisbinski

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) orienta o pensamento crítico e julgamento clínico do Enfermeiro direcionando a equipe de enfermagem para o cuidado (BRASIL, 2024). Sua implementação e aplicação possibilita efetivo cumprimento à determinação ético profissional da Resolução 736/2024 do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2024). No entanto, na prática clínica, sua implementação é desafiadora e, mesmo que avanços sejam identificados nessa temática, o PE não está plenamente consolidado nos ambientes em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Evidencia-se fragilidades na formação, no conhecimento dos profissionais e, consequentemente na implementação e execução do PE, além das dificuldades inerentes aos serviços de saúde, especialmente quando se trata de municípios interioranos. Nesse contexto, a universidade pública se configura em um celeiro de possibilidades que perpassam o tripé ensino-pesquisa-extensão. **Objetivo:** descrever a experiência acerca da articulação entre ações de ensino, pesquisa e extensão sobre o PE no ensino superior. Método: relato de experiência acerca das ações de ensino, pesquisa e extensão sobre o PE, desenvolvidas por docentes e discentes do curso de enfermagem de uma universidade pública do interior do Rio Grande do Sul, desde março de 2023. **Relato da experiência:** as ações estão sendo desenvolvidas em cenários de práticas acadêmicas, nos quais problematiza-se a aplicabilidade do PE na prática clínica do enfermeiro nos diferentes cenários da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A inserção em alguns pontos da RAS, como hospital e unidades básicas de saúde, com ações extensionistas tem possibilitado discussões e instrumentalização dos profissionais acerca do PE, bem como a efetivação de atualizações de sistemas de registros. Essas ações impulsionaram a condução de duas pesquisas, uma observacional e outra quase-experimental, que versam sobre o PE, ambas em andamento. A partir de resultados prévios dessas atividades, observou-se a premência de um projeto de ensino sobre PE e raciocínio clínico para discentes e docentes, que teve início no ano corrente. **Considerações finais:** ações integradas tem potencial para fortalecer o processo ensino-aprendizagem acerca do PE, colaborar para a visibilidade do profissional Enfermeiro e contribuir com o papel da universidade pública de transformar a realidade na qual está inserida.

Descritores: Processo de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Universidades.

ATIVIDADES LÚDICAS COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA NA PREVENÇÃO DE ISTS EM ADOLESCENTES

Yasmin Ferreira da Rosa, Julia Carolina Petroceli Gonçalves, Ingrid Geovana Sarmanho Espindola, Gabriela Zacharias Andres, Rodrigo de Souza Balk

Introdução: A educação em saúde é crucial no processo de enfermagem, especialmente na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) em adolescentes. A Estratégia Saúde da Família (ESF) e programas escolares buscam metodologias inovadoras, como jogos e dinâmicas, para melhorar a adesão e o aprendizado. Estudos indicam que abordagens ativas favorecem o engajamento e a construção do conhecimento entre os jovens. **Objetivo:** Relatar a experiência da utilização de atividades lúdicas como estratégia educativa para a prevenção de ISTs em adolescentes de escolas públicas. **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre uma intervenção educativa realizada em escolas públicas de Uruguaiana-RS, entre abril e maio de 2024, conduzida por acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal do Pampa, integrantes do Programa de Educação Tutorial - Práticas Integradas em Saúde Coletiva (PET PISC). As atividades lúdicas incluíram o jogo "Verdadeiro ou Falso" e um quiz sobre ISTs aplicados para adolescentes de 12 a 18 anos. Os alunos, divididos em grupos, respondiam às afirmações e recebiam explicações. Além disso, foi distribuída uma cartilha educativa sobre ISTs, abordando tipos, transmissão, prevenção, sintomas e tratamento, permitindo reforçar o aprendizado fora da sala de aula. **Relato de experiência:** O processo de enfermagem estruturou as atividades por meio da avaliação do conhecimento dos participantes, planejamento, implementação e análise dos resultados. Foram abordadas formas de transmissão, prevenção, diagnóstico e tratamento de HIV, sífilis, gonorreia, HPV, herpes genital, clamídia e tricomoníase. As atividades esclareceram mitos e reforçaram a importância do preservativo e do acesso à saúde. O engajamento dos adolescentes foi significativo, favorecendo um ambiente participativo e melhorando a retenção das informações. O feedback positivo destacou a eficácia da abordagem lúdica para a compreensão e mudança de comportamento. **Considerações finais:** A experiência demonstrou que atividades lúdicas são eficazes na educação e prevenção de ISTs, especialmente em áreas com pouco acesso educacional, aumentando a adesão dos adolescentes. Recomenda-se expandir a abordagem e realizar avaliações contínuas para medir seu impacto.

Descritores: Educação em Saúde; Processo de Enfermagem; Infecções Sexualmente Transmissíveis.

ATUAÇÃO NA QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ariane Naidon Cattani, Tuane Machado Chaves, Janaína da Silva Flôr

Introdução: A Comissão do Processo de Enfermagem de um hospital público é responsável pela implementação do Processo de Enfermagem (PE) na instituição, conforme Resolução 736/2024 do Cofen. Há representantes de todos os serviços, sendo um deles o de Enfermagem Cirúrgica. **Objetivo:** Relatar a experiência de enfermeiras assistenciais do serviço cirúrgico que atuam na Comissão do PE. **Método:** Relato de experiência, vivenciado por enfermeiras assistenciais do serviço cirúrgico entre outubro de 2024 e março de 2025, na qualificação do processo de enfermagem. As enfermeiras perfazem 24h mensais, divididas em dois dias por semana (3h cada dia). **Relato de experiência:** são realizadas avaliações de, no mínimo, dez prontuários, contemplando duas unidades do serviço de enfermagem cirúrgica por mês. Para identificar e analisar as etapas constituintes do PE, é utilizado um questionário estruturado, que mantém a uniformidade nas avaliações e geração de dados coletados, posteriormente analisados como indicadores. Fornecem feedbacks educativos aos funcionários para qualificação dos registros de enfermagem. Participam de reuniões quinzenais, onde são tratadas pautas internas de acordo com as demandas da comissão e dos serviços. Além disso, acompanham a apresentação mensal de estudos clínicos com temas diversos com contribuição da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto Cirúrgico, sendo responsável pela elaboração do estudo clínico de sua área. Participam e realizam capacitações relacionadas ao PE e a incorporação de novas tecnologias na instituição como a checagem à beira-leito e o aprazamento da prescrição de quimioterapia. Atuam como protagonistas na disseminação do conteúdo em suas unidades, tornando-se referência no PE nas mesmas. **Conclusão:** A atuação das enfermeiras assistenciais de serviço cirúrgico na comissão contribuiu para o crescimento pessoal e profissional, qualificando e tornando o PE mais seguro. Promoveu a participação ativa no cuidado, atendendo à Resolução que normatiza o PE, acompanhando a tecnologia e atendendo às necessidades institucionais e particulares dos pacientes. Proporcionou relações multi e interprofissionais, fortalecendo o compartilhamento de conhecimento em diferentes áreas. Ainda, oportunizou e incentivou a participação em atividades científicas.

Descritores: Processo de Enfermagem; Enfermagem; Segurança do Paciente.

ATUALIZAÇÃO DO DOCUMENTO NORTEADOR DE DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Diana Amanda Perlin, Graciane Jacinta Schmitt

Introdução: A sistematização da assistência de enfermagem é fundamental para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Na neonatologia, a precisão na prescrição de cuidados é essencial para evitar tanto a negligência de necessidades fundamentais quanto a sobrecarga com intervenções desnecessárias. A ausência de padronização pode resultar em prescrições inconsistentes, comprometendo a qualidade da assistência. Diante disso, a utilização de um documento norteador para padronizar os diagnósticos de enfermagem e seus respectivos cuidados na unidade neonatal se mostra uma estratégia eficaz, desde que seja revisado e atualizado continuamente. **Objetivo:** Relatar a experiência da revisão e atualização do documento norteador dos diagnósticos de enfermagem e cuidados relacionados em uma unidade de neonatologia, visando aprimorar a padronização da prescrição de enfermagem. **Método:** Foi conduzida uma revisão crítica do documento vigente por duas enfermeiras, com o objetivo de identificar inconsistências, duplicidades e lacunas. Para a redefinição dos diagnósticos e cuidados, foram consultadas as diretrizes mais recentes da taxonomia NANDA-I e evidências científicas atualizadas. A versão revisada do documento foi compartilhada com os enfermeiros e incorporada ao fluxo de trabalho da equipe, no ano de 2024. **Relato de experiência:** A atualização do documento resultou em uma prescrição de enfermagem mais objetiva e alinhada às necessidades reais dos recém-nascidos internados. Houve redução na sobrecarga de cuidados desnecessários e melhoria na precisão dos diagnósticos, contribuindo para a segurança do paciente e a eficiência da equipe. Além disso, a padronização reforçou a comunicação entre os profissionais, facilitando a continuidade do cuidado. **Considerações finais:** A revisão do documento norteador de diagnósticos e cuidados de enfermagem demonstrou ser uma estratégia essencial para otimizar a assistência neonatal. O processo de atualização contínua, associado à capacitação da equipe, é fundamental para manter a qualidade da prescrição de enfermagem e garantir melhores desfechos para os recém-nascidos internados.
Descritores: Processo de enfermagem; Diagnósticos de enfermagem; Neonatologia.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA: ANÁLISE DE 2024

Graciane Jacinta Schmitt, Diana Amanda Perlin

Introdução: A qualidade dos registros de enfermagem é essencial para a segurança do paciente e continuidade do cuidado. A documentação inadequada pode comprometer a comunicação entre profissionais e afetar a assistência prestada. **Objetivo:** Avaliar a qualidade dos registros de enfermagem em um serviço de neonatologia, considerando anamnese, diagnósticos e prescrição de enfermagem e registros dos cuidados. **Método:** Estudo descritivo e retrospectivo, baseado na análise qualitativa de 41 prontuários de neonatos atendidos em um serviço de neonatologia no ano de 2024. Foram avaliados quatro critérios: presença e conformidade da anamnese nas primeiras 24h, evolução e diagnósticos de enfermagem após 24h da anamnese e conformidade dos registros nos controles do paciente. A análise foi realizada por um membro da Comissão do Processo de Enfermagem (COPE), e os resultados foram sintetizados em um relatório a partir das avaliações qualitativas dos prontuários. **Relato de caso:** A anamnese foi registrada nas primeiras 24h em 82,9% (38 prontuários). A conformidade no preenchimento foi de 57,9% (22), com falhas como ausência de informações sobre escolaridade dos pais, religião, crenças e telefone do responsável. A evolução de enfermagem e inclusão de diagnósticos após 24h ocorreram em 87,8% (36 prontuários), mas foi observada necessidade de maior precisão nos diagnósticos. A conformidade dos registros de controles do paciente foi de 55,6% (5 prontuários), com falhas na reavaliação da dor em até 1 hora, utilização de siglas não padronizadas e ausência do registro da realização da desinfecção concorrente do leito. **Considerações finais:** A avaliação identificou lacunas na completude dos registros, principalmente na anamnese e nos controles do paciente. Medidas como capacitações e reforço das diretrizes institucionais são fundamentais para aprimorar a qualidade da documentação e garantir maior segurança na assistência neonatal.

Descritores: Registros de enfermagem; Anamnese; Neonatologia.

CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS NA UTILIZAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA À BEIRA LEITO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO SUL DO PAÍS

Karen Pires Antunes, Bianca Albuquerque Gonçalves, Isabelle Leitão Cardoso

Introdução: A utilização da ultrassonografia (USG) à beira leito visa aumentar a precisão na avaliação clínica realizada pelo enfermeiro, bem como maior segurança nas intervenções de enfermagem. Seu uso permite que enfermeiros realizem diversos procedimentos com mais precisão. Dentre esses procedimentos, destacam-se a punção venosa e arterial periférica, além da inserção de cateteres gástricos e urinários. **Objetivo:** capacitar enfermeiros para utilizar a ultrassonografia à beira leito na assistência ao paciente. **Método:** trata-se de um relato de experiência desenvolvido no departamento de emergência de um hospital terciário do sul do país em fevereiro de 2025. **Relato da experiência:** A fim de aperfeiçoar o processo de enfermagem na assistência ao paciente, habilitar os enfermeiros na utilização da ultrassonografia como intervenção de enfermagem para avaliações, diagnósticos e procedimentos, otimizar tempo, recursos e melhorar a experiência do paciente no ambiente hospitalar foi elaborada uma aula teórico prática por três enfermeiras que já utilizavam este recurso. A aula foi ofertada no turno da manhã e da tarde para abranger o maior número de enfermeiros possíveis. Foram abordados os seguintes conteúdos: uso da USG pelo enfermeiro; fundamentos básicos do aparelho de USG e manuseio; avaliação gástrica; punção venosa periférica guiada por USG e avaliação vesical, posteriormente havia três estações práticas para desenvolver a habilidade, se familiarizar com o equipamento e sanar as dúvidas e dificuldades. Contamos com a participação de quinze enfermeiros dos turnos da manhã, tarde e noite e duas acadêmicas de enfermagem. **Considerações finais:** A capacitação para utilização da ultrassonografia à beira leito é de extrema importância para atuação do enfermeiro em prol de uma assistência melhor qualificada ao paciente com um olhar diferenciado para a assistência de enfermagem, conforto do paciente e gerenciamento do tempo e recursos institucionais.

Descritores: Ultrassom; Enfermagem em Emergência; Prática avançada de enfermagem.

CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE MODELO CLASSIFICADOR

Ninon Girardon da Rosa, Tiago Andres Vaz, Amália de Fátima Lucena

Introdução: A carga de trabalho em enfermagem caracteriza-se pela demanda de trabalho dos profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente. A avaliação da carga de trabalho fornece parâmetros para o dimensionamento de pessoal das instituições de saúde, de modo a garantir os cuidados essenciais aos pacientes, a prevenção de eventos adversos, além de segurança aos profissionais e satisfação no trabalho. O desenvolvimento de modelos de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, com a utilização de técnicas de inteligência artificial, contribui com a gestão assistencial. **Objetivo:** descrever o desenvolvimento de um modelo classificador preditivo da carga de trabalho de enfermagem, utilizando inteligência artificial. **Método:** estudo observacional retrospectivo com uso de aprendizado de máquina, em fontes secundárias de registros eletrônicos de pacientes adultos hospitalizados, no período de 2015 a 2019, em unidades de internação. A amostra por conveniência constituiu-se de 43.871 avaliações realizadas por enfermeiras assistenciais com o Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca, as quais serviram como padrão ouro, e dados clínicos do prontuário eletrônico de 11.774 pacientes, incluindo Diagnósticos de Enfermagem e Prescrição de Cuidados de Enfermagem correspondentes, que constituíram as variáveis. Para a organização dos dados e a realização das análises, utilizou-se a plataforma de ciência de dados Dataiku®. A análise dos dados ocorreu de forma exploratória, descritiva e preditiva. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição campo do estudo. **Resultados:** o uso de inteligência artificial possibilitou o desenvolvimento do modelo classificador de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, identificando as variáveis: tempo de internação dos pacientes, os cuidados realizar banho de leito e implementar protocolo de feridas e o diagnóstico de enfermagem risco de queda, como aquelas que mais contribuíram para a sua predição em cada classe de cuidado. O algoritmo classificou corretamente 72% das variáveis e a área sob a curva Receiver Operating Characteristic foi de 82%. **Conclusão:** houve o desenvolvimento de um modelo preditivo, demonstrando que é possível treinar algoritmos com dados do prontuário eletrônico do paciente para predizer a carga de trabalho de enfermagem e que as ferramentas da inteligência artificial podem ser efetivas para a automatização desta atividade.

Descritores: Enfermagem; Carga de Trabalho; Inteligência Artificial.

CHECAGEM ELETRÔNICA À BEIRA DO LEITO - EXPERIÊNCIA EM UM SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA

Paula Steger, Cássia Teixeira dos Santos, Elisiane de Oliveira Machado, Simone Thais Vizini, Djulia Andriele Wachter, Marcelo de Castro Klu

Introdução: A checagem eletrônica à beira do leito é um projeto de inovação tecnológica institucional, que permite a leitura do QR-Code da pulseira de identificação do paciente e do código de barras do medicamento para a checagem eletrônica através de uma tecnologia móvel. Este novo processo impacta diretamente na qualidade assistencial e segurança para o paciente e para o profissional, viabilizando a administração segura do medicamento, otimizando o tempo de atendimento, permitindo a migração da informação e da realização das etapas do Processo de Enfermagem em tempo real para o prontuário eletrônico do paciente. Esta inovação também gera relatórios sobre o sistema de checagem, subsidiando ações educativas para qualificar o processo assistencial. **Objetivo:** Descrever a experiência do uso da tecnologia de checagem à beira do leito em um serviço de emergência. **Metodologia:** Relato de experiência sobre o processo de checagem à beira do leito de pacientes internados em um serviço de emergência de um hospital universitário do Sul do Brasil, no período de março a agosto de 2023. O Serviço de Emergência possui uma enfermeira que avalia trimestralmente estes registros por meio da emissão de relatórios que identificam as justificativas quando as checagens ocorrem não pela tecnologia, mas de forma manual. **Relato da experiência:** O sistema de checagem à beira do leito iniciou na emergência em março de 2023, e atualmente, nove leitos estão cadastrados com esta tecnologia. Nos três primeiros meses, foram realizadas cerca de 2237 checagens eletrônicas neste sistema, das quais em torno de 50% (1126) foram checagens manuais, devido ao período de adaptação e capacitação dos colaboradores, além de ajustes na área física para a inserção da tecnologia proposta. Mesmo com este quantitativo, foram evitados 112 possíveis eventos adversos. Nos três meses seguintes (junho a agosto), 2749 checagens foram realizadas e nestas, 77 tentativas de checagens de medicamentos que não faziam parte da prescrição do paciente foram identificadas, evitando o erro de administração destes medicamentos. **Conclusão:** A partir dos resultados obtidos, evidenciou-se melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados ao paciente, destacando a importância da inovação tecnológica na prática da enfermagem, evitando possíveis falhas no processo de administração de medicamentos, oferecendo um cuidado mais assertivo.

Descritores: Processo de Enfermagem; Auditoria de Enfermagem; Segurança do Paciente.

COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE SANGRAMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Thiane Mergen, Amália de Fátima Lucena, Betina Franco, Franciele Moreira Barbosa, Vitor Monteiro Moraes, Taline Bavaresco

Introdução: Os referenciais que norteiam os cuidados de enfermagem requerem constante atualização, baseando-se em evidências robustas, o que tem motivado a realização de estudos de validação de conteúdo. Recentemente, o diagnóstico de enfermagem Risco de sangramento (00206) foi revisado na classificação da NANDA International, com nível de evidência de validade conceitual de 2.1, indicando a necessidade de estudos adicionais. **Objetivo:** Identificar as melhores evidências para descrever os fatores de risco, populações em risco e condições associadas ao DE Risco de Sangramento (00206) da classificação NANDA International. **Método:** Revisão integrativa da literatura referente ao período entre 2017 e 2023, realizada em seis etapas: questão de pesquisa; busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação crítica dos achados; interpretação dos dados e apresentação da síntese do conhecimento. A amostra incluiu estudos publicados nos idiomas inglês, espanhol e português, disponíveis nas bases de dados WEB OF SCIENCE, PUBMED e BDENF. Foram seguidas as recomendações propostas pelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. Os estudos foram classificados por nível de evidência, conforme a Oxford Centre for Evidence-based Medicine, que propõe a organização pelos delineamentos metodológicos. **Resultados:** Encontrou-se 386 artigos, sendo 37 incluídos nesta pesquisa. Evidenciou-se quatro novos fatores de risco para o diagnóstico: hipotermia no transoperatório, ausência do planejamento familiar, tabagismo e alcoolismo; onze novas condições associadas: hipertensão arterial sistêmica, complicações no parto, condições inadequadas para assistência (referentes aos recursos humanos e de infra-estrutura), choque, história de úlcera péptica, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, distúrbios hemorrágicos hereditários, doença renal crônica, varizes esofágicas e tempo prolongado de cirurgia abdominal; e três novas populações em risco: idosos, gestantes/puérperas e multíparas. **Conclusão:** O estudo evidenciou novos componentes para o Risco de Sangramento (00206), reforçando a necessidade de sua atualização na NANDA International. Os achados corroboram a importância deste diagnóstico no planejamento de intervenções de enfermagem seguras aos pacientes. Há necessidade de desenvolver estudos de validação clínica, capazes de reafirmar os achados desta revisão.
Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Hemorragia; Fatores de Risco.

CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE CRÍTICO EM TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE DISCENTES

Leticia de Moura, Mariana Cavalcante Lopes, Eliane Raquel Rieth Benetti, Andrei Tolotti Lacerda, Caren de Anhaia Castanho, Julia Signori Prado

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) integra cinco etapas inter-relacionadas e dinâmicas que permitem o cuidado sistematizado ao paciente crítico. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido à complexidade dos cuidados, emerge a necessidade de uma avaliação inicial que contemple o paciente e sua singularidade. **Objetivo:** Descrever a experiência de discentes de enfermagem sobre a construção de instrumento para avaliação inicial do paciente crítico em UTI. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de discentes da Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, sobre a construção de instrumento para avaliação inicial do paciente crítico em UTI. O instrumento foi construído durante atividades extensionistas curriculares vinculadas ao Programa de Extensão “Processo de Enfermagem como Tecnologia de Cuidado na Rede de Atenção à Saúde”, executadas no período de agosto a dezembro de 2023. **Relato da Experiência:** O instrumento foi elaborado a partir de revisão da literatura e aspectos elencados pelos profissionais de enfermagem da referida UTI. Ele é composto por dados sociodemográficos e clínicos, aspectos pregressos e atuais de saúde, exame físico estratificado por sistemas em ordem céfalo-caudal, parâmetros de avaliação hemodinâmica e local destinado à avaliação de enfermagem descritiva. Após a construção, o instrumento foi organizado no sistema informatizado do hospital e os discentes o aplicaram no decorrer das atividades práticas na UTI, possibilitando reconhecer as suas potencialidades, fragilidades e ajustes necessários. Após a aplicação do instrumento, os Diagnósticos de Enfermagem prioritários eram definidos e embasavam o Planejamento de Enfermagem dos discentes (resultados esperados e intervenções), bem como a prescrição de enfermagem (cuidados de enfermagem e interprofissionais) que oportunizaria o alcance dos resultados planejados. **Considerações Finais:** A construção e utilização do instrumento permitiu aos discentes articular a teoria e prática clínica, além de reconhecer a importância do PE para um cuidado integral, individualizado e resolutivo. A articulação de atividades extensionistas com o ensino contribuíram positivamente para a formação acadêmica e para a qualificação do cuidado em UTI, com ações direcionadas ao desenvolvimento do PE na instituição hospitalar. Ademais, estas atividades estimulam o raciocínio clínico do discente, qualificando-o para a tomada de decisões.

Descritores: Processo de Enfermagem; Cuidados Críticos; Avaliação em Enfermagem

CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL EM TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO DECORRENTE DE INTERNAÇÃO PROLONGADA: RELATO DE CASO

Raíssa de Almeida Aquino, Stefany da Costa Rezena Pinto, Nathalia Daniely Heinz Porto Taline Bavaresco

Introdução: A Lesão por Pressão (LP) é uma das principais complicações nos serviços de saúde, frequentemente associadas ao tempo de internação prolongado e a fatores de risco clínicos. O acompanhamento, as intervenções e as reavaliações com sistemas de linguagens padronizadas de resultados como a Nursing Outcomes Classification (NOC) são determinantes para evolução positiva da LP. Diversas tecnologias de tratamento estão disponíveis, sendo atribuição do enfermeiro direcionar o cuidado conforme o estágio da lesão e as condições clínicas do paciente. **Objetivo:** Relatar a experiência da consulta de Enfermagem ambulatorial no acompanhamento e tratamento de LP decorrente de internação prolongada. **Método:** Relato de caso conduzido no Ambulatório de um hospital universitário durante a prática disciplinar da graduação em Enfermagem, entre novembro e dezembro de 2024. A coleta de dados foi realizada durante consultas de Enfermagem, integrada por informações do prontuário. O acompanhamento da evolução da lesão foi realizado pelo resultado Cicatrização de feridas: segunda intenção, com a soma de pontuação dos indicadores: granulação, necrose e tamanho da ferida diminuído, mensurados em escala de Likert de cinco pontos (1 pior escore e 5 desejável) da NOC. **Relato de caso:** Foram realizadas quatro consultas com intervalo quinzenal de paciente feminina de 71 anos com histórico de internação prolongada em Centro de Tratamento Intensivo, Doença Renal Crônica, Doença Arterial Obstrutiva Periférica, Diabetes Mellitus tipo 2 e tabagismo. Desenvolveu três LPs: parieto-occipital (estágio 2) apresentou pontuação NOC 12, sacral (estágio 2) apresentou pontuação NOC 13 e calcâneo (estágio 3) apresentou pontuação NOC 4 (granulação 1, necrose 1, tamanho da ferida diminuído 2). O tratamento incluiu agentes tópicos e 4 sessões de terapia por fotobiomodulação (Laser Therapy EC). Na lesão calcânea, aplicou-se terapia fotodinâmica para intensificar os efeitos antimicrobianos. Após as consultas, as lesões parieto-occipital e sacral atingiram escore NOC 15, sendo completamente cicatrizadas. A lesão em calcâneo apresentou escore NOC 11 (granulação 4, necrose 3, tamanho da ferida diminuído 4). **Considerações finais:** A combinação de tratamentos tópicos com fotobiomodulação foi eficaz na reparação tecidual, destacando a importância de estratégias terapêuticas individualizadas no atendimento ambulatorial, conforme o estágio da lesão, as condições clínicas do paciente e a reavaliação contínua.

Descritores: Consulta de Enfermagem; Lesão por Pressão; Avaliação de Resultados.

CONSULTA DE ENFERMAGEM APLICADA NO CUIDADO DE FERIDA APÓS EXÉRESE DE CARCINOMA BASOCELULAR: ESTUDO DE CASO

Amanda Milena Hanauer, Júlia Ariane Schuh, Myriam Eduarda Bittencourt Strzalkowski, Taline Bavaresco

Introdução: O enfermeiro desempenha um papel essencial no manejo de feridas atuando com autonomia na avaliação, definição da abordagem terapêutica e acompanhamento do processo de cicatrização. No contexto das feridas oncológicas, em consulta de enfermagem utiliza as etapas do processo de enfermagem e sistemas de classificação de diagnósticos e resultados de enfermagem para subsidiar a avaliação das intervenções realizadas. **Objetivo:** Descrever a consulta de Enfermagem direcionado à manutenção de uma lesão em decorrência de uma exérese por Carcinoma Basocelular (CBC). **Método:** Trata-se de um estudo de caso realizado entre outubro e dezembro de 2024 no ambulatório de um Hospital Universitário do Sul do País, por graduandos do quinto período de Enfermagem. A coleta de dados foi realizada por meio das etapas da consulta de enfermagem e dados do prontuário eletrônico do paciente e família. O acompanhamento do processo de cicatrização foi realizado pelo resultado Cicatrização de feridas: segunda intenção da Nursing Outcomes Classification (NOC) com os indicadores: necrose, granulação e tamanho da ferida reduzido, mensurados em escala de Likert de cinco pontos (1 pior escore e 5 desejável). **Relato de caso:** Foram realizadas quatro consultas com intervalo quinzenal de paciente feminina de 59 anos, diabética, hipertensa, ex tabagista, com doença arterial coronariana e angioedema hereditário, encaminhada para o ambulatório de enfermagem. Apresenta úlcera por exérese de CBC na região sacral. Na primeira consulta, a úlcera apresentou um escore NOC de 13 pontos (granulação 2, necrose 2, tunelização 2, umidade 3, formação de cicatriz 3), medindo 9 x 10,5 x 2,6 e bordas em epíbole. Na quarta consulta o escore aumentou para 18 pontos (granulação 4, necrose 4, tunelização 3, umidade 4, formação de cicatriz 3), medindo 9 x 10 cm e bordas em epíbole. As intervenções incluíram desbridamento instrumental e aplicação do tratamento tópico com PHMB, e papaína e fotobiomodulação Laser Therapy EC DMC com onda vermelha e infravermelho. **Considerações finais:** Houve um progresso significativo da reparação tecidual pelas características da úlcera, por isso a necessidade de abordagem especializada, demonstrando a importância do conhecimento e abordagem especializada do enfermeiro ao realizar consultas de enfermagem para conseguir realizar intervenções apropriadas para o caso.

Descritores: Ferida cirúrgica; Cuidados de Enfermagem; Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde.

CONSULTORIA DE ENFERMAGEM A NEONATOS COM DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL

Priscila Guterres de Oliveira, Elenice Lorenzi Carniel

Introdução: os distúrbios da diferenciação sexual (DDS) são condições congênitas nas quais o desenvolvimento do sexo cromossômico, gonadal ou anatômico é atípico. As ambiguidades genitais podem estar presentes, configurando um problema que exige manejo complexo, ágil e eficaz. Para a família do neonato, não ter um sexo definido é angustiante e exigirá o suporte e cuidados necessários para que uma adequada adaptação seja viabilizada. **Objetivo:** descrever ações realizadas durante a consultoria de enfermagem aos neonatos com suspeita ou confirmação de DDS e suas famílias internados em uma Unidade Neonatal. **Método:** trata-se de um relato de experiência de ações realizadas, entre os anos de 2020 e 2024, durante a consultoria de enfermagem na Unidade Neonatal de um hospital universitário do sul do Brasil referência em DDS. Relato de experiência: o enfermeiro neonatal após alguns anos participando de um Programa de Anomalias da Diferenciação Sexual (PADS) identificou, em conjunto com o PADS e chefias da unidade, a necessidade de realizar consultoria de enfermagem em Anomalias da Diferenciação Sexual (ADS) na Unidade Neonatal, objetivando melhorar as práticas de enfermagem à estes neonatos e suas famílias. O enfermeiro assistencial ao identificar um paciente com suspeita ou confirmação de DDS realiza a solicitação da consultoria e inicia o diagnóstico de enfermagem Risco de Tensão do Papel do Cuidador tendo como fator de risco a Imprevisibilidade da Situação do Cuidado. O enfermeiro consultor realiza o primeiro contato com o neonato/família; auxilia no processo de vínculo; no alinhamento das informações das equipes; atuando também, como elo de ligação entre a Unidade e o PADS. Realiza também, capacitações das equipes anualmente, acompanha o neonato e sua família durante toda a internação neonatal mantendo também, seguimento ambulatorial após a alta hospitalar. **Considerações finais:** a partir da implementação da consultoria de enfermagem pode-se estabelecer uma redução do estresse paciente/equipe, buscando também minimizar as dificuldades da internação, atuando como elo de ligação entre as equipes, favorecendo o estreitamento de laços afetivos da família para com o neonato assim como, uma equipe de enfermagem capacitada e treinada para atender estes neonatos. Destaca-se como uma atuação profissional inovadora.

Descritores: transtornos do desenvolvimento sexual; unidade de terapia intensiva neonatal; assistência centrada no paciente.

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO COM GRANULOMA EM GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA

Suélen Heningues Leiman, Fernanda da Silva Flores, Rita Juliana Pinto Godoy, Dóris Baratz Menegon, Alessandra Vaccari

Introdução: A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) em pacientes pediátricos é considerado um procedimento seguro para alimentação de pacientes com dificuldade de ganho de peso, disfagia ou doenças neurológicas graves. No entanto, em alguns casos podem ocorrer complicações, como a hipergranulação. O uso de sal comum tem se mostrado eficaz no cuidado de enfermagem ao paciente com granuloma na PEG, através do processo por osmose em um meio hipertônico terapêutico. **Objetivo:** Descrever o cuidado de enfermagem com o uso de sal comum no tratamento de granuloma em paciente pediátrico. **Método:** Estudo descritivo, tipo relato de caso, que descreve o cuidado de enfermagem ao paciente pediátrico com granuloma, realizado na pediatria em um hospital universitário do Sul do Brasil em fevereiro de 2025. **Relato do caso:** A formação de granuloma é considerada uma complicação simples, porém em paciente pediátrico com doença grave, comprometimento imunológico e período longo de internação pode se complicar e piorar o quadro clínico. Apresentamos um caso de um paciente com 5 anos, sexo masculino com diagnóstico de síndrome de Griscelli internado em uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário do Sul do Brasil. Ele é usuário de gastrostomia há menos de um ano, devido a comprometimento neuromuscular. Foi decidido utilizar aplicação de sal comum, considerando os resultados satisfatórios realizados em outros pacientes na unidade anteriormente em comparação à aplicação de outros tópicos padronizados. Seguiu – se os cuidados de enfermagem com estomias com base na taxonomia de enfermagem Nursing Intervention Classification (NIC). A aplicação ocorreu no mês de fevereiro de 2025 no granuloma ao lado da ostomia. Foram realizadas quatro aplicações com 0,8 gramas de sal comum imerso em 3 gotas de água destilada em cima do granuloma, agindo por aproximadamente 6 horas. Antes de realizar a aplicação foi realizada a higienização da pele. A proteção da pele ao redor do estoma é fundamental, sendo utilizado pomada de vitamina A+D+óxido de zinco. O paciente apresentou resolução completa do granuloma dentro de 3 dias após a aplicação do sal comum, sob cuidados das enfermeiras da unidade e da enfermeira da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas da instituição. **Considerações finais:** O uso de sal comum é uma alternativa eficaz, segura e barata para ser realizada em pacientes pediátricos com hipergrunulação na gastrostomia. Porém, é essencial que o enfermeiro implemente, junto a esse cuidado, todo o julgamento clínico, conhecimento e cuidados padronizados durante a intervenção de enfermagem.

Descritores: Gastrostomia; Enfermagem Pediátrica; Granuloma.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES NO CONTEXTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Carolina Giordani da Silva, Francimary Pinheiro Silva, Clarissa Anunciação de Arruda Falavinha, Camila Maria Cenzi, Maria Cristina Guimaro Abegao

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) faz parte das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, afetando cerca de 850 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo responsável por 2,4 milhões de óbitos anualmente. No Brasil, mais de 10 milhões de indivíduos são afetados pela doença, impactando o sistema único de saúde, e exigindo do enfermeiro o planejamento de um cuidado de excelência, por meio da seleção de intervenções terapêuticas de acordo com a subjetividade de cada paciente, garantindo melhor qualidade de vida a estes. **Objetivo:** Identificar os cuidados de enfermagem prevalentes nos pacientes adultos e idosos portadores de DRC. **Método:** Estudo de revisão integrativa da literatura, norteada pela questão: Quais os cuidados de enfermagem prevalentes para pacientes adultos com DRC? A busca foi realizada de outubro a dezembro de 2023, nas bases de dados LILACS, PubMed, SCIELO, SCOPUS e Web of Science. Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde: Nursing Care, Chronic Kidney Disease, Nephrology, Renal Dialysis e Continuous Renal Replacement Therapy, combinados pelo operador booleano AND. Os critérios de inclusão foram: artigos que respondessem à questão norteadora, em português, espanhol e inglês, publicados no período de 2003 a 2023, resultantes de pesquisas primárias qualitativas, quantitativas, revisões integrativas e sistemáticas, com acesso on-line em texto completo e gratuito. Foram excluídos estudos com crianças e gestantes, teses, monografias e dissertações. A seleção foi realizada por dois pesquisadores, de forma independente. Os artigos da amostra foram classificados quanto o nível de evidência conforme o Joanna Briggs Institute, excluindo-se os com nível de evidência V. Foi realizada análise de conteúdo a partir da síntese, comparação e discussão dos achados. **Resultados:** De 1.019 artigos registrados, 32 compuseram a amostra final. Destes, 50% (n=16) foram realizados no Brasil e 59,38% (n=19) eram cuidados de enfermagem em Hemodiálise. Dentre os cuidados analisados, destacaram-se a educação em saúde e orientação. Outros cuidados como controle da dieta, cuidados com acesso vascular, o suporte emocional e psicológico e o controle de infecções prevaleceram, mostrando-se essenciais para a gestão eficaz do tratamento renal. **Considerações finais:** A educação em saúde destaca-se como cuidado prevalente, constituindo o principal pilar do atendimento ao paciente renal crônico, conferindo ao enfermeiro o protagonismo neste contexto de cuidado.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Doença Renal Crônica; Revisão.

DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM "565 – ULTRASSONOGRAFIA: BEXIGA" DA NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION

Vítor Monteiro Moraes, Ana Clara de Brito Cruz, Karini Leal Rolim de Oliveira, Monalisa Sosnoski, Thamiris Silveira da Silva, Miriam de Abreu Almeida

Introdução: Desde a década de 1990 é descrito na literatura o uso de ultrassonografia de bexiga por enfermeiros. No entanto, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) não contempla esse cuidado de enfermagem até a sétima edição publicada no Brasil em 2020. **Objetivo:** desenvolver uma intervenção de enfermagem com uso de ultrassonografia de bexiga por enfermeiros à NIC. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com base em Whittemore & Knafl com a seguinte questão norteadora: "Quais são as atividades de enfermagem para a ultrassonografia vesical? ". Quatro bases de dados foram revisadas (LILACS, PubMed, CINAHL e SCOPUS) no período de junho a agosto de 2021, sem limite de tempo, com os termos "ultrasonografia", "ecografia", "bexiga urinária", "trato urináro" e "enfermagem" nos idiomas inglês, português e espanhol. Análise e extração dos dados realizada por dois pesquisadores de forma independente. Os achados foram sintetizados com base nas Diretrizes para Submissão de uma Intervenção NIC Nova ou Revisada. **Resultados:** Inicialmente foram encontrados 328 artigos, dos quais 17 foram incluídos na fase de extração de dados. Estudos com delineamento descritivo se destacaram, sendo o nível de evidência VI prevalente. A partir desses trabalhos, seguindo as diretrizes citadas, foi possível desenvolver o Título, a Definição e 17 atividades de cuidado da Intervenção de Enfermagem, além de determinar o tempo e o nível de formação necessários para execução da intervenção. Esse construto foi submetido ao Comitê Editorial da NIC. **Conclusão:** A intervenção de enfermagem desenvolvida, com título "565 - Ultrassonografia: bexiga", consta na oitava edição da Classificação publicada em 2023 nos Estados Unidos da América. A validade de conteúdo e clínica desta intervenção será objeto de estudos futuros.

Descritores: Ultrassonografia; Bexiga urinária; Terminologia Padronizada em Enfermagem.

DESENVOLVIMENTO DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA PESSOAS COM DOR CRÔNICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Francine Dutra Mattei, Lia Híria Campozana, Amanda de Souza Ferrari, Marcia Regina Cubas, Carlini Barbosa Ribeiro Ravaglio, Bruna de Castro Vaz Purcote

Introdução: estima-se que a prevalência da dor crônica no Brasil varie de 29,3% a 73,3%, afetando mais mulheres do que homens. A dor crônica compromete significativamente a qualidade de vida das pessoas, gerando impactos físicos, emocionais e sociais. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), o papel do enfermeiro é fundamental para o manejo adequado da dor crônica. O desenvolvimento de subconjuntos terminológicos, fundamentados em teoria de enfermagem, tem potencial para melhorar a prática assistencial e o raciocínio clínico dos enfermeiros. **Objetivo:** Descrever o desenvolvimento de um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para pessoas com dor crônica, baseado na teoria das transições, no contexto da APS. **Método:** O estudo é parte de projeto intitulado “Dor crônica: boas práticas para o cuidado de enfermagem por meio de subconjunto terminológico da CIPE® baseado na teoria das transições”. Delineado segundo o método brasileiro para construção de subconjuntos terminológicos da CIPE®, composto por quatro etapas: 1) identificação de termos relevantes, 2) mapeamento cruzado dos termos com a CIPE®, 3) construção de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (DEs, REs e IEs), e 4) estruturação do subconjunto terminológico. Foram realizadas revisões de literatura e validações por especialistas para garantir a relevância e a aplicabilidade clínica dos termos e enunciados. **Resultados:** A partir de 3.362 artigos, foram extraídos 26.445 termos, resultando em um banco com 1.120 termos relevantes. Após o mapeamento cruzado com a CIPE®, obteve-se 3.483 termos equivalentes e candidatos. Foram construídos enunciados de DEs, REs e IEs, validados por especialistas. Foram elaborados 152 enunciados de DEs e suas definições operacionais. Os DEs foram organizados no subconjunto a partir dos conceitos da teoria das transições. Para cada DE foram elencadas IEs, resultando em cerca de 700 intervenções distintas. **Considerações Finais:** O desenvolvimento de um subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com dor crônica, fundamentado na teoria das transições, tem capacidade de subsidiar o cuidado a pessoas com dor crônica na APS. Essa ferramenta oferece um suporte para o raciocínio clínico dos enfermeiros, promovendo uma assistência mais qualificada e centrada nas necessidades multifatoriais das pessoas com dor crônica.

Descritores: Dor Crônica; Teoria de Enfermagem; Terminologia Padronizada em Enfermagem.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA” DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA

Lúcia Fabiane da Silva Luz, Yasna Patrícia Aguilera Godoy, Maria da Graça Oliveira Crossetti

Introdução: Pacientes oncológicos em fim de vida frequentemente enfrentam dificuldades de comunicação verbal durante o cuidado de enfermagem. A progressão da doença, tratamentos intensivos e o isolamento podem afetar a capacidade do paciente de se expressar. **Objetivo:** Analisar as publicações do periódico oficial da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), no International Journal of Nursing Knowledge, que abordam o diagnóstico de enfermagem (DE) "comunicação verbal prejudicada", com foco na comunicação da equipe de enfermagem com pacientes oncológicos em fim de vida. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, por ocasião da realização de uma revisão integrativa. A busca foi realizada no periódico oficial da NANDA I- acessado através do link: https://onlinelibrary.wiley.com/loi/20473095/year/2018. A estratégia de busca incluiu periódicos que traziam em seu título o termo DE "comunicação verbal prejudicada". O uso da leitura de título permite uma triagem eficiente, possibilitando uma avaliação geral e rápida do tema, e selecionando de forma objetiva os artigos que se encaixam no objetivo da pesquisa. O período analisado foi de janeiro de 2015 a janeiro de 2025, buscando uma abrangência da pesquisa. A consulta à base de dados foi realizada no mês de fevereiro de 2025. Foram excluídos estudos que não abordaram o DE em outros contextos ou que não se concentraram na comunicação da equipe de enfermagem. A análise dos resultados ocorreu através da criação de categorias temáticas, com base nos principais temas encontrados nos estudos selecionados. Essa abordagem buscou identificar padrões e tendências na comunicação da equipe de enfermagem com o paciente oncológico no fim de vida, sob a perspectiva do DE "comunicação verbal prejudicada". **Resultados:** A partir das avaliações dos 371 manuscritos incluindo editorial, carta ao editor e artigo original, não foram encontrados estudos após a leitura do título que trouxessem o DE proposto. **Considerações finais:** A escassez de estudos sobre o tema revela a necessidade de uma abordagem abrangente e multifacetada para aprimorar a assistência de enfermagem a esses pacientes. É importante reconhecer que essa abordagem metodológica apresenta limitações, uma vez que exclui a análise de estudos publicados em outras fontes.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Comunicação verbal; paciente terminal.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES E FAMILIARES NO CONTEXTO DA TERAPIA HEMODIALÍTICA

Bárbara Ebilizarda Coutinho Borges, Ana Clara Dantas, Cyntia Leenara Bezerra da Silva Leandro Melo de Carvalho, Rafaela Carolini de Oliveira Távora, Allyne Fortes Vitor

Introdução: O Processo de Enfermagem é uma ferramenta essencial para apoiar o cuidado e documentação da prática profissional, estruturando-se em cinco etapas interdependentes: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução de enfermagem. A doença renal crônica representa um problema de saúde pública mundial, com 144.779 pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, sendo mais de 90% submetidos à hemodiálise. **Objetivo:** identificar os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I mais recorrentes em um paciente hemodialítico e seu familiar. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada em um centro de hemodiálise no Rio Grande do Norte. A amostragem foi intencional, baseada na saturação, incluindo paciente e família. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (10750919.7.0000.5568). **Resultados**: Os participantes foram P8, paciente renal crônica de 83 anos, viúva e aposentada, em hemodiálise há dois meses, com diagnóstico de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, e FP8, sua filha e cuidadora. A paciente relatou dificuldades na adaptação ao tratamento, ansiedade e vínculos familiares distintos, mantendo forte conexão com filhos e esposo, mas distanciamento dos irmãos. Não possui relações sociais ativas, especialmente após o adoecimento, e não realiza atividades de lazer. Ambas relatam mudanças significativas no trabalho, na vida financeira e social devido à necessidade frequente de deslocamento ao centro de hemodiálise. Com base na taxonomia da NANDA-I (2024-2026), foram inferidos diagnósticos de enfermagem com foco no problema, como: gestão ineficaz da saúde familiar, resiliência prejudicada, processos familiares prejudicados e conforto psicológico prejudicado. Além disso, diagnósticos de risco, incluindo: risco de letramento em saúde inadequado, risco de equilíbrio hidroeletrolítico prejudicado, risco de volume de líquidos excessivo e risco de síndrome da habilidade do autocuidado diminuída. **Considerações finais:** Os diagnósticos inferidos evidenciam nas respostas humanas indesejadas padrões comportamentais do paciente e familiar, com menor influência de características definidoras com foco fisiológico. Conhecer aspectos socioeconômicos e clínicos é essencial para que enfermeiros planejem e implementem intervenções eficazes e resolutivas. O contexto de uma doença crônica e seu tratamento recorrente devem ser considerados, pois não podem ser dissociados dos cuidados clínicos.

Descritores: Família; Diagnóstico de enfermagem; Nefropatias.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA TORÁCICA: REVISÃO INTEGRATIVA

Mariana Cavalcante Lopes, Leticia de Moura, Eliane Raquel Rieth Benetti, Andressa de Andrade

Introdução: Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) são uma parte essencial da prática clínica do enfermeiro para avaliação e identificação de respostas humanas alteradas diante do processo de saúde-doença. Por meio da avaliação subjetiva e objetiva, sua delimitação orienta o planejamento de enfermagem, o qual deve contemplar o indivíduo e os processos de saúde/doença em sua integralidade. Nesse sentido, os DE podem ser estabelecidos conforme a taxonomia NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association), que padroniza a linguagem e estabelece características definidoras e fatores relacionados a problemas de saúde reais ou potenciais, permitindo a delimitação de intervenções direcionadas. **Objetivo:** Evidenciar os principais DE designados a pacientes submetidos a cirurgias torácicas com base na literatura científica. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura desenvolvida no mês de abril de 2024. Foi feita uma busca nos portais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), periódicos da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), utilizando os seguintes descritores: “Diagnóstico de enfermagem” e “Cirurgia Torácica”, seguido do operador booleano “and”. Os critérios de inclusão adotados foram: estudos originais, com recorte temporal de 2009-2023, sendo o marco inicial proposto, o ano em que foi instituída a Resolução COFEN n° 358, a qual dispõe sobre a implantação do Processo de Enfermagem, além de serem escritos nos idiomas de português ou inglês que atendessem a temática estudada. E de exclusão: Estudos de revisão ou estudos não disponíveis gratuitamente na íntegra. **Resultados:** Após uma busca nas bases de dados, foram recuperados um total de 84 artigos. No entanto, apenas 6 desses artigos abordaram diretamente os DE em pacientes submetidos a cirurgia torácica, os demais eram sobre intervenções de enfermagem, caracterização de pacientes submetidos a procedimentos torácicos em Centro cirúrgico, pós-operatórios e práticas educativas. A análise revelou que os principais DE identificados foram o risco de infecção, o risco de queda, o risco de sangramento, mobilidade física prejudicada e o risco de integridade da pele prejudicada. **Conclusões:** Os DE ajudam os enfermeiros a avaliar e tratar os pacientes de forma personalizada, melhorando sua recuperação. Contudo, mais pesquisas são necessárias para capacitar enfermeiros a lidar com essas complicações de maneira eficaz.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Cirurgia torácica; Cuidados de Enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA PARA NEONATOS COM ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Diana Amanda Perlin, Suelen Goecks Oliveira, Anna Pires Terra, Graciane Jacinta Schmitt

Introdução: A hipotermia terapêutica (HT), tratamento da encefalopatia hipóxico-isquêmica, é uma condição associada à asfixia perinatal que pode causar danos neurológicos severos. Em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) a equipe de enfermagem desempenha papel essencial na segurança do tratamento e na gestão das complicações. **Objetivo:** Identificar os principais diagnósticos de enfermagem (DE) relacionados à HT em neonatos internados em UTIN. **Método:** Revisão bibliográfica em bases de dados, utilizando descritores "hipotermia", "terapêutica", "diagnósticos de enfermagem" e "UTI neonatal" em publicações entre 2014 e 2024. Selecionados estudos que abordavam DE no contexto da HT conforme a taxonomia de NANDA. **Resultados:** A revisão identificou os principais DE e suas intervenções: Hipotermia relacionada à exposição a baixas temperaturas - Monitoramento contínuo da temperatura central do neonato; Aplicação de gelo e controle rigoroso do ambiente de resfriamento; Ajuste das condições de temperatura. Termorregulação ineficaz devido à incapacidade do corpo de manter a temperatura corporal normal - Monitoramento constante da temperatura corporal e sinais vitais; Reaquecimento gradual da temperatura corporal; garantir ambiente de reaquecimento controlado. Risco de lesão relacionado à exposição prolongada ao frio e imobilização - Monitoramento frequente da pele; Movimentação do neonato a cada 2 horas; Aplicação de cuidados com a pele. Alteração no padrão de sono relacionada ao ambiente controlado e à manipulação frequente do paciente - Minimizar ruído e manipulações desnecessárias; criar ambiente tranquilo e adequado ao descanso; manter uma rotina de cuidados que minimize o impacto no padrão de sono. Risco de perfusão tissular ineficaz devido à hipotermia - Monitoramento constante dos sinais vitais; Ajuste das condições de resfriamento e reaquecimento; Avaliações regulares da perfusão tissular. Diminuição da capacidade de resposta relacionado à depressão do sistema nervoso central - Monitoramento contínuo da resposta neurológica e avaliação do nível de consciência; Avaliação frequente da função neurológica; garantir um ambiente tranquilo. **Considerações finais:** A identificação precoce dos DE relacionados à HT é essencial para a segurança dos neonatos. O monitoramento térmico e cuidados com a pele, são fundamentais para o sucesso da terapia e a recuperação clínica. Novos estudos são necessários para desenvolver protocolos clínicos, aprimorando o cuidado em UTIN.

Descritores: Hipotermia; Terapêutica; Diagnósticos de Enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES EM PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Yasmin Ferreira da Rosa, Raquel Potter Garcia, Gabriela Zacharias Andres

Introdução: O acidente vascular encefálico (AVE), é uma condição em que ocorre uma diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro. Os diagnósticos de enfermagem desempenham um papel fundamental junto a estes pacientes, pois permitem a identificação das suas necessidades prioritárias e, a partir deles, a elaboração de planos de cuidados individualizados e eficazes. **Objetivo:** analisar as evidências científicas, da literatura, sobre diagnósticos de enfermagem prevalentes em pessoas com acidente vascular encefálico. **Método:** revisão integrativa realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no mês de maio de 2024, com o cruzamento de palavras no formulário avançado: (“acidente vascular encefálico” OR “acidente vascular cerebral”) AND (“diagnósticos de enfermagem”). Os critérios de inclusão foram artigos completos e originais publicados em português, inglês ou espanhol. Encontrou-se 74 artigos, sendo excluídos 61 que não contemplavam a temática, um era repetido, quatro revisões, dois não estavam disponíveis para acesso e três eram teses, obtendo-se um total de três artigos para leitura na íntegra. Posteriormente, foi realizada análise e interpretação dos resultados e classificaram-se os níveis de evidência conforme pirâmide de sete níveis proposta por Melnyk e Fineout-Overholt. **Resultados:** quanto ao tipo de método, destaca-se que dois estudos eram quantitativos e um do tipo metodológico com opinião de especialistas, classificando-se entre os níveis de evidência 6 e 7, respectivamente. Quanto ao ano de publicação foram 2012, 2019 e 2020. Os estudos abordam que os diagnósticos de enfermagem prevalentes em pessoas com AVE variam conforme as características individuais e estágio da doença, destacando-se: mobilidade física prejudicada, risco de queda devido a fraqueza muscular, disfagia aumentando o risco de aspiração, comunicação ineficaz devido a afasia, autocuidado deficitário devido a déficits motores, risco de lesão de pele devido a imobilidade, risco de depressão e risco de incontinência urinária. **Conclusão:** A classificação dos estudos sugere evidência fraca, porém os mesmos direcionam para necessidades específicas e peculiares das limitações que o AVE ocasiona, permitindo um planejamento de cuidados e intervenções adequados e de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

Descritores: Diagnósticos de enfermagem; Processo de enfermagem; Acidente Vascular Cerebral.

DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA ADMITIDOS EM TERAPIA INTENSIVA

Graziele Monteiro Barcelos, Paula Buchs Zucatti, Jhonathas Oliveira Soares, Elisiane Goveia da Silva, Patricia Machado Gleit

Introdução: os tratamentos para doenças cardiovasculares podem ser clínicos ou cirúrgicos, sendo a cirurgia indicada quando a doença se torna crônica e o tratamento clínico perde eficácia. O pós-operatório imediato (POi) de cirurgia cardíaca exige acompanhamento contínuo, e o enfermeiro desempenha um papel essencial no planejamento e na prestação de cuidados individualizados[1]. O processo de enfermagem requer fundamentação teórica baseada em modelos de cuidado, linguagens padronizadas e protocolos institucionais embasados em evidências[2]. A elaboração de diagnósticos e o planejamento do cuidado favorecem uma assistência integral e individualizada, contribuindo para a recuperação do paciente. **Objetivo:** descrever os diagnósticos e os cuidados de enfermagem mais precisos para pacientes adultos no POi de cirurgia cardíaca admitidos em Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** relato de experiência de enfermeiros intensivistas em um hospital público de Porto Alegre. Em fevereiro de 2025, foram consultados os diagnósticos de enfermagem (DEs) da taxonomia NANDA-I (2018-2020) e as intervenções de enfermagem da Nursing Interventions Classification (2020). **Relato da experiência:** foram identificados os seguintes DEs: Ventilação espontânea prejudicada, Dor aguda, Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída, Risco de infecção e Risco de sangramento. Como principais cuidados, elencaram-se: monitorar evidências de prontidão para extubação; avaliar dor, utilizando um instrumento de classificação válido e confiável; monitorar sinais vitais, nível de consciência, pressão venosa central e débito urinário; inspecionar inserção de catetere(s) e dreno(s) e o local da(s) incisão(ões) quanto a vermelhidão e ruptura da pele; realizar trocas de curativos das inserções e incisão(ões), conforme protocolo institucional; conectar dreno(s) à aspiração, quando indicado; e monitorar dreno(s) quanto a quantidade, cor e consistência da drenagem. **Considerações finais:** o uso de DEs estruturados permite a implementação de cuidados sistematizados, garantindo um melhor prognóstico e maior segurança ao paciente. Esta experiência reforça a importância da enfermagem na gestão de pacientes adultos no POi de cirurgia cardíaca. O reconhecimento precoce dos DEs e a adoção de intervenções eficazes contribuem significativamente para a otimização da assistência e a redução de complicações.

Descritores: Processo de Enfermagem; Cirurgia Torácica; Unidades de Terapia Intensiva

ESTUDO DE REVISÃO: ACURÁCIA DIAGNÓSTICA EM PACIENTES CRÍTICOS

Brena Alice da Silva Rodrigues

Introdução: A acurácia diagnóstica é crucial na prática de enfermagem, especialmente em unidades de terapia intensiva (UTI), onde os pacientes estão em condições críticas. O Processo de Enfermagem (PE) e os Diagnósticos de Enfermagem (DE) têm um papel essencial no planejamento e na execução de intervenções adequadas, impactando diretamente a qualidade do cuidado[1]. Ferramentas como a escala EADE-2 têm se mostrado eficazes na melhoria da acurácia diagnóstica, especialmente em cenários críticos, auxiliando no raciocínio clínico e na tomada de decisões[2]. Objetivo: analisar a acurácia diagnóstica em pacientes críticos, com ênfase nas ferramentas utilizadas para o diagnóstico de enfermagem, como a escala EADE-2. Método: esta revisão integrativa foi realizada com base em artigos publicados entre 2020 e 2024 nas bases de dados PubMed, Scopus e LILACS, visando identificar estudos que abordassem a acurácia diagnóstica em unidades de terapia intensiva. Foram selecionados artigos que destacam o uso de ferramentas para aprimorar os Diagnósticos de Enfermagem, com foco na escala EADE-2. Os critérios de inclusão foram artigos originais, revisões, estudos de caso e pesquisas qualitativas, excluindo-se estudos não relacionados à enfermagem ou que não tratassem de pacientes críticos. A análise dos resultados foi realizada por meio da síntese das evidências encontradas, com foco no uso da escala EADE-2. Resultados: os resultados mostraram que o uso da escala EADE-2 aumenta significativamente a acurácia dos diagnósticos de enfermagem, permitindo a identificação precisa de condições críticas, como “Risco de infecção”, “Déficit de volume de líquidos” e “Distúrbio respiratório”[3]. A aplicação dessa ferramenta também contribui para um planejamento de cuidados mais eficiente e redução de complicações. Além disso, destacou-se a importância do raciocínio clínico estruturado para decisões mais assertivas e seguras. Conclusões ou Considerações Finais: a acurácia diagnóstica é essencial para a qualidade do cuidado em pacientes críticos. A aplicação da escala EADE-2 melhora a precisão dos diagnósticos, contribuindo para um planejamento de cuidados mais eficaz e seguro[3]. Para a prática de enfermagem, isso implica investir em capacitação contínua sobre o uso dessa ferramenta. Implementar sistemas de avaliação diagnóstica mais acurados, como escalas validadas, é fundamental para garantir a segurança do paciente e a eficiência da assistência.

Descritores: Acurácia Diagnóstica; Diagnóstico de Enfermagem; Terapia Intensiva.

EXPERIÊNCIA DE UMA ESTUDANTE DE ENFERMAGEM DURANTE A PRÁTICA DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

Luciana Ramos Corrêa Pinto, Ana Gabriela de Oliveira Carvalho, Tatielle Eduarda da Silva de Souza, Beatriz Hoppen Mazui, Taline Bavaresco

Introdução: A Consulta de Enfermagem (CE) ao paciente com Lesão Medular (LM) em risco ou com lesão por pressão realizada em cenário ambulatorial é norteada pelo Processo de Enfermagem, ocorre de forma deliberada e sistemática, orienta o julgamento clínico do enfermeiro e possibilita autonomia no exercício profissional. A vivência neste contexto, ressignifica os saberes para a formação do enfermeiro e permite aprimoramento de habilidades e proposição de soluções para os problemas evidenciados pautados nos referenciais teóricos da área. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma estudante de enfermagem durante a prática do estágio curricular supervisionado. **Método:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado durante o estágio curricular supervisionado em um hospital universitário no ambulatório de reabilitação no primeiro semestre de 2024. **Relato da experiência:** a experiência permitiu o aperfeiçoamento das habilidades e competências profissionais específicas da enfermagem bem como do trabalho interdisciplinar. Possibilitou vivenciar a aplicação da CE em sua completude ao avaliar, diagnosticar, planejar, implementar intervenções e evoluir o registro em prontuário eletrônico. Bem como, ter evidências do acompanhamento do processo de reparação da pele dos pacientes em risco ou com lesão por pressão. A avaliação com enfoque biopsicossocial proporcionou a estudante o desenvolvimento do olhar crítico e reflexivo para a escolha dos diagnósticos de enfermagem com base no sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da instituição. Além disso, oportunizou a realização de curativos complexos, com uso adjuvante da fotobiomodulação e orientações educativas quanto à: hábitos alimentares e ingesta hídrica, educação intestinal e vesical, e medidas para prevenção de lesão por pressão. Propiciou o aprimoramento da evolução da consulta de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente para acompanhamento do plano de cuidados implementado. Estar sendo supervisionada pelo enfermeiro possibilita a discussão de casos clínicos, troca de saberes, pois também há relato do mesmo de que sua prática é qualificada pela presença do estudante de enfermagem. **Considerações finais:**Ter vivenciado na prática clínica a CE no final da graduação fomentou conhecimentos específicos, aprimorou habilidades técnicas e de relacionamento interpessoal com a equipe, paciente e familiares e proporcionou maior segurança para a execução do exercício profissional neste cenário clínico.

Descritores: Processo de Enfermagem; Assistência Ambulatorial; Estudantes de Enfermagem

EXPERIÊNCIA NA AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Paula Steger, Cássia Teixeira dos Santos, Fernanda Niemeyer, Taciana de Castilhos Cavalcanti, Fernanda Pinto Cauduro

Introdução: A avaliação qualitativa dos registros de enfermagem é uma ação desenvolvida por enfermeiras representantes dos diversos serviços de enfermagem, as quais participam de uma comissão do Processo de Enfermagem (PE) de um hospital universitário no sul do Brasil. Esta avaliação consiste em uma análise dos registros realizados pela equipe de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente, baseada nas recomendações da Joint Comission International (JCI) e na Resolução do COFEN 736/2024, com vistas a subsidiar a qualificação do PE e a segurança do paciente. **Objetivo:** Descrever a análise dos dados das avaliações qualitativas dos registros de enfermagem em prontuário eletrônico do paciente. **Metodologia:** Relato de experiência das avaliações qualitativas de prontuário eletrônico de paciente internado ou em atendimento em um serviço de emergência de um hospital universitário no sul do Sul do Brasil, no período de junho a dezembro de 2023. O serviço de enfermagem em emergência possui uma enfermeira que avalia os registros de enfermagem em cinco prontuários, mensalmente, por meio de uma busca aleatória no sistema informatizado. **Relato da experiência:** Os itens avaliados no prontuário eletrônico de pacientes no serviço de emergência foram: avaliação inicial do paciente (anamnese e exame físico), diagnósticos de enfermagem, prescrição de enfermagem, checagem de prescrição médica e de enfermagem, anotações dos técnicos de enfermagem e evolução de enfermagem. No período de seis meses, foram avaliados 40 prontuários. Destes, a realização da anamnese nas primeiras 24h foi contemplada em 100% dos casos. No que se refere à qualidade da evolução de enfermagem nas primeiras 24h, 30 (75%) prontuários estavam com registros em conformidade com o que é preconizado na instituição. Em relação ao registro da dor como 5º sinal vital, observou-se que 31 (77,5%) prontuários apresentaram conformidade, e, quanto à reavaliação da dor, a maioria (95%) dos prontuários estavam com o registro conforme o que é preconizado pela comissão do processo de enfermagem da instituição. **Conclusão:** A partir dos resultados obtidos nas avaliações de prontuário de pacientes na emergência se percebeu a importância que a avaliação dos dados referentes ao PE tem, sendo uma forma eficaz de educação continuada na instituição, proporcionando o comprometimento dos profissionais com os registros dos pacientes.

Descritores: Processo de Enfermagem; Auditoria de Enfermagem; Educação Continuada em Enfermagem.

IMPACTO DO ENSINO BASEADO NO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA QUALIDADE DO APRENDIZADO: REVISÃO SISTEMÁTICA

Camilli de Souza Santos

Introdução: o ensino do processo de enfermagem mostra-se essencial para desenvolver, de maneira crítica e prática, as habilidades dos estudantes, formando profissionais aptos a oferecer cuidados de alta qualidade; **Objetivo:** avaliar o impacto das metodologias de ensino fundamentadas no processo de enfermagem sobre a qualidade do aprendizado dos graduandos, buscando sempre aprimorar o preparo para os desafios reais da prática clínica; **Método:** realizar revisão sistemática da literatura, conforme as diretrizes do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), com busca efetuada nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDENF em janeiro de 2024, aplicando critérios de inclusão que restringiram os estudos a artigos em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra e publicados entre 2018 e 2023, com a seleção e triagem conduzidas por três revisores independentes para garantir imparcialidade e consistência; **Resultados:** identificou-se, a partir de três estudos, que metodologias inovadoras — especialmente aquelas que incorporam recursos tecnológicos — potencializam a competência dos alunos no planejamento do atendimento, fortalecem a confiança na comunicação e aprofundam a compreensão dos conceitos inerentes ao processo de enfermagem; **Conclusão:** oferecer aos estudantes ferramentas digitais e abordagens interativas não só eleva o engajamento, como também aprimora as habilidades práticas e teóricas, contribuindo para a construção de um currículo mais eficiente e alinhado com as demandas contemporâneas da enfermagem.

Descritores: Processo de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Estudantes de Enfermagem.

IMPLEMENTAÇÃO DE UMA FERRAMENTA DIGITAL E A CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Rayane Cristine Pereira dos Santos, Fernando Roberto Moraes, Patricia De Gasperi

Introdução: O avanço tecnológico impulsiona hospitais a utilizarem novos recursos tecnológicos. Dentre estes, há um aparelho similar a um celular, capaz de gerir ambientes hospitalares e prontuários eletrônicos nomeado de Palmweb. A unificação e padronização de registros e o acesso aos dados beira leito são recursos disponíveis que reduzem o tempo de enfermagem distante do paciente. Recursos tecnológicos têm sido utilizados como apoio ao desenvolvimento do Processo de Enfermagem (PE), oportunizando integrá-lo em uma estrutura lógica de dados, informação e conhecimento para a tomada de decisão do cuidado sistematizado do enfermeiro. **Objetivo:** Descrever a experiência, através da implementação de uma ferramenta e identificação das necessidades de operacionalização pelos técnicos de enfermagem (TE). **Método:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência realizado em um Hospital do Interior do Rio Grande do Sul, no período de julho a dezembro de 2024. A etapa inicial foi o treinamento dos TE para o uso do dispositivo, seguido da implementação da ferramenta e identificação, através de entrevista, das fragilidades e potencialidades do Palmweb. Pesquisa coordenada por uma enfermeira, envolvendo 24 TE que faziam uso diário do dispositivo. **Relato de experiência:** Como projeto piloto foram entregues quatro dispositivos para cada equipe do pronto socorro. Os TE receberam treinamento in loco pela equipe da tecnologia de informação, supervisionados pela enfermeira coordenadora. As dúvidas emergentes foram relacionadas ao login inicial, inserção de dados dos sinais vitais e checagem de medicamentos. Os TE com maior tempo de serviço na instituição apresentaram dificuldades em aderir e adaptar-se ao dispositivo. Como forma de feedback foi realizada uma entrevista por uma enfermeira que acompanhou todo processo. O resultado da análise sugeriu a criação de um procedimento operacional padrão. **Conclusão:** A problematização deste trabalho foi baseada em duas etapas do PE: avaliação e implementação das intervenções. A primeira discute a melhoria da assistência devido a agilidade e forma imediata de padronizar ações e registros, a segunda possibilita a implementação dos cuidados de enfermagem para que estes sejam realizados a beira leito, aproximando a relação entre o paciente e o profissional. Assim, salienta-se a necessidade de a instituição criar ferramentas que contribuam para a qualificação do processo assistencial, garantindo a implementação do PE.

Descritores: Tecnologia digital; Processo de enfermagem; Gestão da qualidade.

IMPLEMENTAÇÃO DE UMA FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO-HEMATOPOIÉTICAS

Natália Marmitt Harkovtzeff, Paula Buchs Zucatti, Jhonathas Oliveira Soares, Elisiane Goveia da Silva, Patricia Machado Gleit

O transplante de células-tronco-hematopoiéticas (TCTH) trata-se de um procedimento de alta complexidade que exige avaliação clínica rigorosa e medidas avançadas de segurança para garantir a qualidade do cuidado 1. A implementação da checagem beira-leito surge como uma inovação tecnológica a fim de otimizar a assistência de enfermagem e permitir o processo seguro 2. **Objetivo:** Descrever os principais benefícios,desafios e fragilidades da implementação da checagem beira-leito como instrumento para o Processo de Enfermagem para pacientes submetidos ao TCTH em um hospital universitário do sul do Brasil. **Método:** Relato de experiência da implementação da tecnologia móvel de checagem à beira-leito em uma unidade de TCTH de um hospital universitário do sul do Brasil, desenvolvido no período de fevereiro a novembro de 2024. O público alvo foram enfermeiros e técnicos de enfermagem que prestam assistência na unidade. **Relato:** A implementação do processo de checagem eletrônica à beira leito foi realizada em 3 etapas: sensibilização da equipe para nova rotina, treinamento teórico e treinamento prático. Foram elencados como facilitadores enfermeiros e técnicos em cada turno de trabalho que contribuíram de forma motivacional, educativa e centralizadora de dificuldades e sugestões de melhoria ao coordenador do processo. Os principais benefícios foram: integração da checagem beira-leito ao prontuário eletrônico do paciente, possibilitando o acesso e atualização de todas as informações em tempo real, profissionais mais próximos do paciente, otimização do tempo de trabalho, segurança na administração de medicamentos e redução da margem de erro na cadeia medicamentosa. Dentre as fragilidades encontradas destacam-se: resistência da equipe assistencial em adotar a tecnologia, falha na leitura do código unitarizado de soluções, especialmente em reposições frequentes de eletrólitos e falta de alguns elementos de alta complexidade como quimioterapias e hemocomponentes. **Considerações finais:** A incorporação da tecnologia móvel com a checagem à beira-leito representa um avanço significativo na segurança do paciente durante o Processo de Enfermagem, reforçando boas práticas da instituição. Apesar dos benefícios, a implementação completa da tecnologia ainda enfrenta desafios, os quais estão sendo ativamente discutidos e deverão ser superados nos próximos meses e anos, com a implementação de novas funcionalidades.

Descritores: Processo de Enfermagem; Transplante de Medula Óssea; Segurança do Paciente.

INDICADOR RISCO DE SANGRAMENTO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

João Augusto Duarte Moreira, Bianca Vitoria Medeiros Lima, Larissa Bayer, Thiane Mergen
Betina Franco, Ninon Girardon da Rosa

Introdução: pacientes suscetíveis a perda de sangue significativa devem ser considerados para a abertura do Diagnóstico de Enfermagem Risco de Sangramento 1. O uso de indicadores de qualidade assistencial permite que as atividades de um serviço sejam monitoradas, planejadas e avaliadas, contribuindo para a segurança dos pacientes hospitalizados 2. Na prática assistencial da instituição em estudo, o Diagnóstico de Enfermagem Risco de Sangramento deve ser registrado nas primeiras 48h, a fim de promover a prescrição dos cuidados adequados. **Objetivo:** apresentar os resultados do indicador Risco de Sangramento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 2024. **Método:** estudo quantitativo, descritivo. A amostra foi composta por pacientes com resultados críticos para risco de sangramento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, caracterizado por alteração laboratorial de plaquetas, tempo de protrombina ou tempo de tromboplastina parcialmente ativada, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2024. Critérios de inclusão: pacientes internados com risco de sangramento. Critérios de exclusão: pacientes do ambulatório. Os dados foram coletados da planilha de monitoramento do indicador armazenado em drive institucional. Estudo aprovado quanto aos aspectos éticos (81920624.0.0000.5347). **Resultados:** foram avaliados 430 pacientes incluídos na planilha, destes, 361 pacientes apresentavam risco de sangramento. Em 352 pacientes com risco de sangramento foi estabelecido o Diagnóstico de Enfermagem correspondente, sendo que em 137 o Diagnóstico de Enfermagem foi iniciado após orientação/telefonema realizado por um membro da Comissão do Processo de Enfermagem. Em 215 foram iniciados conforme preconizado pela instituição, a partir da avaliação do enfermeiro assistencial, não necessitando de orientação/telefonema. Dos 430 pacientes da amostra total, 9 não iniciaram o Diagnóstico de Enfermagem: em 7 casos o enfermeiro assistencial recebeu a orientação, mas não abriu o diagnóstico; em 1 caso o enfermeiro recebeu a orientação após 48h e não abriu e em 1 caso não há registro da informação. Dos 430 pacientes da amostra total, 48 pacientes saíram do risco de sangramento por melhora do resultado do exame em tempo inferior a 48 horas, 9 por óbito, 2 por alta e 10 não consta registro da informação. **Conclusões:** o raciocínio clínico do enfermeiro é essencial para identificar pacientes suscetíveis ao risco de sangramento e implementar atividades de planejamento, monitoramento e avaliação, promovendo a segurança e qualidade da assistência prestada.
Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Enfermagem.

INFORMATIZAÇÃO DA PASSAGEM DE PLANTÃO: ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Elisana Agatha Iakmiu Camargo Cabulon, Flavia Mendonça Oussaki, Fernanda Novaes Moreno Brancalion, Mariana Ângela Rossaneis Moreira, Magali Godoy Pereira Cardoso, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad

Introdução: A gestão do hospital público universitário em estudo possui a inovação em saúde como um dos pilares do seu planejamento estratégico. Com foco nos avanços assistenciais, esta instituição utiliza o prontuário eletrônico do paciente (PEP) para registrar a assistência prestada com a finalidade de reduzir os riscos de distorção e perdas de dados, otimizar o tempo gasto pelos profissionais e promover a comunicação efetiva entre as equipes. Nesse contexto, identificou-se a potencialidade de automatizar as informações registradas no PEP em um instrumento de passagem de plantão, a fim de padronizar a transição do cuidado de enfermagem. **Objetivo:** Descrever o desenvolvimento de um instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem com base nos registros armazenados no PEP. **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre o desenvolvimento de um instrumento de passagem de plantão informatizado em um hospital universitário público e terciário, situado no norte do Paraná, com 419 leitos de internação. Participaram do estudo dez enfermeiros integrantes da Comissão do Processo de Enfermagem e dois analistas de sistemas da instituição. As fases de desenvolvimento constituíram-se em: concepção, detalhamento, construção e prototipagem. **Relato da experiência:** Na fase da concepção identificou-se os itens básicos a serem contemplados no instrumento: nome do paciente, idade, leito, diagnóstico, clínica, precaução/bactéria multirresistente, cuidados especiais e resultado das escalas de Morse, Braden e Sistema de Classificação de Pacientes (SCP). Na sequência os enfermeiros se reuniram com os analistas de sistemas para avaliar os processos registrados no PEP que poderiam ser incorporados ao instrumento. A fase de detalhamento ocorreu em três encontros onde decidiu-se quanto a inclusão dos parâmetros: antibioticoterapia, ventilação mecânica, dieta, pulseira de identificação, vazão das drogas vasoativas e sedativas, variação dos sinais vitais e balanço hídrico. Nas etapas de construção e prototipagem as telas do sistema foram configuradas intencionalmente para facilitar a visualização dos parâmetros clínicos e demais informações. **Considerações finais:** A customização das informações contidas no PEP atendeu as diferentes necessidades dos profissionais. A elaboração deste instrumento de passagem de plantão, além de otimizar o tempo do enfermeiro, padronizou e qualificou a comunicação para a continuidade da assistência segura ao paciente.

Descritores: Registros de Enfermagem; Prontuário Eletrônico do Paciente; Comunicação em Saúde.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM UM PROGRAMA DE NAVEGAÇÃO ONCOLÓGICA: PERSPECTIVAS PARA A QUALIFICAÇÃO E INDIVIDUALIZAÇÃO DO CUIDADO

Marina Araujo da Cruz Moraes, Bárbara Zanelato Spessatto, Mariana de Oliveira Cardoso Ana Maria Vieira Lorenzzoni, Adelita Noro, Michelli Cristina Silva de Assis

Introdução: O Programa de Navegação de Pacientes (PNP) com câncer é um modelo de cuidado que visa melhorar o acesso aos serviços de saúde. O enfermeiro navegador atua guiando o paciente desde o diagnóstico até o término do tratamento. O processo de enfermagem é a ferramenta aplicada a pacientes oncológicos, uma vez que estes demandam intervenções específicas. **Objetivo:** descrever as intervenções de enfermagem elencadas a pacientes oncológicos. **Método:** estudo transversal, descritivo, realizado em um hospital público na região sul do Brasil no período de janeiro de 2025. Foram incluídos adultos em tratamento oncológico concomitante, acompanhados pelo enfermeiro navegador do PNP. A coleta dos dados foi realizada em um questionário a partir dos registros em prontuário eletrônico após cada atendimento híbrido. Na primeria etapa realizou-se análise descritiva das condutas registradas. Na segunda etapa elencou-se as intervenções segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) por meio de cruzamento dos dados, que consistiu em interligar cada conduta à intervenção específica, domínio e classe conforme a taxonomia da NIC. Paracer aprovação CAEE Nº: 3897224.0.0000.5327. **Resultados**: Foram realizados 49 atendimentos pelos enfermeiros do PNP. As principais condutas de enfermagem registradas durante as consultas foram: educação em saúde para pacientes e familiares/cuidadores (61%), orientações sobre gestão de sintomas relacionados ao tratamento (59%), reforço e organizações do tratamento [55%] e fornecer informações /explicações sobre serviços e recursos disponíveis [49%]. As intervenções de enfermagem elencadas foram: Apoio à família (7140) e Apoio ao cuidador (7040) pertencentes ao domínio Família, classe Cuidados ao longo da vida; Ensino: indivíduo (5606) do domínio Comportamental, classe Educação do paciente; Ensino: medicamentos prescritos (5616) pertencentes ao domínio Fisiológico: complexo, classe controle de medicamentos; Acompanhamento por telefone (8190), Consulta por telefone (8180), Encaminhamento (8100) referentes ao domínio Sistemas de saúde, classe Controle das informações. **Conclusões:** As intervenções elencadas relacionam-se com as condutas dos enfermeiros do PNP. As implicações desta pesquisa estão voltadas ao avanço do conhecimento na navegação oncológica no âmbito ambulatorial, pois pode impulsionar a implementação do processo de enfermagem.

Descritores: Processo de Enfermagem; Navegação de Pacientes; Oncologia.

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS SOBRE PROCESSO DE ENFERMAGEM COM PROFISSIONAIS DO ÂMBITO HOSPITALAR: RESULTADOS PRÉVIOS

Eliane Raquel Rieth Benetti, Natalia Montiel Sponchiado, Eduarda de Oliveira Sela, Roberto Cigainski Lisbinski

Introdução: competências e conhecimentos são fundamentais na organização e utilização do Processo de Enfermagem (PE). Assim, é importante que sejam priorizados programas que potencializem o conhecimento dos profissionais de enfermagem, e como forma de promover padrões de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem e nos registros (Gichobi; Gitonga; Marwa, 2023). **Objetivo:** analisar a efetividade de uma intervenção educativa para o conhecimento de profissionais de enfermagem hospitalares acerca do PE. **Método:** pesquisa quantitativa com delineamento quase-experimental, do tipo antes e depois, com grupo único, realizada em um hospital filantrópico de médio porte, localizado no noroeste do Rio Grande do Sul. Foram incluídos profissionais de enfermagem que atuavam na instituição há mais de três meses e excluídos aqueles em afastamento por férias ou de qualquer outra natureza. A coleta de dados ocorreu de setembro a dezembro de 2024, em três momentos distintos: aplicação do questionário pré-intervenção, intervenção educativa e pós-intervenção. A intervenção educativa foi pautada na metodologia expositiva e participativa fundamentada na Resolução nº 736/2024. Após a coleta os dados foram digitados em planilha eletrônica do excel e analisados de forma descritiva e inferencial. Estudo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 6.753.817. **Resultados:** Participaram do estudo 83 profissionais de enfermagem, 65,87% dos elegíveis. Destes, 85,54% era do sexo feminino, 68,67% tinham formação de nível técnico e 13,25% nível superior. Os resultados do pré-teste evidenciaram que as questões com maior número de acertos foram sobre importância do PE 98,80%, o conceito de PE 97,59%, atribuições do técnico e do auxiliar em enfermagem 95,18% e documentação do PE 95,18%. Nota-se que 12,05% dos participantes alcançaram conceito excelente pré-intervenção educativa e 42,17% conceito bom. Já no pós-intervenção 42,17% atingiram o conceito excelente e 33,73% conceito bom. **Conclusões:** Evidenciou-se que a intervenção educativa alterou o conhecimento dos profissionais acerca do PE. Estes resultados reforçam a importância de intervenções educativas para atualização e aprimoramento profissional e, consequentemente, para a melhoria do cuidado de enfermagem. Nesta perspectiva, estes achados contribuem para o aprimoramento de programas de educação permanente em enfermagem, direcionando as ações para as áreas de conhecimento que apresentaram maiores lacunas.

Descritores: Conhecimento; Processo de Enfermagem; Hospitais.

MAPEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA A PACIENTES QUEIMADOS

Vítor Monteiro Moraes, Maria Clara Alves Lopes, Alex Becker, Maria Elena Echevarría Guanilo, Daniele Delacanal Lazzari

Introdução: O atendimento de emergência prestado a pacientes queimados impacta diretamente o prognóstico, exigindo cuidados precisos e embasados cientificamente. A última edição da Nursing Interventions Classification (NIC) incluiu a seção “Enfermagem no cuidado de queimados”, com 30 intervenções, mas alguns cuidados essenciais ao atendimento emergencial parecem ausentes. Uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) permite sintetizar informações e identificar lacunas no conhecimento. Mapear os cuidados de enfermagem identificados na literatura com aqueles descritos na nova seção da NIC pode possibilitar aprimoramentos à classificação. **Objetivo:** Identificar na literatura as intervenções de enfermagem no atendimento emergencial a queimados, mapeando-as com a seção “Enfermagem no cuidado de queimados” da NIC. **Método:** Estudo metodológico realizado em duas etapas: RIL e Mapeamento Cruzado. A RIL buscou nas bases CINAHL, PubMed e SciELO (2013-2023), estudos completos e gratuitos que respondessem à questão: “Quais as intervenções de enfermagem no atendimento emergencial a queimados? ”. A extração de dados identificou os cuidados relatados nos estudos. O Mapeamento Cruzado comparou esses cuidados com as intervenções da seção “Enfermagem no cuidado de queimados” da NIC, seguindo regras pré-definidas para estabelecer equivalência conceitual e quantitativa. Resultados: Foram incluídos oito estudos, identificando 52 cuidados de enfermagem. Os mais associados às intervenções NIC foram: suporte psicossocial imediato (5 associações), analgesia, monitorização de sinais vitais, estímulo à hidratação e terapia nutricional precoce (4 cada). Os menos correlacionados incluíram contato com centro de referência, administração de hemocomponentes e retirada de roupas (1 associação cada). A intervenção NIC com mais associações foi "Administração de medicamentos". Três intervenções da NIC não tiveram associação com nenhum cuidado identificado. Além disso, 19 cuidados não encontraram correspondência na seção de especialidade da NIC. **Conclusão:** O estudo revelou lacunas na NIC, suscitando a necessidade de refinamento na classificação para contemplar um escopo maior de intervenções, incluindo cuidados importantes ao atendimento emergencial de queimados na seção de especialidades “Enfermagem no cuidado de queimados”.

Descritores: Queimaduras; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Emergências.

MAPEAMENTO DE LIGAS ACADÊMICAS SOBRE PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BRASIL

Rosane Barreto Cardoso, Marcos Antonio Gomes Brandão, Beatriz Barboza Fernandes, Ana Carolina Cardinot Damasceno, Rafaella de Jesus Santos, Thaíssa Felix Affonso

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) representa um método crucial para a organização e sistematização dos cuidados de enfermagem. É o fundamento para o raciocínio clínico do enfermeiro, sendo essencial o aprimoramento na formação desse profissional. As Ligas Acadêmicas surgem como poderosas ferramentas desencadeadoras nessa formação. Com a participação ativa de estudantes e a orientação de professores, elas abrangem atividades de ensino, pesquisa e extensão. Diante desse cenário, o mapeamento das Ligas no contexto do PE se mostra crucial para a compreensão das características, tendências e estratégias empregadas no ensino do PE. **Objetivo:** Mapear as Ligas Acadêmicas de Enfermagem sobre Processo de Enfermagem no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo documental, na qual a coleta de dados foi conduzida durante o mês de agosto de 2023. Para isso, foi empregada a ferramenta de busca em plataformas de redes sociais (Instagram e Facebook) e no Google. O descritor de saúde utilizado foi "Processo de Enfermagem", sendo combinado com os termos não controlados "Sistematização da Assistência de Enfermagem" e "Liga Acadêmica". **Resultado:** Foram mapeadas 29 Ligas Acadêmicas dedicadas ao PE. Dessas 29 Ligas, 15 estão localizadas na região Sudeste do Brasil, 06 pertencem à região Nordeste, 04 à região Norte, 03 à região Centro-Oeste e 01 à região Sul. Quanto à afiliação institucional, 17 representavam instituições de ensino públicas, 12 estão vinculadas a instituições de ensino privadas. Em relação à presença nas redes sociais, todas possuem conta no Instagram e/ou Facebook (@lasaeufv, @lasaeupe, @lisae.asces, @lasaepeudesc, @lasaepucgoias, @lasce2023, @lasae_anhangru, @lasaeunit, @la_sae1, @lamsae_, @ligalasae, @_lasaepe_, @lasae.ufrj. @lipepaeuff, @liaspe.una, @lisaeufmg, @lamsaepitagoras, @lapebepucminas, @lapeligaacademica, @laeunileste, @ligsae, @liga_proenfu, @ligape.unifal, @lisae.ufma, @lasaeufjf, @lisae.urca, @lipenfes, @lasae_escs, @lasae_enf). **Conclusão:** As Ligas Acadêmicas sobre PE vem crescendo em todo o território nacional, com especial ênfase na região sudeste do Brasil. A integração dessas Ligas desempenha um papel fundamental no fortalecimento do ensino relacionado ao PE.

Descritores: Processo de Enfermagem; Enfermagem; Ensino

MODELO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DA DIMENSÃO EXISTENCIAL DO SER-NO-MUNDO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Carolina Giordani da Silva, Maria da Graça Oliveira Crossetti, Maravilla Giménez Fernández, Janaína dos Santos Prates

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada pela perda irreversível da função renal, acometendo milhões de pessoas no mundo, que necessitam realizar uma terapia renal substitutiva (TRS). Embora o avanço tecnológico venha aperfeiçoando métodos terapêuticos pautados nas melhores evidências, muitas vezes negligencia as complexidades presentes no ambiente de cuidado, como sentimentos, considerados evidências qualitativas, inerentes à dimensão existencial do ser. Assim, se faz necessário um modelo de cuidado que resgate a singularidade do ser humano, foco do cuidado, orientando os enfermeiros a identificar esses sentimentos na prática clínica, contemplando-os no planejamento do processo de enfermagem, tornando o cuidado singular e completo. **Objetivo:** Descrever o modelo da teoria de médio Alcance da dimensão existencial do ser-no-mundo da DRC. **Metodologia:** Estudo do tipo Teoria Fundamentada em Dados, realizado na unidade de Nefrologia do hospital de clínica de Porto Alegre, realizado entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021. A amostra contemplou 7 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem e 10 pacientes em TRS. Os critérios de inclusão foram: profissionais de enfermagem com mais de um ano de atuação na unidade campo de estudo, disponíveis no período de coleta, e pacientes que realizavam alguma TRS em condições de responder a entrevista. Foram excluídos profissionais que não estavam na assistência direta ao paciente no período da coleta, e pacientes que tivessem algum déficit cognitivo ou neurológico que os impedisse de responder à pesquisa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, realizada de forma virtual. Também foram criados memorandos. A análise dos dados ocorreu por meio das codificações inicial, focalizada, axial e teórica, com suporte do software NVivo 12. Certificado do Comitê de Ética do hospital, sob o CAAE 23534719.7.3001.5327, parecer 4.418.222. **Resultados:** elaborou-se um modelo que descreve e explica a dimensão existencial do ser-no-mundo da DRC, identificando as evidências qualitativas presentes na prática clínica. **Considerações finais:** o modelo contribui para qualificação da prática clínica no contexto da nefrologia, consolidando a enfermagem enquanto arte e ciência, porque nasce da prática assistencial e da pesquisa, além de resgatar o que lhe diferencia dentro das disciplinas da saúde, que é o cuidado por excelência.

Descritores: Modelos de Cuidado; Processo de Enfermagem; Doença Renal Crônica.

MÓDULO EDUCACIONAL PARA ENFERMEIROS NA FORMAÇÃO DE PACIENTE EXPERTO COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

Bárbara Ebilizarda Coutinho Borges, Dase Luyza Barbosa de Sousa, Ana Clara Dantas, Cyntia Leenara Bezerra da Silva, Leandro Melo de Carvalho, Allyne Fortes Vitor

Introdução: Definem-se as Tecnologias da Informação e Comunicação como os recursos tecnológicos que, ao serem integralizados, viabilizam a comunicação em variados cenários, capaz de abranger o ensino-aprendizagem. Com o desenvolvimento dos Ambientes Virtuais de Aprendizagem, no Brasil se instituiu o Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde, no intuito de subsidiar um espaço digital aos indivíduos, podendo habilitar-se e qualificar-se gratuitamente por meio de módulos educativos online. **Objetivo:** desenvolver um módulo educacional para capacitar enfermeiros na formação de Paciente Experto com Esclerose Lateral Amiotrófica. **Método:** Estudo do tipo metodológico, realizado no ano de 2022. A construção do módulo educacional foi operacionalizada conforme o referencial da Psicometria de Pasquali, particularmente as etapas dos (1) procedimentos teóricos mediante diretrizes internacionais e execução da Scoping Review e (2) procedimentos empíricos conforme a construção do roteiro, o qual centrou-se no que está preconizado nas recomendações da Amyotrophic Lateral Sclerosis Association, especialmente, ações de apoio-educação relacionadas à avaliação de enfermagem, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem, associado aos achados na literatura. **Resultados:** Conforme os achados da literatura as ações de autocuidado identificadas têm relação com os aspectos físicos, psicológicos e respiratórios. Atrelado as Diretrizes internacionais foi possível observar a necessidade em avançar nos aspectos relacionado a disfagia, dificuldades na comunicação, alterações na função urinária e intestinal, bem como identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionadas a estes aspectos. O módulo apresenta carga horária de 10 horas e é composto por duas unidades voltados aos conceitos da doença, formação do paciente experto e ações de apoio-educação nas diversas complicações evidenciadas pelo adoecimento. **Conclusão:** capacitar os enfermeiros na perspectiva de que se tornem educadores com habilidades e conhecimentos necessários para assistir o paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica é um dos pilares para desenvolver um Paciente Experto. Além disso, os achados fundamentaram a implementação de ações de apoio-educação que assegura a participação ativa do paciente mediante educação em saúde, favorecendo o fortalecimento da prática do autocuidado pelo paciente e o desenvolvimento de um relacionamento horizontalizado com profissionais.

Descritores: Esclerose Amiotrófica Lateral; Cuidados de Enfermagem; Tecnologia Educacional.

O LÚDICO NO PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE) DURANTE A INFUSÃO AMBULATORIAL DE MEDICAMENTOS EM CRIANÇAS

Andreia Engel Bom, Andreia dos Santos Lemes, Anna Pires Terra, Beatriz de Azevedo Weigert, Luana Oliveira Muraro, Ludmila da Rocha Vicente

Introdução: O PE é uma ferramenta de trabalho importante que orienta a equipe em relação à prática de cuidados ao paciente, organizando e sistematizando o cuidado a partir de cinco etapas interdependentes e interrelacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, interpretação e avaliação. No PE, o uso de estratégias lúdicas atua como um importante meio de comunicação entre profissionais, pacientes e familiares, facilitando a identificação das particularidades da criança. Esse recurso contribui para a expressão de pensamentos e sentimentos, promovendo, não apenas a diversão, mas também estimulando a espontaneidade e o desenvolvimento das potencialidades do paciente. **Objetivo:** Descrever a utilização do lúdico durante o PE no atendimento a crianças com doenças genéticas. **Método:** Trata-se de relato de experiência da utilização de estratégias lúdicas no PE durante a infusão ambulatorial de medicamentos em crianças com doenças genéticas em um hospital geral do sul do Brasil. **Relato da experiência:** A incorporação de estratégias lúdicas no PE com pacientes pediátricos envolve o uso de recursos terapêuticos, como a utilização de materiais visuais, como filmes, animações, pintura com lápis de cor e o brincar terapêutico. A integração desses recursos no contexto da assistência permite a realização de procedimentos, muitas vezes invasivos, de forma menos traumática, reduzindo o sofrimento do paciente. A simulação de punção venosa, realizada em familiares ou em bonecos é um exemplo de atividade simples que diminui a ansiedade em relação ao procedimento e reduz a necessidade de contenção física, prevenindo possíveis traumas. A utilização de caixa de histórias interativas, composta por objetos e figurinos que permitem à criança criar e contar suas próprias narrativas, falando um pouco de sua própria doença e situação de doença atual, promovendo a expressão emocional e reduzindo a ansiedade em relação ao ambiente hospitalar. O uso do brincar durante a infusão, aliado às preferências pessoais da criança, fortalece o vínculo com o paciente e sua família, facilitando a execução dos procedimentos de enfermagem. **Considerações finais:** As atividades lúdicas são recursos terapêuticos que enriquecem o ambiente hospitalar e qualificam o PE, favorecendo a sociabilidade, a autoestima e o desenvolvimento de crianças com doenças genéticas.

Descritores: Enfermagem pediátrica; Humanização da assistência; Processo de Enfermagem.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM PRÉ TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS ATRAVÉS DO TELEATENDIMENTO

Bárbara Zanelato Spessatto, Diogo Ferreira Ducatti, Patricia Garcia Guilardi, Letícia Silva Ribeiro, Manoela Rodrigues

Introdução: O transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) é um procedimento complexo com alto índice de mortalidade, sendo que as ações educativas aos pacientes e cuidadores são determinantes no desfecho do tratamento. O enfermeiro é essencial em todos os estágios do TCTH, através do do Processo de Enfermagem (PE) antes da internação (consulta pré-TCTH), e o retorno a residência após a alta hospitalar visando o paciente e sua integralidade. **Objetivo:** Descrever o PE na consulta pré-TCTH realizada através do teleatendimento em um hospital de referência no sul do país. **Método:** Relato de experiência de enfermeiros do Programa de Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (PATCH) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na consulta de enfermagem realizada por telefone antes da internação. **Relato de experiência:** Na consulta de enfermagem pré TCTH ocorre o PE, trazendo a organização da assistência, apresentando as rotinas da unidade e a linha do tempo do transplante. É realizado uma ligação de áudio, identificando o paciente através do nome e data de nascimento. O PE é sistematizado no computador, iniciando-se com a consulta, e através de um diálogo onde realizado o histórico do paciente. Após, é solicitado a ligação no viva-voz do celular para o paciente iniciar seu exame físico através de perguntas, tendo como desvantagem não poder realizar a verificação de sinais vitais. No momento das perguntas do exame físico já são feitas orientações sobre o autocuidado. São elencados os Diagnósticos de Enfermagem (DE), e plano de cuidados psicossociais, e de logística para comparecer nas consultas após alta, cuidados com o ambiente físico, e destino de animais de estimação e plantas, pois não poderão estar no convívio do paciente após a alta. As condutas de educação são enviadas por e-mail com a apresentação que foi realizada verbalmente com as orientações, e um contato de referência em caso de dúvidas. **Conclusão:** A consulta de enfermagem via teleatendimento é fundamental, contribui na identificação de vulnerabilidades que podem interferir no sucesso do transplante, auxilia o paciente a organizar sua rede de apoio e as necessidades do local onde residirá após a alta. O método em que o próprio paciente realiza o exame físico, onde as perguntas são direcionadas, serve como uma forma educativa sobre o autocuidado. Sendo assim, aplicação do PE através de teleatendimentos mostrou-se eficaz, trazendo qualidade em saúde ao paciente em toda sua trajetória do TCTH.

Descritores: Processo de Enfermagem; Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas; Enfermagem.

PERCEPÇÕES DA ENFERMEIRA REFERENTE A POSSÍVEIS VANTAGENS E DESVANTAGENS QUANTO AO USO DO PALMWEB NO COTIDIANO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Rayane Cristine Pereira dos Santos, Fernando Roberto Moraes, Patrícia De Gasperi

Introdução: Atualmente o desafio das instituições de saúde está relacionado a integrar e explorar as tecnologias digitais. O uso do Palmweb no cotidiano da assistência de enfermagem reforça a preocupação da instituição em relação a melhoria da experiência como cliente, auxilia no desenvolvimento de competências e capacidade adaptativa do funcionário perante as tecnologias atuais, fornece agilidade no atendimento, facilita o controle do acesso aos dados do paciente e maior rastreabilidade e segurança das informações. **Objetivo:** Descrever as vantagens e desvantagens provenientes do uso diário do dispositivo Palmweb na assistência de enfermagem. **Método:** Estudo realizado em um Hospital do Interior do Rio Grande do Sul no período que corresponde de julho a dezembro de 2024. A instituição disponibilizou um dispositivo hospitalar eletrônico utilizado para auxiliar na assistência de enfermagem à beira leito, com o intuito de eliminar processos manuais e diminuir a falta de informações. Os dados foram coletados através de um questionário entregue a 24 técnicos em enfermagem que fazem uso diário do equipamento. **Relato de experiência:** Observou-se o desenvolvimento de novas capacidades tecnológicas dos usuários, estes caracterizam o aparelho como ágil e eficiente, trouxe melhoria na qualidade do serviço, houve maior satisfação dos pacientes atendidos, tomadas de decisões foram mais rápidas e melhor interação entre cliente, médico e o provedor de serviço. Aqueles que obtiveram maior dificuldade em aderência e adaptação do uso diário do dispositivo, foram os funcionários com idade mais avançada e maior tempo de serviço. Quanto às desvantagens podemos citar a responsabilidade em relação a perda e queda do equipamento, alto custo de investimento, necessidade de acesso à internet e manter o aparelho carregado, risco de contaminação biológica quando usado em leito isolamento, resistência dos funcionários na aderência e semelhança com uso de celular (percepção dos pacientes). **Conclusão:** O uso do dispositivo Palweb pondera a individualidade e a necessidade de cada paciente, permite que os serviços de enfermagem agreguem qualidade e segurança na prestação do cuidado, reforça a importância da checagem de prescrição e anotações de enfermagem, ameniza a pressão constante em aprimorar e padronizar informações dos pacientes e até mesmo a eliminar os processos manuais.

Descritores: Segurança do paciente; Cuidados de enfermagem; Saúde digital.

PERFIL EM REDE SOCIAL PARA DIVULGAÇÃO DO PROJETO DE EXTENSÃO "RACIOCÍNIO CLÍNICO DE ENFERMAGEM": RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rosane Barreto Cardoso, Camila Pureza Guimarães da Silva, Beatriz Brandão dos Santos, Giovanna Alves Bottino, Maria Eduarda Azevedo da Silva, Juliana Falcão Baptista

Introdução: O processo de enfermagem (PE) é o fundamento para o raciocínio clínico do enfermeiro, pois proporciona uma forma organizada e sistemática de pensar na assistência. O uso pedagógico das redes sociais é uma ferramenta de ensino tecnológico em potencial, por favorecer a construção do conhecimento e propicia a criação de redes de aprendizagem colaborativa, onde os estudantes e os profissionais enfermeiros podem trocar experiências, dúvidas e opiniões. **Objetivo:** Relatar a experiência de utilização de um perfil em rede social para divulgação do projeto de extensão "Raciocínio clínico de enfermagem". **Método:** Trata-se de um relato de experiência de extensionistas do projeto de extensão " Raciocínio clínico de enfermagem" ligado a uma liga acadêmica de enfermagem a LASAE/UFRJ. O projeto visa o aprimoramento do raciocínio clínico de enfermagem de estudantes e profissionais enfermeiros, por meio do desenvolvimento de tecnologias educacionais, promoção de cursos e eventos, e a popularização do conhecimento sobre PE, teorias e terminologias padronizadas de enfermagem nas redes sociais (https://www.instagram.com/processodeenfermagem.pe/). O projeto foi iniciado em março de 2024, quando foi criado um perfil no instagram para divulgação das atividades do projeto. Atualmente, o projeto conta com 14 participantes, sendo 3 docentes e 11 estudantes de graduação de enfermagem. **Relato de experiência:** Desde março de 2024, o projeto vem organizando e desenvolvendo atividades como: produção de post, tecnologias e promoção de eventos. Foi ministrado um minicurso presencial sobre as atualizações do PE (Resolução COFEN 736/2024), no qual tivemos a participação de 37 participantes (estudantes e enfermeiros da região do estado do Rio de Janeiro). Foram produzidos 7 posts (curtidos por mais de 90 pessoas e mais de 10 comentários por post) publicados no instagram. O instagram possui cerca de 260 seguidores. Está em andamento a elaboração de um chatbot de um caso clínico estruturado, por meio do PE, que será divulgado em breve. **Considerações finais:** O projeto está na fase inicial de estruturação, mas já vem construindo bases para popularizar o conhecimento sobre o PE, teorias e terminologias padronizadas de enfermagem para o aprimoramento do raciocínio clínico de estudantes e profissionais enfermeiros, além de. Oferecer uma importante contribuição social à categoria de enfermagem.

Descritores: Raciocínio Clínico; Processo de Enfermagem; Redes Sociais Online

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E BUNDLE DE PREVENÇÃO: PROCESSOS COLABORATIVOS NO COMBATE À PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Eluiza Macedo, Roberta Backes Soares Koche, Ruy de Almeida Barcellos

Introdução: A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é a infecção relacionada à assistência mais comum em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e se destaca pela alta morbimortalidade. A implementação de bundles é uma das estratégias mais eficazes para reduzir sua incidência. No entanto, a adesão às boas práticas ainda representa um desafio. Uma solução possível para essa lacuna na aplicação das técnicas é a prescrição de cuidados, que pode fortalecer a adesão e a padronização das medidas preventivas. **Objetivo:** Apresentar o processo de prescrição de enfermagem de um hospital de grande porte de Porto Alegre. **Método:** Descrever o processo de enfermagem realizado por enfermeiros do centro de terapia intensiva, associando diagnósticos e cuidados de enfermagem às boas práticas do bundle de prevenção da PAV. **Relato de experiência:** A maior incidência de PAV pode estar associada à qualidade na execução dos cuidados diretos e das técnicas empregadas. Ao analisar os casos, o serviço de enfermagem identifica os cuidados que precisam ser aprimorados, e, nesse contexto, o processo de enfermagem atua de forma colaborativa com o pacote de prevenção, fortalecendo a adesão às melhores práticas. A prescrição e implementação de cuidados direcionados possibilitam intervenções precoces e contínuas, favorecendo a melhoria das ações de prevenção. Desde a intubação, o paciente já recebe um conjunto de cuidados previamente previstos, garantindo a aplicação sistemática das boas práticas. **Considerações finais:** O processo de enfermagem se apresenta como uma ferramenta fundamental tanto para técnicos de enfermagem quanto para enfermeiros à beira-leito. A adesão às boas práticas direcionadas pela prescrição pode reduzir significativamente a mortalidade por PAV, a qual é um indicador sensível ao cuidado de enfermagem, promovendo melhores resultados assistenciais.

Descritores: Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica; Processo de Enfermagem; Cuidados Críticos.

PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA NA ADMISSÃO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS NA UTI NEONATAL

Elenice Lorenzi Carniel, Priscila Guterres de Oliveira

Introdução: bebês prematuros fazem parte de um grupo suscetível à hipotermia logo após o nascimento. Cada 1°C de queda da temperatura corporal no recém-nascido (RN), corresponde a um aumento de 28% na mortalidade neonatal. Estratégias que previnam a perda de calor são necessárias, pois têm impacto na morbimortalidade e melhoram o prognóstico neste grupo de bebês. **Objetivo:** descrever ações realizadas na UTI Neonatal (UTIN) para prevenir a hipotermia de recém-nascidos prematuros (RNPT) ≤ 32 semanas de IG e/ou ≤ 1500g, nas primeiras horas de vida. **Método:** trata-se de um relato de experiência de ações realizadas na UTIN de um hospital universitário do sul do Brasil. **Relato de experiência:** no final de 2021, um novo protocolo de atendimento de prematuros ≤ 32 semanas de IG e/ou ≤ 1500g foi construído por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros e médicos do centro obstétrico e da UTIN do referido hospital. Foram propostas as seguintes ações: manutenção da temperatura materna > 36,2°C antes do encaminhamento ao CO; pré-aquecimento da sala de parto e sala de reanimação do RN com temperatura ambiente entre 24ºC e 26ºC; atendimento em berço de reanimação aquecido ligado com fonte de calor radiante com temperatura ajustada entre 70 e 90%; recebimento do RNPT com campos estéreis aquecidos; uso de manta térmica (setada na temperatura de 38ºC) no berço de reanimação, abaixo do lençol, para o atendimento de RNPT abaixo de 1000g; colocação do RNPT dentro do saco plástico, mantendo até o mesmo atingir temperatura corporal de 36,8ºC; utilizando orifícios para acessar o RNPT (ex: para colocação de saturômetro, punção venosa); transporte do RNPT em incubadora de parede dupla, pré-aquecida entre 35 e 37ºC, com saco plástico envolvendo o corpo e touca dupla na cabeça; sala da neonatologia com temperatura entre 24ºC e 26ºC; incubadora de parede dupla previamente aquecida, ajustada para a zona de conforto conforme a idade gestacional estimada e umidificada a 90% nas primeiras 24 horas de vida; manutenção da incubadora com a cúpula fechada durante todo atendimento do RNPT. **Considerações finais:** a partir da implementação do novo protocolo, observou-se uma melhora importante nas taxas de hipotermia do RNPT; porém em 2023, essas taxas apresentaram uma piora onde verificou-se a necessidade de melhorias e treinamentos contínuos sobre esta temática. Manter a normotermia do RNPT é um indicador de qualidade da assistência prestada, devendo ser uma prioridade no atendimento.

Descritores: hipotermia; recém-nascido; segurança do paciente.

PRINCIPAIS DIFICULDADES NA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM POR ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM UNIDADE CIRÚRGICA

Jaqueline Almeida Guimarães Barbosa

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) orienta o pensamento crítico e o julgamento clínico e direcionando o cuidado, sendo uma obrigação legal, devendo os graduandos serem capacitados para realizá-lo no dia a dia (COFEN, 2024). **Objetivo:** Relatar as principais dificuldades apresentadas por graduandos de Enfermagem para a aplicação do Processo de Enfermagem em unidade cirúrgica. **Método:** Trata-se de relato de experiência vivenciada enquanto docente de ensino clínico desenvolvido em Hospital Universitário, com discentes do 6° período, de janeiro de 2024 a dezembro de 2025. Cada grupo de 6 alunos permanece na unidade ao longo de uma semana, sendo este momento a primeira oportunidade de aplicação prática do PE. A instituição adota a taxonomia NANDA, NOC e NIC, disponibilizados no aplicativo AGHU. Inicialmente os alunos são apresentados à unidade, e juntamente com o professor escolhem o paciente a ser cuidado ao longo da semana, preferencialmente aqueles em pré-operatório. Na fase da avaliação do paciente, os discentes apresentam dificuldade em direcionar a coleta de dados para as informações mais relevantes relacionadas ao contexto cirúrgico, tanto no pré, quanto no pós-operatório. Para a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem, as dificuldades começam na identificação do que é problema de Enfermagem, e na priorização dos principais diagnósticos a serem trabalhados. Na realização do planejamento assistencial, os principais desafios estão em identificar resultados exequíveis, e em propor intervenções considerando as limitações da instituição. Além disso, tendem a prescrever essencialmente cuidados de rotina, apresentando dificuldades para a identificação de diagnósticos mais específicos. Na implementação da assistência, a interação com o paciente e com a equipe multiprofissional mostram-se desafiadoras para os estudantes, além da prestação da assistência integral. E na fase da evolução, os graduandos encontram como principais dificuldades avaliar a evolução que o paciente vai apresentando em seu estado geral um dia após o outro, bem como em fazer o registro dessa avaliação. Além disso, precisam ser alertados para o preparo precoce do paciente para a alta. **Considerações Finais:** O compartilhamento dessa experiência visa contribuir com docentes e preceptores de outras instituições para fragilidades que se acredita serem comuns a outros estudantes neste cenário de prática.

Descritores: Processo de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Planejamento de assistência ao paciente.

PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO DURANTE CONSULTAS DE ENFERMAGEM: RELATO DE CASO

Taline Bavaresco, Bruna da Rosa Mattos, Lindsay Gabrielly Viatroscki Cidade

Introdução: A paralisia cerebral (PC) relaciona-se a várias comorbidades, como comprometimento na sucção e deglutição, que somadas ao mau posicionamento do pescoço, podem gerar infecções respiratórias e desnutrição. O conjunto de deformidades ósseas e musculares podem gerar lesão por pressão (LP) devido à espasticidade. **Objetivo:** Descrever a evolução do processo de cicatrização de LP durante consultas de enfermagem. **Método:** Relato de caso realizado em prática disciplinar de Enfermagem entre agosto e novembro de 2023 em um ambulatório de feridas de um hospital universitário no Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu nas cinco etapas da consulta de enfermagem e no prontuário eletrônico. A cicatrização foi analisada pelos indicadores Tamanho reduzido da ferida, Tunelização, Granulação, Drenagem e Pele macerada, conforme o resultado de enfermagem Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção, mensurados por escala Likert (1 = pior, 5 = melhor). **Relato de caso:** Paciente masculino, 25 anos, com PC espástica e rígida, braços e pernas flexionados, em cadeira de rodas, acompanhado pela mãe. Realizaram-se consultas de enfermagem a cada 15 dias. Paciente com duas LPs: a primeira, em região sacral, com área cicatricial e ilhas de escoriação, sem estágio definido; a segunda, no trocânter esquerdo, crônica, estágio III, medindo 3,5×2,7 cm e tunelizada (3,5 cm), com tecido de granulação restrito, exsudato seroso e bordas maceradas. Na primeira consulta, definiu-se o Diagnóstico de Enfermagem Lesão por Pressão da NANDA-I, com escore total de 10. Implementou-se tratamento tópico variável conforme a classificação do tecido (desbridante, tela impregnada e protetor cutâneo) e laser de baixa potência (660 nm e 880 nm, 1J/cm²), além da orientação à mãe para alívio da pressão. Na última consulta, a LP apresentou redução no tamanho (2,7×1,8 cm) e profundidade (2,5 cm), totalizando escore 18, com melhora das características da lesão quanto ao tecido e perilesão. **Considerações finais:** A cicatrização da LP trocantérica evoluiu com a redução do tamanho e melhora das características da lesão, com participação ativa da mãe nos cuidados domiciliares. O tratamento ambulatorial e as melhores práticas na consulta de enfermagem favoreceram a recuperação. Além disso, a linguagem padronizada qualificou a assistência, permitindo uma avaliação objetiva e um tratamento baseado em evidências e raciocínio clínico.

Descritores: Lesão por pressão; Enfermagem Ambulatorial; Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde.

PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE UM PACIENTE COM LESÃO POR PRESSÃO DURANTE AS CONSULTAS DE ENFERMAGEM: RELATO DE CASO

Stéfani Morales Natalino, Sofia Lindemann Kunzler, Taline Bavaresco

Introdução: A Lesão por Pressão (LP), segundo a American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPIAP), ocorre devido a pressão intensa e/ou prolongada juntamente com a força de cisalhamento, podendo se apresentar em pele íntegra ou úlcera aberta. Nesse cenário, destaca-se a importância da consulta de enfermagem com paciente em tratamento de LP, conferindo um prognóstico melhor, sustentado por sistemas de linguagens padronizadas de diagnóstico, intervenções e resultados, a partir do raciocínio crítico do enfermeiro. Por fim, o uso de tecnologias e fisioterapia evidenciam benefícios. **Objetivo:** Descrever o processo de cicatrização de um paciente com Lesão por Pressão durante consultas de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de caso, realizado no Ambulatório de Fisiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de março a agosto de 2024. A coleta de dados ocorreu por meio das consultas quinzenais de enfermagem e do prontuário eletrônico. A análise do processo de cicatrização foi feita pelo resultado Nursing Outcomes Classification (NOC) Cicatrização de feridas: segunda intenção, considerando os indicadores Tamanho da ferida diminuído e Pele macerada, pontuados na escala Likert de cinco pontos. **Relato de Caso:** Paciente hipertensa e diabética desenvolveu LP na região sacral estágio 4 durante internação por COVID-19 em 2022. Atualmente LP estágio 2, com diagnóstico de enfermagem Lesão por Pressão de acordo com a NANDA-I e a intervenção implementada nas 3 consultas foi: Cuidado com lesões, que envolve a limpeza e desbridamento, uso de coberturas adequadas e fotobiomodulação. Na primeira consulta, mensurou-se o indicador Tamanho da ferida diminuído, com escore Likert de 3 (moderado) evoluindo para 4 (substancial). Da mesma forma, Pele macerada passou de 3 (moderado) para 4 (substancial), tornando-se limitada. Durante o processo, a paciente realizava também reabilitação motora na fisioterapia, demonstrando melhora na marcha. **Considerações Finais:** O cuidado realizado nas consultas de enfermagem resultou em evolução nas características da LP por meio de instrumento validado, contribuindo para uma prática de enfermagem eficaz no tratamento de LPs decorrentes da COVID-19.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Lesão por Pressão; Processo de Enfermagem.

PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE): O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO AMBIENTE HOSPITALAR

Andreia Engel Bom, Manuela Caroline da Silva, Vivian Raquel Krauspenhar Hoffman**n**

Introdução: Nos últimos anos, ocorreu um aumento da prevalência de pessoas com TEA, fazendo-se necessárias adequações nos serviços de saúde para qualificar os profissionais e garantir um cuidado de qualidade que respeite a neurodiversidade destas crianças e a situação vivenciada pelas suas famílias. Nesse contexto, é inserido o PE, uma ferramenta de organização e sistematização que apoia o enfermeiro no cuidado ao paciente. **Objetivo:** Identificar as intervenções necessárias às crianças e adolescentes com TEA em ambiente hospitalar. **Método:** Trata-se de um relato de experiência realizado pelos profissionais de enfermagem que atendem pacientes pediátricos em situação de internação hospitalar no sul do Brasil. **Relato da experiência:** A assistência hospitalar de crianças com TEA e com doenças graves requer cuidados diferenciados para o seu manejo cotidiano. Estes cuidados devem iniciar com uma conversa com o cuidador da criança para entendimento sobre suas peculiaridades. Algumas crianças também podem oferecer informações de como precisam ser cuidadas. Frente ao exposto, criou-se um grupo de trabalho para identificar as intervenções específicas para este público. Entre elas, surgiram a prioridade no atendimento, a sinalização da neurodiversidade nos registros da criança e a disponibilidade de escuta ao cuidador. A prioridade no atendimento contribui para evitar crises decorrentes da espera prolongada no serviço de saúde. A sinalização da neurodiversidade nos registros e na transferência de cuidados objetiva priorizar e individualizar as necessidades específicas de cada criança com TEA. A disponibilidade de escuta do cuidador facilita o levantamento das necessidades da criança no serviço de saúde, com o objetivo de prevenir crises emocionais ou sensoriais.
Considerações finais: O TEA é um desafio para famílias e profissionais de saúde. No contexto pediátrico, o PE e a comunicação empática com os cuidadores torna-se a principal ferramenta para a construção de um cuidado humanizado e de qualidade. A falta de conhecimento pode negligenciar as necessidades das crianças com TEA, trazer prejuízos ao tratamento hospitalar e principalmente ao desenvolvimento e segurança emocional da criança. Desse modo, sugere-se ampliar o estudo sobre a temática, padronizando uma linha de cuidado e a elaboração de diagnósticos de enfermagem que contemplem as intervenções necessárias às crianças e adolescentes com TEA que estão em tratamento hospitalar.
Descritores: Criança; Autismo; Processo de Enfermagem.

PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO A UM PACIENTE COM LESÃO POR PRESSÃO: ESTUDO DE CASO

Taline Bavaresco, Renata Vieira Goessling, Yasmin Rosa dos Santos

Introdução: A internação prolongada de pacientes pode aumentar o risco de desenvolvimento de lesão por pressão (LP), especialmente em indivíduos com fatores de risco, como limitações físicas. Diante disso, é papel do enfermeiro elaborar um plano de cuidados, utilizando o Processo de Enfermagem (PE) e os sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem para melhorar a efetividade dos cuidados com fundamentação científica. **Objetivo:** Descrever o processo de enfermagem aplicado a um paciente com LP. **Método:** Relato de caso realizado por graduandas de enfermagem no ambulatório de um hospital no Sul do Brasil, entre julho e agosto de 2024, durante o estágio obrigatório da disciplina de Cuidados de Enfermagem ao Adulto II. A coleta de dados foi realizada através de informações do prontuário eletrônico e 3 consultas de enfermagem. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, branco, 33 anos, com limitações físicas decorrentes de 5 internações anteriores, que favoreceram o desenvolvimento de polineuropatia e hemiparesia, contribuindo para o surgimento de uma LP estágio III na região sacra. Na primeira consulta, a lesão apresentava necrose de liquefação no leito e tecido de granulação limitado. Foram estabelecidos os resultados de Integridade tissular e Cicatrização de feridas da Nursing Outcomes Classification (NOC), com os indicadores necrose com escore 3 (moderado) e granulação com escore 2 (limitado). O plano de cuidados foi fundamentado no diagnóstico de enfermagem Lesão por Pressão da NANDA-I, associado à intervenção Cuidado com Lesões da Nursing Intervention Classification (NIC). As ações incluíram fotobiomodulação com Laser Therapy EC DMC® nos bordos e terapia fotodinâmica no leito da lesão, uso de óxido de zinco nos bordos e desbridamento instrumental. Após três consultas, o acompanhamento demonstrou uma melhora significativa, com aumento do escore para 4 (leve) no indicador de necrose, evidenciando diminuição da necrose de liquefação, e aumento do escore para 3 (moderado) no indicador de granulação, indicando a presença de tecido de granulação. **Considerações finais:** Os cuidados arquitetados com o PE e aliado às tecnologias de cuidados de enfermagem favoreceram a organização e um processo de reparação tecidual adequado, promovendo melhores resultados clínicos e reforçando a autonomia e o papel essencial da enfermagem na recuperação do paciente com LP.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Lesão por Pressão; Processo de Enfermagem.

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM EM ESTÁGIO CURRICULAR NA ATENÇÃO BÁSICA

Brena Alice da Silva Rodrigues, Júlia Moraes Terra, Maria Eduarda Etchichury Smaniotto

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) institui-se como método do trabalho de enfermagem que norteia o pensamento crítico e o julgamento clínico do enfermeiro. Organiza-se em 5 etapas, sendo elas: avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e evolução de enfermagem. **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem no exercício do processo de enfermagem. **Método:** relato de experiência vivenciado por acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul durante o Estágio Curricular na Atenção Básica na aplicação do processo de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre/RS entre setembro/2024 e janeiro/2025. Relato da experiência: Na atenção básica, o PE ocorre principalmente no momento da consulta de enfermagem, no qual o enfermeiro realiza a coleta de dados por meio da anamnese e exame físico, formula os diagnósticos de enfermagem, estabelece um plano de cuidados personalizado, implementa intervenções conforme as necessidades do paciente e reavalia periodicamente os resultados, destacando o cuidado continuado como fonte fortalecedora da implementação de cuidados e autonomia do enfermeiro dentro da rede da atenção primária à saúde. Por meio da aplicação do PE nas consultas de enfermagem, as acadêmicas potencializaram o conhecimento na realização dos registros de enfermagem, aprimorando as habilidades na avaliação clínica e tomada de decisão, aspectos fundamentais para a continuidade e segurança da assistência. **Considerações finais:** A aplicação do PE na Atenção Básica proporciona a articulação entre conhecimento teórico e prática assistencial. Além do destaque na importância da sistematização do cuidado como instrumento para a organização e efetividade das ações de enfermagem, contribuindo para uma prática mais resolutiva, individualizada e centrada nas necessidades do usuário. Dessa forma, o PE atua na consolidação da autonomia do enfermeiro na coordenação do cuidado e na continuidade da assistência, fortalecendo sua atuação dentro da Atenção Primária à Saúde. Assim, a aplicação do PE institui-se como um instrumento essencial para a qualificação da prática profissional e a promoção de um cuidado integral, individualizado e resolutivo.

Descritores: Processo de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Consulta de Enfermagem.

PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO COM BRONQUIOLITE

Suélen Heningues Leiman, Fernanda da Silva Flores, Alessandra Vaccari, Rita Juliana Pinto Godoy

Introdução: a bronquiolite é uma infecção viral aguda que atinge o trato respiratório inferior, ocasiona estreitamento e obstrução dos lúmens dos bronquíolos distais, resultando em sintomas como taquipneia, tosse, dificuldade respiratória e em casos mais graves, hipóxia e até a morte. A bronquiolite viral aguda atinge principalmente crianças e bebês pequenos. Existem diversos vírus que podem ocasionar a bronquiolite, porém o vírus sincicial respiratório (VSR) é o mais frequente nessa população é responsável por internações prolongadas em período sazonal como o inverno. Por isso, requer do enfermeiro avaliação, diagnósticos de enfermagem apurados, planejamento, implementação e evolução de enfermagem diária. **Objetivo:** relatar a experiência em realizar o processo de enfermagem no cuidado ao paciente com bronquiolite. **Método:** relato de experiência realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil em uma unidade de internação pediátrica, no período de outubro de 2024 a fevereiro 2025, com base na taxonomia de enfermagem Associação Americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), bem como revisão de literatura, aliados à experiência assistencial das autoras. **Relato da experiência:** o cuidado de enfermagem ao paciente com diagnóstico de bronquiolite viral aguda por VSR deve ser planejado com a equipe multiprofissional em saúde, principalmente em casos arrastados, onde o paciente pediátrico torna – se dependente de oxigênio e a família vivencia o estresse da internação. A enfermagem assume o papel essencial para a melhoria do paciente, excepcionalmente quando identifica possíveis exposições da criança a agentes patógenos e alergênicos na avaliação de enfermagem, realiza um diagnóstico de enfermagem acurado e direcionado, como Padrão Respiratório Ineficaz[2] caracterizado por um padrão respiratório anormal[3], associado a um planejamento, intervenções dos cuidados adequados, como aspiração de vias aéreas, oxigênio, controle da dor[3] e acolhimento da família. **Considerações finais:** o relato do processo de enfermagem no cuidado à criança com bronquiolite evidencia a contribuição da enfermagem para a recuperação clínica do paciente. Além disso, destaca-se o papel dos enfermeiros na compreensão da patologia da doença e na gestão eficaz do cuidado, aspectos que são fundamentais para a promoção da saúde infantil e melhoria contínua das práticas assistenciais.

Descritores: Bronquiolite Viral; Enfermagem Pediátrica; Processo de Enfermagem.

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O FUNCIONAMENTO DE UMA COMISSÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Bianca Vitoria Medeiros Lima, João Augusto Duarte Moreira, Larissa Bayer, Thiane Mergen
Betina Franco, Ninon Girardon da Rosa

Introdução: A Comissão do Processo de Enfermagem (Cope) é responsável pela implementação do Processo de Enfermagem (PE), com base no cuidado centrado no paciente/família e no registro qualificado e seguro no prontuário do paciente em atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Objetivo:** Descrever o funcionamento da Comissão do Processo de Enfermagem. Método: Trata-se de um relato de experiência, realizado na Comissão do Processo de Enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre no segundo semestre de 2024. A coleta de dados se deu por observação das atividades, análise de documentos e participação ativa nas atividades da Cope. **Relato da experiência:** A Cope está organizada sobre a coordenação de uma docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com o apoio de 2 enfermeiras contratadas dedicados à Cope, 2 enfermeiras temporárias, 19 enfermeiros assistenciais que realizam Ação Diferenciada (AD), 4 docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS e 2 bolsistas acadêmicos de enfermagem. O PE é uma ferramenta que coloca em prática o Cuidado de Enfermagem. É um método sistemático que consiste em cinco etapas distintas, porém inter-relacionadas: Avaliação inicial (anamnese e exame físico); Diagnóstico de enfermagem; Planejamento das metas e intervenções de enfermagem; Implementação dos cuidados; Evolução de enfermagem. São atividades desenvolvidas na Cope: Organizar capacitações permanentes sobre o PE em parceria com o Serviço de Educação em Enfermagem (SEDE), e alinhadas ao Qualis e Joint Commission International (JCI); contribuir para a produção e divulgação de conhecimento científico sobre o PE; Propor projetos de inovação e gerenciar as demandas dos processos informatizados relacionados à Enfermagem em sintonia com a Diretoria de Enfermagem; Participar ativamente de projetos institucionais para melhorar a assistência; auxiliar na implantação e capacitação informatizada no sistema AGHUse para enfermeiros e técnicos de enfermagem; Coordenação dos estudos clínicos mensais; Avaliação qualitativa dos registros de enfermagem; Indicador do Risco de Sangramento. **Considerações finais:** A Cope possui papel essencial no PE no Hospital de Clínicas, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento científico, melhoria assistencial e auxiliando na implantação e atualização no sistema.

Descritores: Processo de Enfermagem; Planejamento de Assistência ao Paciente; Assistência Centrada no Paciente

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ESPAÇO PARA APRIMORAMENTO DO CUIDADO E DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Vitória de Lucena Santos, Jéssica Cardozo, Magda Nanuk de Godoy Ribas Pinto

Introdução: No decorrer dos anos, houve um grande crescimento de oferta de Programas de Residências Multiprofissionais no Brasil. Este crescimento mostra a importância desse modelo para a formação do enfermeiro. **Objetivo:** Relatar o aperfeiçoamento do Processo de Enfermagem (PE) por meio da prática assistencial proporcionada pela residência. Método: Relato de experiência vivenciado na residência em enfermagem, da Universidade Federal do Paraná no Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com prática no município de Piraquara, região metropolitana de Curitiba, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) entre 2024 e 2025. **Relato da experiência:** A residência é dividida em três momentos. Durante o dia, atuamos na unidade de saúde, realizando atendimentos em consultórios, visitas domiciliares e realizando grupos de educação em saúde. À noite, participamos das aulas teóricas junto às demais profissões, aprofundando nossos conhecimentos sobre o SUS e seu funcionamento. Além disso, uma vez por semana, temos a aula do eixo temático, voltada para as atividades específicas da enfermeira, como a consulta de pré-natal e a puericultura, proporcionando um olhar diferenciado dentro da equipe multiprofissional. A vivência diária no atendimento à população permite desenvolver habilidades fundamentais para a enfermagem, aprimorando a tomada de decisão e o raciocínio clínico (RC). O contato direto com diversas situações clínicas estimulou um olhar mais crítico e embasado, essencial para um atendimento humanizado e eficaz. A prática contínua facilitou a compreensão das etapas do PE, garantindo uma assistência de maior qualidade. A multiprofissionalidade da residência permitiu contato direto com diversos profissionais, como farmacêuticos, nutricionistas, médicos veterinários, dentistas e terapeutas ocupacionais. Essa interação contribuiu para o aprimoramento do RC e para o matriciamento de casos, enriquecendo a abordagem terapêutica e proporcionando uma assistência integral e qualificada. **Considerações finais:** A residência se destaca como uma etapa essencial para a qualificação do enfermeiro e para a melhoria da APS. O aprimoramento do PE e do RC durante a prática assistencial favorece a tomada de decisão baseada em evidências. Dessa forma, comprova-se a necessidade de valorizar e expandir programas de residência para fortalecer a formação profissional e a qualidade da assistência prestada garantindo um cuidado mais humanizado e centrado no paciente.

Descritores: Processo de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Residência Multidisciplinar.

RESULTADO DO USO DA TERAPIA A LASER DE BAIXA POTÊNCIA NO TRATAMENTO ADJUVANTE DE LESÃO PSEUDOVERRUCOSA PERIESTOMAL: RELATO DE CASO

Márcia Elaine Costa do Nascimento, Andreia Barcellos Teixeira Macedo, Rodrigo Fernandes Soares, Adrielle Chermont da Silva, Tatielle Eduarda da Silva de Souzak, Taline Bavaresco

Introdução: dermatite de contato irritativa periestomal é uma inflamação da pele relacionada à umidade. Lesão pseudoverrucosa (LPV) ou hiperplasia pseudoepiteliomatosa é uma manifestação crônica da dermatite, caracterizada por espessamento da epiderme, verruga branca, pápulas ou nódulos escuros em áreas cronicamente expostas à umidade. O tratamento adequado promove melhora das condições da pele e bem-estar. Adjuvante ao tratamento tópico (TT), a Terapia a Laser de Baixa Potência (TLBP) tem demonstrado resultados positivos. **Objetivo:** relatar resultado do tratamento com TLBP associada ao TT na reparação tecidual (RT) de uma paciente com LPV periestomal. **Método:** relato de caso, do atendimento realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil, de 16 a 31 de maio de 2022. A coleta de dados ocorreu pelo exame clínico, a RT foi avaliada pelo resultado Integridade Tissular: pele e mucosas, da Nursing Outcomes Classification(NOC), com indicadores: Integridade cutânea(IC), Lesão cutânea(LC), Eritema(Er), Textura(Te), pontuados por uma escala Likert (1-5), em que 1 equivale a “Gravemente comprometido” (pior escore) e 5 a “Não comprometido” (mais desejável); e por registro fotográfico em prontuário. Estudo aprovado no Comitê de Ética da instituição (nº 20210426). **Relato de Caso:** paciente feminina, 67 anos, realizou retossigmoidectomia por câncer retal e desenvolveu LPV 5 meses após a cirurgia por recomendação inadequada dos cuidados, descrevendo dificuldade na fixação do equipamento coletor e desconforto cutâneo. Realizou-se 4 sessões de TLBP com aparelho Therapy EC/DMC® a cada 96 horas: na 1ª sessão foram aplicados 12 pontos de laser 660nm (vermelho) e 12 pontos de laser 880nm (infravermelho) concomitantes (1J/cm2) e na 4ª sessão 4 pontos de cada. Na avaliação inicial a pontuação dos indicadores foi: IC=2; LC=2; Er=2; Te =2; e na avaliação final: IC=4; LC=4; Er=4; Te=4. Para o TT aplicou-se pó protetor para estomia, película spray, pasta protetora com álcool e sem álcool na base adesiva convexa do equipamento coletor. Após TLBP houve reparação tecidual, melhor conforto físico e adequada fixação do equipamento coletor. **Considerações finais:** o uso da TLBP adjuvante ao TT contribuiu para reparação tecidual total da LPV em 16 dias. Destaca-se a relevância da utilização de tecnologias inovadoras pelo enfermeiro, para a qualificação da prática assistencial, alinhada ao uso de indicadores clínicos e taxonomia padronizada.

Descritores: Terapia com luz de baixa intensidade; Estomaterapia; Dermatite de Contato.

REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PESSOAS QUE REALIZAM HEMODIÁLISE

Gabriela Zacharias Andres, Raquel Potter Garcia, Yasmin Ferreira da Rosa

O processo de enfermagem na execução do cuidado ao paciente em hemodiálise contribui para atuação profissional, de forma que estimula o raciocínio clínico do enfermeiro e facilita a comunicação entre a equipe. O diagnóstico de enfermagem (DE) é uma etapa fundamental no processo de cuidado do paciente em hemodiálise, visto que através da sua elaboração a equipe identifica necessidades individuais, resultando em uma melhor organização das intervenções essenciais e planejamento de cuidado. Identificar evidências científicas, através da literatura, acerca de diagnósticos de enfermagem prevalentes em pessoas que realizam hemodiálise. Revisão integrativa realizada a partir de uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no mês de maio de 2024, no formulário avançado com as palavras (“diagnósticos de enfermagem”) AND (hemodiálise). Os critérios de inclusão foram artigos completos e originais publicados em português, inglês ou espanhol. Encontrou-se 96 artigos, sendo que 12 foram repetidos e incluídos uma única vez. Excluíram-se 64 que não contemplavam a temática, quatro eram teses e um de revisão; obteve-se um total de 15 artigos, sendo que um não estava disponível para acesso, ficando 14 artigos para leitura na íntegra. Após, excluiu ainda um artigo, ficando 13 para análise e interpretação dos resultados e classificação dos níveis de evidência conforme pirâmide de sete níveis proposta por Melnyk e Fineout-Overholt. Quanto ao tipo de método, destaca-se que todos os estudos eram quantitativos, com 12 artigos classificando-se em nível de evidência 6 e um com nível de evidência 4; os anos de publicação foram entre 2008 e 2021. Os estudos abordam que os diagnósticos de enfermagem variam de acordo com o perfil de cada paciente e suas comorbidades, porém entre os mais prevalentes estão: risco para infecção, volume de líquidos excessivo, risco de desequilíbrio eletrolítico, risco de perfusão tissular renal ineficaz (excluído na versão atual do Nursing Diagnosis: Definitions & Classification), integridade cutânea prejudicada e padrão de sono perturbado. Os estudos encontrados demonstram uma evidência relativamente fraca, sendo a maioria do tipo descritivos e um padrão de DE relacionados principalmente à questões eletrolíticas e infecção, fator comum em pessoas em hemodiálise. Reitera-se a importância dos DE no processo de enfermagem de pessoas que realizam tratamento hemodialítico com foco em intervenções específicas e direcionadas para essa população.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Diálise Renal.

ROUND MULTIDISCIPLINAR E PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA EMERGÊNCIA ADULTA DE UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

Christofer da Silva Christofoli, Tayna Trindade Guidi, Denise Lagemann, Bruna Wioppiold Pothin Ribeiro, Katia Cibele Silveira de Mello, Carla Dalmolin Bergoli

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) qualifica e estrutura o cuidado de enfermagem é composto por cinco etapas: Avaliação de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Evolução de Enfermagem. Na linha dos pacientes internados na Emergência, o round multidisciplinar fornece subsídios para o enfermeiro aplicar o PE, viabilizando uma assistência aos pacientes com segurança e qualidade, além de agilizar exames, o processo da alta para leitos de enfermaria e também listar pacientes com elegibilidade para leitos de terapia intensiva. **Objetivo:** Descrever a implementação do round multidisciplinar em uma Emergência. **Método:** Relato de experiência de profissionais da enfermagem na implementação de rounds multidisciplinares que discutem as necessidades dos pacientes de uma Emergência Adulta em um Hospital Particular de Porto Alegre. **Relato da Experiência:** O round multidisciplinar acontece diariamente pela manhã na Emergência Adulta. Participam do round enfermeiro e técnico de enfermagem, médico, fisioterapeuta, nutricionista, gestão de leitos, psicólogo, controle de infecção hospitalar, bem como residentes e acadêmicos. Como metodologia para organização da discussão dos casos, a emergência desenvolveu um checklist focado em aspectos relevantes para a assistência, com os seguintes itens: uso de vasopressor, sedativos, antibioticoterapia, utilização de contenção mecânica, balanço hídrico, manejo da dor, ventilação mecânica, ventilação espontânea, mobilização precoce, terapia nutricional, risco de quedas, lesão por pressão, prescrição de profilaxias para trombose venosa, plano de alta e plano diário. Além disso, são discutidos resultados de exames, alterações e inserção de medicações. As definições são registradas pelo enfermeiro, e o checklist fica disponível para a equipe de todos os turnos que prestam assistência ao paciente. **Considerações Finais:** O round multidisciplinar tem como privilégio fortalecer a comunicação entre os profissionais, proporcionando que a equipe se organize para as atividades diária, tornando os sistemas mais eficientes e resolutivos, planejando o dimensionamento das escalas, fornecendo elementos para o PE, além de possibilitar uma assistência mais segura ao paciente.

Descritores: Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Emergência.

TECNOLOGIA EM SAÚDE COMO ALIADA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

William Diniz, Letícia Flores Trindade, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Introdução: O atendimento em saúde requer atuação de forma humanizada e efetiva dos profissionais de saúde. Patologias, em especial o Acidente Vascular Cerebral (AVC), trazem obstáculos para a realização do Processo de Enfermagem (PE). Faz-se necessário utilizar tecnologias assistenciais, por exemplo, cursos onlines e ações de educação em saúde que auxiliem pacientes, familiares e/ou cuidadores no cuidado em saúde. **Objetivo:** Refletir por meio de revisão de literatura, como a utilização de tecnologia unindo o PE, pode colaborar no cuidado integral à indivíduos acometidos pelo AVC. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, realizada entre fevereiro e março de 2025. Selecionou-se artigos publicados, sem restrição de idioma e limite temporal, com o objetivo de encontrar o maior número de artigos. Além disso, disponíveis na íntegra de forma gratuita, nas bases de dados, Scientific Electronic Library Online (Scielo), e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), que abordassem o uso de tecnologias à pacientes acometidos por AVC em conjunto com o PE. Foram utilizados os descritores “Acidente Vascular Cerebral” (“Stroke”), “Tecnologia” (“Technology”) e “Processo de Enfermagem” (“Nursing Process”). O cruzamento dos descritores realizou-se em combinação única utilizando o operador booleano AND. Encontrou-se dois artigos na plataforma Scielo e três na Lilacs. Removendo-se as duplicatas, totalizaram três artigos elegíveis para o estudo. **Resultados e Discussão:** Uma das estratégias é trazer mecanismos que sejam de fácil acesso, adaptando a assistência de cuidado dentro do processo de enfermagem utilizando a tecnologia. O AVC faz com que a funcionalidade do indivíduo sofra alterações, por exemplo, hemiparesia. Por isso, é necessário conectar acolhimento e planejamento da enfermagem, desenvolvendo um plano terapêutico singular para as sequelas do AVC, com o objetivo de humanizar o cuidado em saúde, visando a atuação do enfermeiro. Os artigos trazem a importância das ferramentas para o cuidador, com orientações que contribuam para a autonomia do cuidado. **Considerações Finais:** A utilização de tecnologias em saúde pode ser fator preponderante em expandir o cuidado integral ao paciente vítima de AVC, fornecendo mecanismos para melhor compreensão dentro do PE na assistência à saúde. Descritores: Acidente Vascular Cerebral, Tecnologia e Processo de Enfermagem.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; Tecnologia; Processo de Enfermagem.

TELECONSULTORIA COMO ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Laura Ferraz dos Santos, Franciela Delazeri Carlotto, Fabiane Elizabetha de Moraes Ribeiro, Amália de Fátima Lucena

Introdução: Por uma década, o Ministério da Saúde do Brasil disponibilizou teleconsultorias para a Atenção Primária à Saúde (APS), possibilitando discussões de casos clínicos por telefone. O serviço foi ofertado pelo Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (TelessaúdeRS-UFRGS) e beneficiou mais de 3 mil enfermeiras em todo o país, com mais de 9 mil teleconsultorias realizadas[1]. No cotidiano desse núcleo, enfermeiras especialistas em APS conduziam as discussões baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, seguindo as etapas do Processo de Enfermagem (PE)[2]. **Objetivo:** Descrever a aplicação do PE nas teleconsultorias realizadas entre enfermeiras. **Método:** Relato de experiência da atuação de enfermeiras do TelessaúdeRS-UFRGS, que atenderam enfermeiras da APS de todo o Brasil durante 10 anos (2014-2024), utilizando o PE como norteador das teleconsultorias. **Relato da experiência:** As teleconsultorias serviram para discussão de casos reais, seguindo roteiro com as etapas do PE, iniciando com anamnese (Avaliação de Enfermagem), por vezes realizada na ligação - algumas enfermeiras buscavam o suporte na presença do paciente. Nestas oportunidades, também era possível orientá-las para a realização do exame físico. A partir das informações coletadas, na discussão entre pares, identificavam-se os problemas de saúde reais ou potenciais do paciente (Diagnóstico de Enfermagem) e era possível planejar condutas para atender às necessidades identificadas (Planejamento de Enfermagem). As intervenções sugeridas eram embasadas em pelo menos duas referências teóricas, adaptadas à realidade local. A decisão e responsabilidade pela implementação eram da solicitante. Em muitos casos, a etapa da avaliação (Evolução de Enfermagem) era realizada em ligação subsequente. A teleconsultoria era registrada em um sistema online, permitindo consulta posterior pelas partes. Ao longo do período, observou-se maior adesão das enfermeiras ao PE, refletida no raciocínio clínico empregado e nos desfechos positivos na saúde dos pacientes. **Considerações finais:** Enfermeiras enfrentam inúmeros desafios nos diferentes contextos da APS, tornando essencial o suporte para que atendam efetivamente as etapas do PE. Apesar da descontinuidade do financiamento do serviço de teleconsultorias, ele demonstrou ser uma estratégia valiosa para a implementação do PE, a qualificação das enfermeiras e a resolutividade dos casos, refletindo em melhor cuidado à saúde da população.

Descritores: Telenfermagem; Atenção Primária à Saúde; Processo de Enfermagem.

TRATAMENTO AMBULATORIAL DE DERMATITE REFRATÁRIA EM LACTENTE

Luciana da Rosa Zinn Sostizzo, Marina Mesquita dos Santos, Deise Lisboa Riquinho

Introdução: A Dermatite de Associada à Incontinência (DAI) é uma dermatite de contato irritativa que ocorre pela exposição frequente a urina e/ou fezes afetando o períneo e as áreas adjacentes. Caracteriza-se por eritema brilhante, aparência macerada, com ou sem erosão da epiderme, acompanhada de desconforto ou dor semelhante à queimadura. Pode manifestar-se, ainda, por edema, vesículas, crostas ou descamação da pele, caracterizando o eczema. **Objetivo:** Descrever o tratamento de uma dermatite crônica em um ambulatório especializado. **Método:** Trata-se do relato descritivo de um caso encaminhado pela equipe da neonatologia por dermatite na região das fraldas refratária aos tratamentos prévios. Realizou tratamento ambulatorial com enfermeiro especialista em dermatologia no período de junho a agosto de 2023, totalizando seis consultas de enfermagem. **Relato de caso:** A paciente era uma lactente, com 9 meses de idade, do sexo feminino que foi submetida a cirurgia intraútero de correção de meningomielocele e nasceu prematura extrema por infecção materna. Na primeira consulta de enfermagem, a mãe refere que havia desistido de tratar a pele pois já realizou inúmeros tratamentos prévios sem sucesso. A paciente era incontinente, eliminava fezes semi-líquidas em torno de sete vezes ao dia, havia erosões sangrantes no períneo e o choro de dor era frequente. O plano de cuidado contemplou aspectos educacionais sobre a higiene do períneo a ser realizado delicadamente, com sabonete infantil líquido quando houvesse resíduos de fezes, a secagem sem friccionar a pele com compressas macias e a proteção das áreas erosadas com pó de hidrocolóide seguido da aplicação de película em spray e uma camada de pomada a base de óxido de zinco para servir como barreira primária quando houvesse fezes. O acompanhamento era semanal, com aplicação de laserterapia de baixa potência, nos comprimentos de onda vermelho e infravermelho e reforço dos cuidados domiciliares. Na sexta consulta a paciente recebeu alta devido a cicatrização completa da dermatite. **Considerações finais:** O tratamento realizado para a dermatite associada a incontinência foi resolutivo, mesclando os cuidados adequados, o uso de tecnologia adjuvante e a educação materna. O acompanhamento personalizado, abrangendo reavaliações periódicas, permite o reforço das condutas estabelecidas, o esclarecimento de dúvidas e os ajustes necessários pelo enfermeiro.

Descritores: Dermatite das fraldas; Enfermagem Pediátrica; Enfermagem Ambulatório hospitalar.

TRATAMENTO DE ÚLCERA VENOSA EM CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL: 40 ANOS EM DOIS MESES

Luciana da Rosa Zinn Sostizzo, Marina Mesquita dos Santos, Deise Lisboa Riquinho

Introdução: As úlceras venosas (UV) são feridas que acometem os membros inferiores decorrentes da insuficiência venosa crônica. O tratamento consiste em reverter a hipertensão venosa que acomete as pernas e a terapia compressiva é indicada pois age na macrocirculação, aumentando o retorno venoso e a reabsorção do edema que retorna dos espaços intersticiais para dentro dos sistemas vascular e linfático. A maioria dos portadores de lesão venosa as tem há anos e já frequentaram vários serviços para tentar a cura. Estas feridas configuram um problema mundialmente grave, responsável por considerável impacto socioeconômico, além de restringir as atividades da vida diária e de lazer. **Objetivo:** Descrever o processo de tratamento de uma úlcera venosa crônica em um ambulatório especializado. **Método:** Trata-se de um relato descritivo de um caso de paciente com UV que realizou tratamento ambulatorial com enfermeiro especialista em dermatologia, encaminhada pela equipe de cirurgia vascular. O atendimento ocorreu entre outubro a dezembro de 2022, em cinco consultas. **Relato de caso:** Paciente com 74 anos, feminina, da região do Vale dos Sinos. Apresentava úlcera venosa crônica, com 40 anos de evolução sem cicatrizar e nunca ter utilizado terapia compressiva previamente. Apresentava dor tipo ardência nas feridas. As úlceras eram bilaterais, na perna direita com seis cm^2 e na perna esquerda com dois cm^2. Os diagnósticos de enfermagem norteadores foram: Integridade tissular prejudicada relacionada com alteração vascular, Conhecimento deficiente relacionado à falta de exposição prévia e Dor crônica relacionado a evolução da doença. O plano de cuidados contemplou a orientação sobre o tratamento e o gerenciamento local da ferida com desbridamento, curativo adequado e terapia compressiva com bota de unna iniciada no primeiro atendimento. A paciente apresentou cicatrização completa bilateral em dois meses. **Considerações finais:** Feridas crônicas como as úlceras venosas, podem ser difíceis de curar e requerem que o tratamento contemple os aspectos sistêmicos que se estendem além da ferida, precisando atuar no fator causal. Existem feridas que não são curadas por não terem sido tratadas da forma adequada. Profissionais qualificados podem impedir o sofrimento do paciente com uma ferida.

Descritores: Cicatrização; Úlcera Varicosa; Ambulatório hospitalar.

USO DAS TERMINOLOGIAS PADRONIZADAS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM ESTOMIAS DE ELIMINAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

Laura Ferraz dos Santos, Thayná de Almeida, Amália de Fátima Lucena

Introdução: Aproximadamente 1,3 milhão de pessoas vivem com estomias de eliminação no mundo, com até 70% enfrentando complicações físicas e psicológicas que impactam na qualidade de vida.1 O enfermeiro é fundamental na assistência contínua a essa população, oferecendo cuidado integral que envolve orientação, promoção do autocuidado e prevenção de complicações.2 Nesse contexto, o uso do Processo de Enfermagem (PE) aliado à utilização das terminologias padronizadas de enfermagem3 pode aprimorar a qualidade do cuidado especializado, entretanto, ainda carece de estudos para maior aprofundamento. **Objetivo:** Identificar as evidências científicas sobre o uso das terminologias padronizadas de enfermagem no cuidado de pacientes com estomias de eliminação. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada entre 2024 e 2025 nas bases CINAHL, LILACS, PubMed, SciELO, Scopus e Web of Science, utilizando os descritores "Terminologia Padronizada em Enfermagem", "Diagnóstico de Enfermagem" e “Estomia” e correspondentes em inglês, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram incluídos artigos publicados nos últimos 5 anos, com acesso ao texto completo, disponíveis em português, espanhol ou inglês, que abordassem terminologias padronizadas de enfermagem no contexto dos pacientes com estomas de eliminação. Foram excluídos manuais, editoriais, teses e dissertações. A triagem foi realizada por duas pesquisadoras, pelo software Rayyan. A síntese dos dados foi feita por agrupamento. **Resultados:** Foram identificados inicialmente 29 artigos. Após a leitura aprofundada foram selecionados 8 artigos, sendo 4 brasileiros e 4 espanhóis. Foi identificado a taxonomia da NANDA-I em 3 artigos que abordaram principais diagnósticos para a população e um estudo de acurácia diagnóstica. Um artigo abordava a aplicação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e o outro os Resultados de Enfermagem (NOC), para avaliação de pacientes com estomias intestinais no contexto pós-operatório. Um dos artigos relatou a elaboração de um instrumento de consulta de enfermagem e outro descreveu o plano de cuidados para complicações na estomia, baseados na NANDA-I, NIC e NOC. **Conclusão:** A utilização das terminologias padronizadas possibilita a qualificação do PE e favorece a organização da assistência a pacientes com estomias. Contudo, ainda há poucos estudos sobre as mesmas na área da estomaterapia, evidenciando a necessidade de mais pesquisas para fortalecer seu uso na prática clínica.
Descritores: Estomia; Diagnóstico de Enfermagem; Terminologia Padronizada em Enfermagem.

USO DE DASHBOARD PARA O GERENCIAMENTO DE QUEDAS DE PACIENTES: INTERFACE COM O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Isis Marques Severo, Mariane Dresch, Luciana Ramos Correa Pinto, Graziela Lenz Viegas, Carla Walburga da Silva Braga

Introdução: As quedas de pacientes hospitalizados têm magnitude mundial e a incidência pode variar de acordo com as características da instituição e das unidades. Conhecer as especificidades dos pacientes que sofreram quedas e suas ocorrências, assim como o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem (DE) Risco de Quedas, cuidados prescritos pelo enfermeiro, evolução da queda e desfechos dos pacientes são aspectos fundamentais para gerenciamento desses eventos. **Objetivo:** Descrever a experiência de desenvolvimento de um dashboard para gerenciamento de quedas de pacientes em um hospital universitário. **Método:** Relato de experiência de enfermeiras da Comissão Multiprofissional de Prevenção de Quedas de um hospital universitário do Sul do Brasil sobre o desenvolvimento de uma ferramenta eletrônica para gerenciar as quedas dos pacientes internados. O período de desenvolvimento ocorreu de junho a agosto de 2023, com o auxílio da engenharia de produção da instituição. **Relato de experiência:** O dashboard foi elaborado na Aplicação Looker Studio do Google e o banco de dados foi alimentado via Google Planilha, por três enfermeiras previamente treinadas. O banco foi revisado pela Coordenadora da Comissão de Prevenção de Quedas, a fim de evitar dados faltantes. A experiência das enfermeiras permitiu compilar as características da quedas de todos os pacientes internados e uma interface com Processo de Enfermagem (PE) com o escore do paciente quanto à escala de risco de quedas, fatores de risco para o evento e presença do DE Risco de Quedas (sim X não), de acordo com a Nanda-Internacional (Nanda-I), cuidados de enfermagem prescritos pelo enfermeiro, baseados na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e desfechos do paciente (avaliados pela evolução de enfermagem). Os dados das quedas foram agrupados e analisados, contribuindo para um entendimento mais profundo do evento e facilitando a criação e implementação de ações preventivas, conforme as particularidades de cada caso. Os dados organizados em forma de gráficos foram apresentados às unidades, como uma foto do perfil dos pacientes que sofreram queda e serviram de base para a realização de análise crítica e reflexão, trazendo a implementação de ações necessárias dentro dos setores. **Considerações finais:** O dashboard é um instrumento de trabalho aliado ao PE que auxilia no raciocínio clínico e o desenvolvimento de ações de melhorias, aumentando a segurança na assistência.

Descritores: Processo de Enfermagem; Tecnologia de Produtos; Gerenciamento de dados.

USO DE FEEDBACK NAS AVALIAÇÕES QUALITATIVAS DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernanda Niemeyer, Fernanda Pinto Cauduro, Taciana de Castilhos Cavalcanti, Cássia Teixeira dos Santos

Introdução: As metodologias ativas de aprendizagem, como o uso do feedback, favorecem e fortalecem o processo educativo, comunicativo e o desenvolvimento de habilidades, instigando a capacidade reflexiva e autoavaliativa do avaliado. Neste contexto, a Comissão do Processo de Enfermagem de um hospital universitário utiliza esse tipo de ferramenta como Educação Permanente para auditar os registros de enfermagem, com vistas a qualificar o Processo de Enfermagem na instituição, preconizando a segurança ao paciente. **Objetivo:** Descrever a experiência do uso de feedback dos registros dos profissionais de enfermagem, a partir de avaliações qualitativas de prontuários de pacientes internados em um hospital universitário. **Método:** Relato de experiência de enfermeiras participantes da Comissão do Processo de Enfermagem de hospital universitário do sul do Brasil, no ano de 2023. **Relato da experiência:** As enfermeiras, representante dos diferentes serviços de enfermagem, realizam avaliações dos registros do Processo de Enfermagem em cinco prontuários eletrônicos, mensalmente. Os itens verificados são: avaliação inicial (anamnese e exame físico), diagnósticos de enfermagem, prescrição de enfermagem (checagem de prescrição médica e de enfermagem), registro realizados pelo enfermeiros e técnico de enfermagem direcionados aos controles do paciente (avaliação e reavaliação da dor, uso de siglas padronizadas com o siglário institucional, registro das medicações de uso “se necessário”, registro de contenções mecânicas) e evolução de enfermagem. Após a avaliação criteriosa, o colaborador avaliado recebe um e-mail contendo o feedback de elogio, quando os registros estão de acordo com o que é preconizado pela instituição, ou de oportunidade para melhoria, quando os registros estão parcialmente conforme. Os profissionais retornam o e-mail de feedback satisfeitos por serem elogiados, ou mesmo engajados a aperfeiçoar seus registros quando recebem feedback de oportunidade de melhoria. **Considerações finais:** A partir das análises dos registros de enfermagem, é possível traçar estratégias de Educação Permanente a serem trabalhadas em cada serviço de enfermagem para buscar soluções criativas com vistas a registrar os dados essenciais do paciente, no intuito de aumentar a resolubilidade e a eficiência do Processo de Enfermagem no hospital.

Descritores: Processo de Enfermagem; Auditoria de enfermagem; Feedback formativo

UTILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE A INTERNAÇÃO E SEGUIMENTO APÓS ALTA HOSPITALAR

Luciana Ramos Corrêa Pinto,Juliana Petri Tavares,Elen Gineste Baccin,Deise Lisboa Riquinho,Taline Bavaresco

Introdução: O acompanhamento do paciente em cuidados paliativos durante a internação e seguimento após a alta hospitalar no ambulatório, identifica e remove barreiras de acesso aos cuidados integrais de saúde. O Processo de Enfermagem (PE) é utilizado nos atendimentos nestes diferentes cenários auxiliando na elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS) de acordo com as necessidades de cuidado individualizado. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma enfermeira no atendimento de pacientes em cuidados paliativos durante a internação hospitalar e seguimento após a alta no ambulatório utilizando o PE. **Método:** Relato de experiência de uma enfermeira nos atendimentos de pacientes em cuidados paliativos durante a internação hospitalar e seguimento após a alta no ambulatório utilizando o PE de janeiro a dezembro de 2024 em um hospital no sul do Brasil. **Resultados:** Os pacientes foram atendidos durante a internação hospitalar e após a alta no ambulatório em consulta de enfermagem presenciais ou por teleatendimento, com auxílio da equipe multiprofissional (nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, assistente social), o que possibilitou cuidado individualizado e transição segura do cuidado. O PE foi aplicado ao avaliar, diagnosticar, planejar, implementar intervenções e evoluir em prontuário eletrônico que possibilitou acompanhamento das condições clínicas do paciente e capacidade de realização dos cuidados do PTS de forma ampla. A avaliação com enfoque biopsicossocial permitiu olhar crítico e reflexivo para a escolha dos diagnósticos de enfermagem com base no sistema de classificação da instituição. Além disso, fomentou dados para a realização de preparo para a alta hospitalar e documentação das orientações educativas de pacientes/cuidadores quanto à: cuidados com administração de medicamentos para controle de sintomas que provocam desconforto como dor, constipação e vômitos, manejo de dispositivos como como colostomia e gastrostomia, cuidados com a pele para prevenção de lesão por pressão, além de preparo do domicílio receber o paciente após a alta hospitalar. **Considerações finais:** A utilização do PE neste contexto permitiu a realização do raciocínio clínico com base nos registros em prontuário eletrônico que possibilitou atendimento em conjunto com a equipe multiprofissional, manejo dos sinais e sintomas de desconforto e monitoramento do paciente paliativo de acordo com suas necessidades, além de evitar deslocamentos e reinternações desnecessárias.

Descritores: Enfermagem; Processo de Enfermagem; Cuidados Paliativos.